

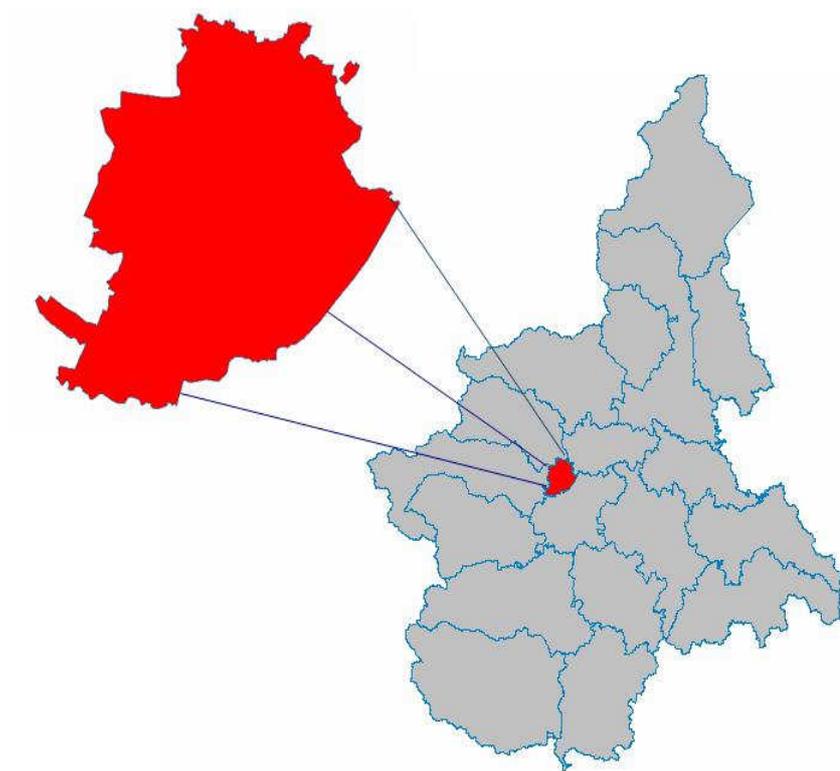


Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008

Ex ASL TORINO 1 - 4



A cura di:

Silvana Malaspina, Margherita Meda, Giorgiana Modolo, Giovanna Vizzani.

Revisione grafica

Silvana Malaspina

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

- a livello regionale:

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

- a livello aziendale:

Coordinatore: Margherita Meda; *Vice Coordinatore:* Giorgiana Modolo; *Coordinatore Intervistatori:* Giovanna Vizzani; *Intervistatori:* Piera Bassi, Anna Maria Calamia, Roberto Capocefalo, Anna Maria Ciquera, Annunziata Corvasce, Rosa Costa, Rosa Cuccia, Piera Fracchia, Ada Masucci, Giorgiana Modolo, Manuela Piras, Simone Scati, Angela Strippoli, Vincenza Suozzo, Carmelita Villani, Giovanna Vizzani, Rosanna Vurchio; *Collaboratori:* Annalisa Todesco.

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

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

Indice

Premessa	4
Sintesi del rapporto aziendale	5
Obiettivi.....	7
Metodi.....	10
Descrizione del campione aziendale	13
Percezione dello stato di salute.....	17
Attività fisica.....	20
Abitudine al fumo	24
Situazione nutrizionale	30
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	36
Consumo di alcol	38
Sicurezza stradale	43
Infortuni domestici.....	46
Vaccinazione antinfluenzale.....	52
Vaccinazione antirosolia	54
Rischio cardiovascolare	56
Ipertensione arteriosa	56
Colesterolemia.....	60
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare	63
Sintomi di depressione.....	66
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	70
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	76
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto	82
Appendice. Monitoraggio	87
Bibliografia.....	93

Premessa

E' 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. E' altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori per prime) assorbono fette importantissime della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie non può che aumentare con l'allungamento della vita media. Nel nostro Paese la proporzione di popolazione sopra i 65anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? E soprattutto paradossalmente legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria? Continuare ad investire solo in assistenza non è sostenibile e certamente una parte dell'attenzione va focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione.

Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali, quali: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

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

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

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

Con questo strumento, le iniziative, su temi di interesse nazionale, possono essere monitorate e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato.

Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce inoltre la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale

Nella ex ASL TORINO 1-4 (di seguito indicata semplicemente come TORINO 1-4) è stato intervistato un campione casuale di 896 persone, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria. Il campione risulta ugualmente suddiviso fra uomini e donne, con età media di 44 anni. Più della metà degli intervistati ha un livello di istruzione alto e il 70% dichiara di avere un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

Oltre due terzi (67%) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, mentre questa condizione riguarda il 40% dei soggetti con almeno una patologia severa. La percezione positiva del proprio stato di salute è associata all'età, all'istruzione e alle condizioni economiche.

Attività fisica

È completamente sedentario il 32% del campione e solo il 30% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi (33%) i medici si informano sull'attività fisica dei propri assistiti e li consigliano genericamente di svolgerla.

Abitudine al fumo

Il 32% degli intervistati si dichiara fumatore e il 20% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena il 2% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. I due terzi degli intervistati (67%) dichiara che viene sempre rispettato il divieto sul fumo sul luogo di lavoro o nei locali pubblici. Il 30% riferisce che nelle proprie abitazioni è permesso fumare: in "alcune zone" (22%), "ovunque" (8%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 31% del campione torinese è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 30% dei casi con dieta e nel 60% con la pratica di attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso mentre l'adesione alle raccomandazioni internazionali, consumo di cinque porzioni al giorno, è riferito solo dal 12% degli intervistati; questa abitudine è diffusa fra le persone di 18-49 anni, fra gli uomini e le persone con difficoltà economiche.

Consumo di alcol

Si stima che circa il 66% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e complessivamente il 15% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (il 9% beve fuori pasto, il 6% è bevitore "binge" e il 3% è forte bevitore). Gli operatori sanitari raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol o consigliano di moderarne il consumo a coloro che sono a rischio.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: mentre il 92% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è limitato al 27% degli intervistati. Il 10% dichiara 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.

Infortunati domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nella ASL TORINO 1-4, non è elevata: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Un terzo di intervistati ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici e il 40% di essi ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo il 33% degli intervistati tra 18 e 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinato durante la passata stagione antinfluenzale (2006-2007).

Vaccinazione antirosolia

Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita; la metà delle donne intervistate è risultata suscettibile (perché non vaccinata o non ha superato la malattia) o con stato immunitario sconosciuto.

Rischio cardiovascolare

Si stima che l'11% della popolazione della Asl non abbia mai misurato la pressione arteriosa. Tra coloro che l'hanno misurata circa un quarto riferisce di essere iperteso e il 72% di essi è in trattamento farmacologico. Circa un quarto della popolazione (23%) dichiara di avere elevati valori di colesterolemia e, tra questi, il 27% di essere in trattamento farmacologico. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 4% degli ultraquarantenni intervistati riferisce che il proprio medico ha valutato il rischio cardiovascolare.

Sintomi di depressione

Nella ASL TORINO 1-4 il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne, le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. Quasi la metà di coloro che riferiscono sintomi di depressione non chiede l'aiuto di nessuno per affrontare questo problema.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nel campione torinese l'82% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni come raccomandato, mentre l'11% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. La principale motivazione riferita è il ritenere di non avere bisogno di questo intervento preventivo.

Screening neoplasia della mammella

I due terzi (74%) delle donne intervistate tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni e nel 63% dei casi è stata consigliata da un operatore sanitario. La percentuale di donne che riferisce di non aver mai eseguito una mammografia è di circa il 9% e la principale motivazione consiste nel ritenere di non aver bisogno di questo intervento di prevenzione.

Screening tumore del colon retto

Nella ASL TORINO 1-4 il 30% degli ultracinquantenni ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo rettali: il 15% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 15% una colonscopia a scopo preventivo.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione torinese 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 al consumo di alcol;
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

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

14. Sintomi di depressione

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

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 pertanto 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 della ex Azienda Sanitaria Locale TORINO 1-4, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 638.244 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità; pertanto, la ex ASL TORINO 1-4 ha contribuito alla sorveglianza con 100 interviste al mese.

A livello regionale, tutte le ASL del Piemonte hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, sono state effettuate 4912 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 la 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; i mesi di luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica ha una durata prevista di 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; il 20% degli intervistatori ha utilizzato il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.4.3.

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quello della ex ASL TORINO 1-4 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 2007-2008 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione aziendale

Nella ex ASL TORINO 1-4 la popolazione in studio è costituita da 638.244 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni, iscritti al 31.12.2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria. Da questa popolazione, con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età, è stato selezionato il campione aziendale di soggetti candidati all'intervista telefonica. Nell'arco temporale giugno 2007-marzo 2008 sono state effettuate 896 interviste sulle quali sono state condotte le elaborazioni oggetto del presente report.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il 78% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente (tasso di risposta¹); il 22% è stato sostituito (tasso di sostituzione²) e il 16% ha rifiutato l'intervista (tasso di rifiuto³). Gli indicatori di monitoraggio sono illustrati in appendice.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

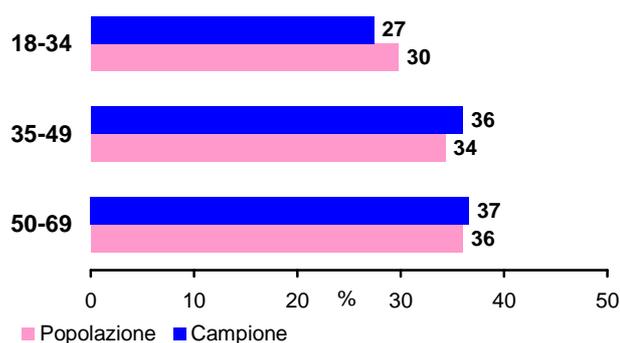
Nella ASL TORINO 1-4 il campione intervistato è di 896 persone ugualmente suddiviso fra uomini e donne.

L'età media è di 45 anni (44,3 per gli uomini e 45,4 per le donne).

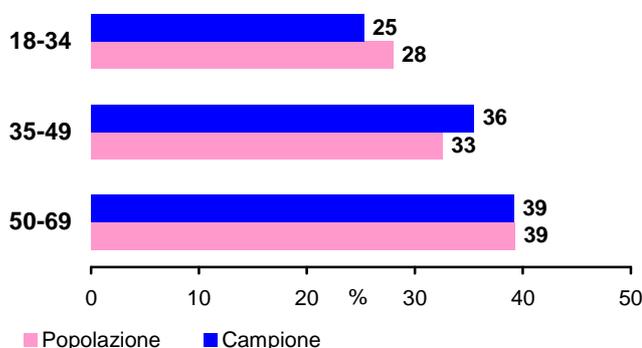
Il 26% degli intervistati è compreso nella fascia d'età 18-34 anni, il 36% nella fascia 35-49 anni e il 38% nella fascia 50-69 anni.

Il confronto con la popolazione ISTAT 2006 mostra una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL TORINO 1-4 (n=445)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL TORINO 1-4 (n=451)



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

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

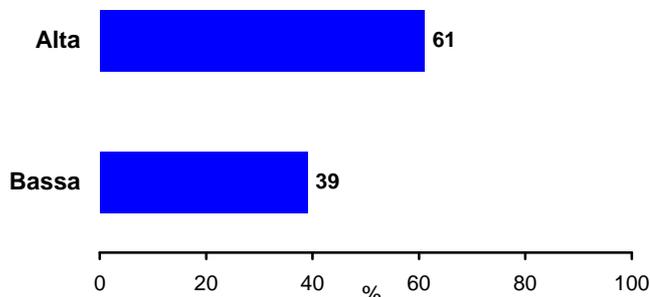
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

Il 39% degli intervistati ha un livello di istruzione basso (nessun titolo di studio, licenza elementare, licenza media inferiore), il 61% un livello di istruzione medio alto (licenza media superiore e laurea).

Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, tuttavia questa differenza non è statisticamente significativa.

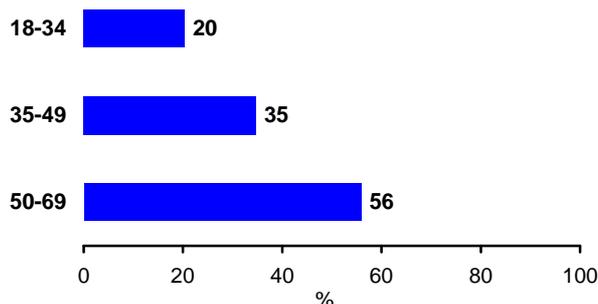
Campione per livello di istruzione (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)



Al contrario, l'istruzione è fortemente età-dipendente:

gli intervistati della classe di età 50-69 anni riferiscono livelli di istruzioni significativamente più bassi rispetto ai più giovani (per questa ragione i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto confondente dell'età mediante apposite analisi statistiche).

Prevalenza di scolarità bassa
(nessuna/licenza elementare/licenza media inferiore) per classi di età (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)

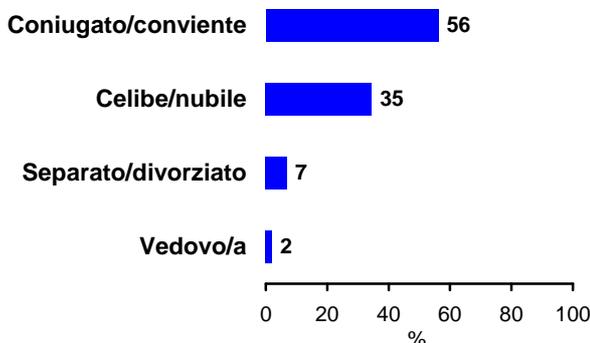


Lo stato civile

In merito allo stato civile, il 56% di intervistati è rappresentato da coniugati/conviventi e il 35% da celibi/nubili.

Il restante 9% è costituito da separati/divorziati (7%) e da vedovi/e (2%).

Campione per categorie stato civile (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)

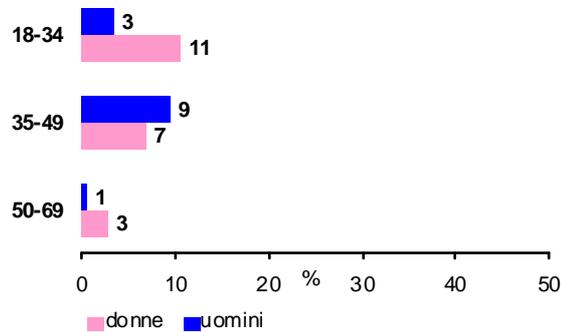


La cittadinanza

Nella ASL TORINO 1-4 il 95% del campione è rappresentato da cittadini italiani, il 5% da cittadini stranieri. Gli stranieri sono percentualmente più numerosi fra i giovani (7% 18-35 anni) e gli adulti (8% 35-49 anni); mentre rappresentano solo il 2% nella fascia d'età 50-69 anni.

Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

**Stranieri per sesso e classi di età (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)**



Il lavoro

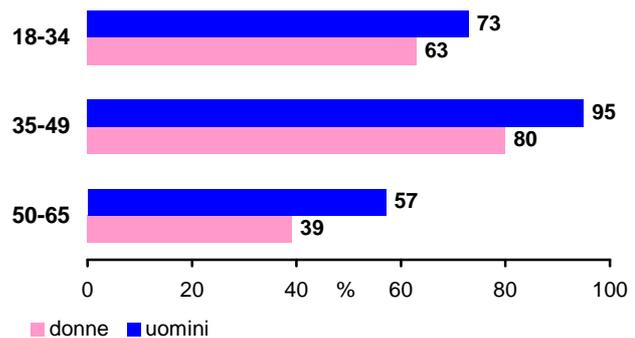
Nella ASL TORINO 1-4 il 70% del campione tra 18 e 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.

La maggior percentuale di soggetti che lavora regolarmente è costituita da uomini della fascia d'età 18-49 anni.

Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (62% versus 77%).

Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative nelle classi di età 35-49 e 50-65 in entrambi i sessi.

**Lavoratori regolari
per sesso e classi di età (%)
ASL TORINO 1-4 (n=811)**



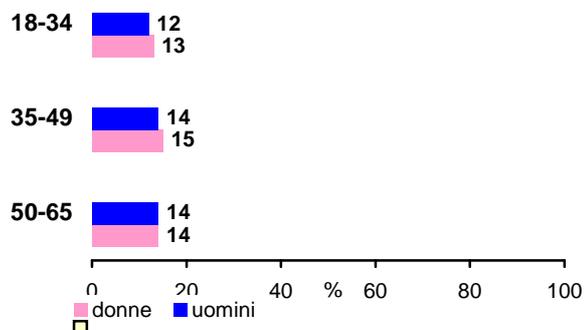
Le difficoltà economiche

Nella ASL TORINO 1-4 il 48% del campione riferisce di non avere difficoltà economiche e il 38% di avere qualche difficoltà.

Il restante 14% che riferisce di averne molte è ugualmente distribuito fra uomini e donne.

Le differenze rilevate per sesso e classe di età non sono statisticamente significative.

**Intervistati che riferiscono molte difficoltà
economiche per sesso e classi di età (%)
ASL TORINO 1-4 (n=887)**



Conclusioni

Il campione della ex ASL TORINO 1-4 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione cittadina.

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Nella ASL TORINO 1-4 il 67% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 27% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Il restante 6% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:

- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini
- le persone con istruzione alta
- le persone senza difficoltà economiche
- le persone senza patologia severa

Le differenze rilevate per livello di istruzione, problemi economici e presenza di patologia severa sono statisticamente significative.

Stato di salute percepito positivamente*
ASL TORINO 1-4 (n=896)

Caratteristiche	%
Totale	67 (IC95%: 63.8-70.0)
Età	
18 - 34	85.2
35 - 49	73.8
50 - 69	47.9
Sesso	
uomini	72.6
donne	61.4
Istruzione**	
bassa	50.1
alta	77.7
Difficoltà economiche	
sì	54.2
no	81.0
Patologia severa***	
presente	40.6
assente	72.0

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

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

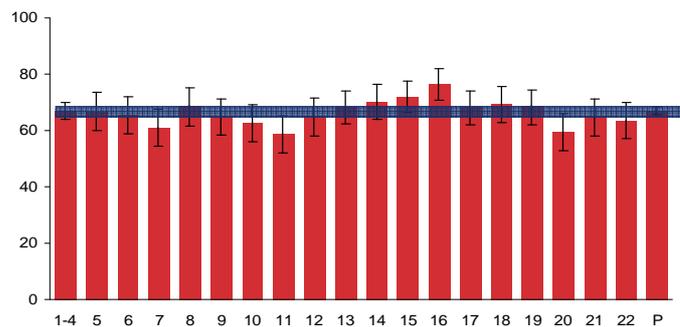
*** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

La percezione positiva del proprio stato di salute riferita dal campione della ASL TORINO 1-4 (67%) è in linea con il dato regionale (range dal 59% della ASL 11 Vercelli al 77% della ASL 16 Mondovì, il cui valore è significativamente superiore alla media regionale).

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone che ha una percezione buona/molto buona del proprio stato di salute è del 65%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

Nella ASL TORINO 1-4 la maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere stata bene negli ultimi 30 giorni (56% in buona salute fisica, 65% in buona salute psicologica e 82% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

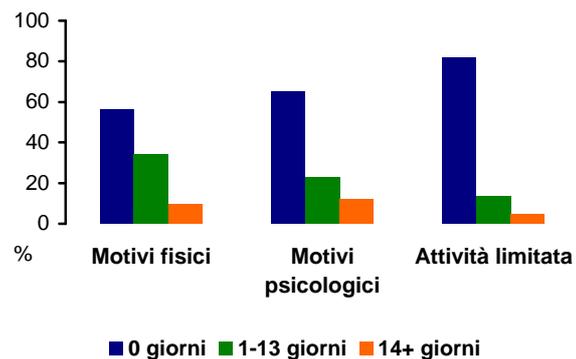
Per più di 14 giorni nell'ultimo mese il 10% degli intervistati ha riferito malessere per motivi fisici, il 12% per motivi psicologici e il 5% non è stato in grado di svolgere le abituali attività.

Sul totale degli intervistati, è di circa 4 la media di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici, mentre le attività abituali sono limitate per 2 giorni al mese.

La percentuale di giorni in cattiva salute e con limitazione dell'attività fisica aumenta con l'età.

Inoltre, esistono differenze di percezione legate al sesso: rispetto agli uomini, le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi sia fisici sia psicologici (in maniera statisticamente significativa), e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività ASL TORINO 1-4 (n=896)



Giorni in cattiva salute percepita ASL TORINO 1-4 (n=896)

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4, l'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute mostra valori sovrapponibili al dato regionale e in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con l'età, il sesso e il livello di istruzione.

Analizzando la media dei giorni in cattiva salute o con limitazione delle abituali attività, stratificata per sesso ed età, emerge una più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle donne, nei soggetti di età più avanzata, con problemi economici e portatori di una patologia severa.

Le misure della qualità della vita forniscono elementi utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica, soprattutto se rese disponibili a livello di ASL attraverso l'analisi di un campione della sua popolazione.

Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, ad esempio quella relativa ai sintomi di depressione, alla quale forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

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

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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

Nella ASL TORINO 1-4 il 30% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 39% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 32% è completamente sedentario.



*

Attivo: persona che svolge un lavoro pesante oppure che aderisce alle linee guida

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

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

Chi fa poca o nessuna attività fisica?

Nella ASL TORINO 1-4 risulta sedentario il 32% della popolazione.

Risultano sedentari i soggetti meno giovani, con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Non emergono, invece, differenze legate al sesso.

La percentuale di sedentari rilevata nella ASL TORINO 1-4 è superiore alla media regionale (24%) e a quella nazionale (29%).

Sedentari ASL TORINO 1-4 (n=891)

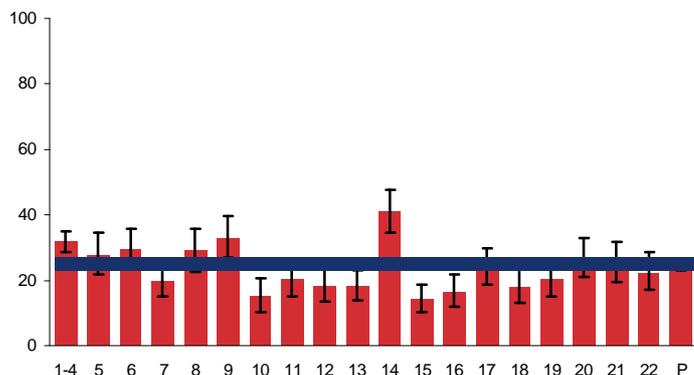
Caratteristiche	%
Totale	31.8 (IC95%: 28.7-34.9)
Classi di età	
18 - 34	24.8
35 - 49	31.9
50 - 69	36.5
Sesso	
uomini	32.4
donne	31.2
Istruzione*	
bassa	36.6
alta	28.7
Difficoltà economiche	
sì	35.4
no	27.8

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

Tra le ASL del Piemonte emergono alcune differenze statisticamente significative, per quanto concerne la percentuale di sedentari (range dal 14% della ASL 15 Cuneo al 33% della ASL 9 Ivrea). Particolarmente elevato risulta il valore della ASL 14 Verbania con il 41% di sedentari.

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di sedentari è del 29% (33% attiva; 39% parzialmente attiva).

Sedentari per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

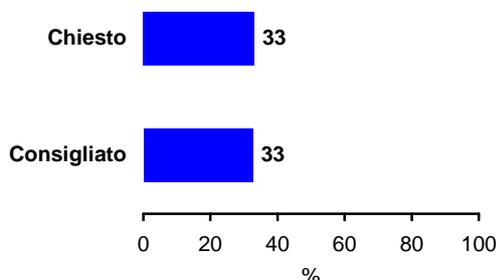


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nella ASL TORINO 1-4, fra gli intervistati che si sono recati dal medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 33% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente.

Questi valori sono superiori alla media regionale (24% l'operatore si informa), (29% l'operatore consiglia).

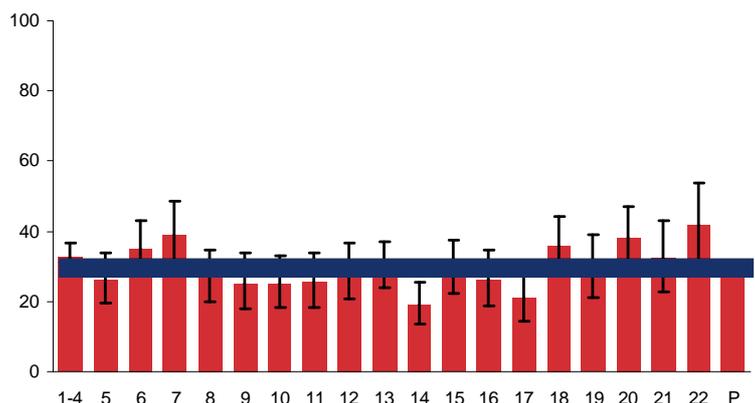
Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari (%) ASL TORINO 1-4 (n=600)



Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative sulla percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto consiglio di fare attività fisica regolare da parte di un operatore sanitario (range dal 18% della ASL 14 Verbania al 42% della ASL 20 Alessandria).

Nel pool PASSI a livello nazionale il 30% riferisce che un operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica regolare.

Persone consigliate dal medico di fare attività fisica per ASL (%) Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

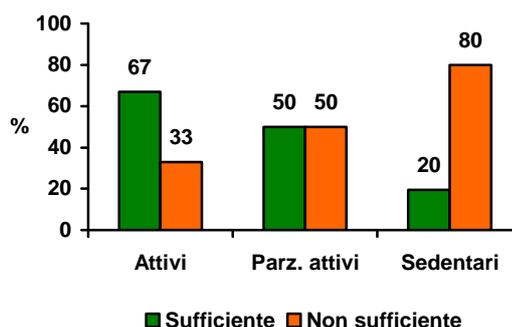


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

Nella ASL TORINO 1-4 il 20% delle persone sedentarie intervistate percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale è del 26%.

Autopercezione dell'attività fisica praticata (%) ASL TORINO 1-4 (n=880)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL TORINO 1-4 il 69% della popolazione raggiunge un buon livello di attività fisica (attivi/parzialmente attivi), mentre un terzo delle persone faccia poca o nessuna attività fisica e di questi il 25% è rappresentato da soggetti della fascia d'età 18-34 anni.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone fra i 50-69 anni, i soggetti con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Gli operatori sanitari si informano e consigliano gli assistiti di svolgere attività fisica solo in un terzo degli intervistati che hanno avuto contatti con loro.

Benché la percentuale di operatori sanitari che offre consigli sull'attività fisica sia più alta della media regionale, non pare sufficiente di fronte ad una percezione del livello della propria attività fisica a volte distorta (un quinto dei sedentari reputa sufficiente la propria attività fisica).

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente: per affrontare il problema, soprattutto fra i soggetti più giovani, occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri decisori locali.

Abitudine al fumo

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

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

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

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

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

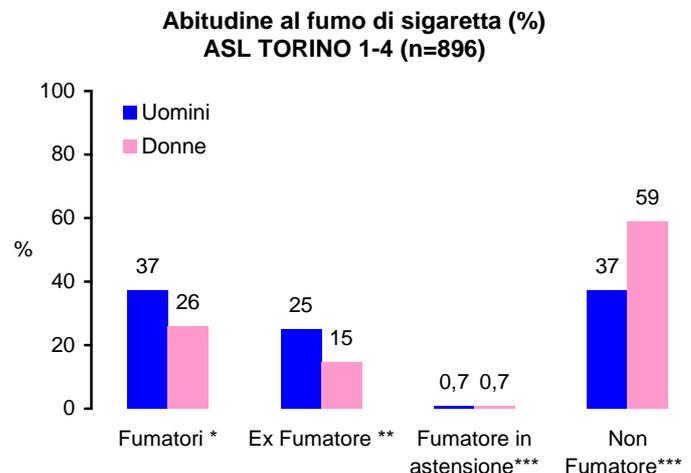
Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

Nella ASL TORINO 1-4 i fumatori sono pari al 32%, gli ex fumatori al 20% e i non fumatori al 48%. A questi si aggiunge uno 0.7% (6 intervistati) di soggetti che hanno riferito d'essere in astensione dal fumo da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).

L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (38% versus 27%).

Tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (59% versus 37%).

La percentuale di fumatori della ASL TORINO 1-4 è superiore alla media regionale (29%).



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

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

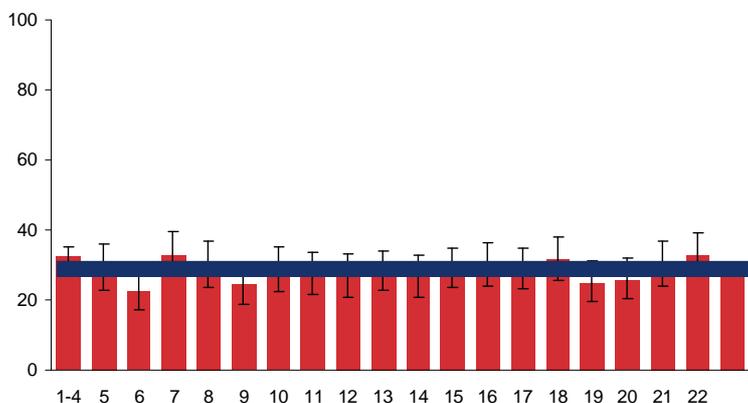
***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

Fra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di fumatori (range dal 23% della ASL 6 Ciriè al 33% delle ASL 7 Chivasso e 22 Novi Ligure). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale (29%).

**Persone che fumano
per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Nel pool PASSI a livello nazionale i fumatori rappresentano il 30% degli intervistati.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

Si osservano percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

I fumatori fumano in media 13 sigarette al giorno. Tra i fumatori, il 9% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).

Nel pool PASSI a livello nazionale i fumatori sono il 30% e risultano più numerosi fra gli uomini (35%), tra i giovani (18-24 anni: 37%; 25-34 anni: 35%) e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche (34%).

Fumatori *	
ASL TORINO 1-4 (n=896)	
Caratteristiche	%
Totale	32.3
	(IC95%: 29.2-35.4)
Classi di età	
18 - 34	39.0
35 - 49	32.5
50 - 69	27.4
Sesso	
uomini	38.0
donne	26.6
Istruzione**	
bassa	37.0
alta	29.3
Difficoltà economiche	
si	37.7
no	26.8

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

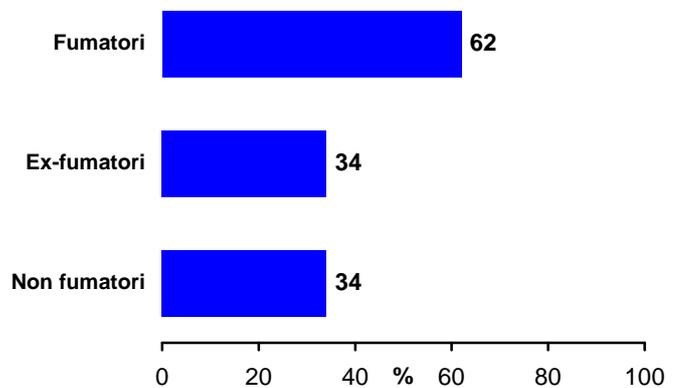
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Il 43% degli intervistati, che nell'ultimo anno è stato da un medico o da un operatore sanitario, ha ricevuto domande sulla propria abitudine al fumo: il 62% dei fumatori, il 34% degli ex fumatori e dei non fumatori.

Tra le ASL del Piemonte emergono alcune differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: (range dal 34% della ASL 20 Alessandria al 56% della ASL 7 Chivasso).

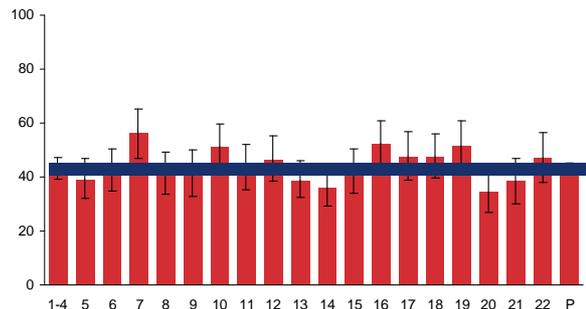
Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale, fra coloro che nell'ultimo anno sono stati da un medico o da un operatore sanitario, il 42% ha ricevuto domande sulla propria abitudine al fumo; tra i fumatori la percentuale è del 66%.

Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (%) ASL TORINO 1-4* (n=615)



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

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



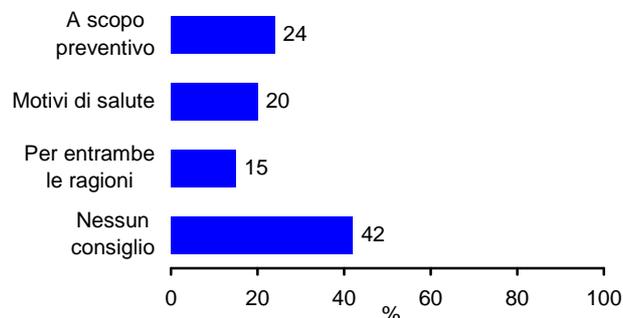
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

Il 59% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Nel 24% dei casi il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo; nel 20% per motivi di salute.

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di fumatori ai quali un operatore sanitario ha consigliato smettere di fumare è del 40%.

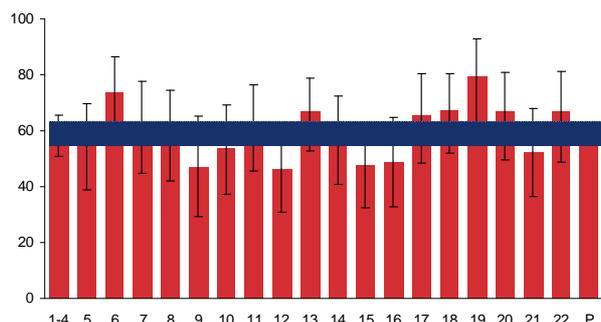
Consiglio di smettere di fumare e motivazione (%)
ASL TORINO 1-4 * (n=183)



* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 183)

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

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

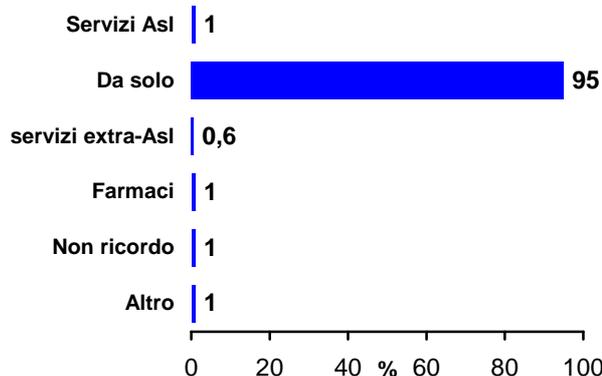


Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

Fra gli ex fumatori il 95% ha smesso di fumare da solo e l'1% riferisce di aver fruito di servizi Asl (risultato sovrapponibile alla media regionale, mentre tra le ASL del pool PASSI la percentuale è del 96%).

Il 38% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno e nella quasi totalità (94%) ha tentato di smettere da solo (dato sovrapponibile alla media regionale).

Modalità di smettere di fumare fra gli ex fumatori (%)
ASL TORINO 1-4 (n=177)

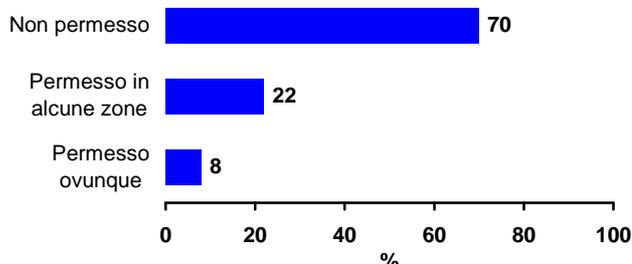


L'abitudine al fumo in ambito domestico

Il 70% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni.

Nel restante 30% dei casi si fuma ovunque (8%) o in alcuni luoghi (22%).

Possibilità di fumare a casa disaggregato per abitudine al fumo (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)



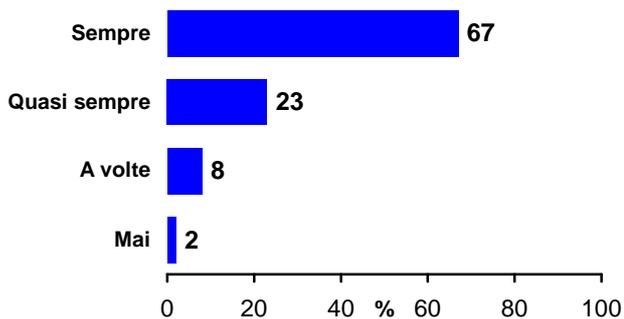
L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

Nel 90% dei casi, le persone intervistate riferiscono che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.

Il 10% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

In Piemonte tra le ASL del pool PASSI le percentuali degli intervistati che riferiscono il rispetto del divieto di fumo (sempre/quasi sempre) sono rispettivamente del 92% e dell'85%.

Percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici (%)
ASL TORINO 1-4* (n=817)



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

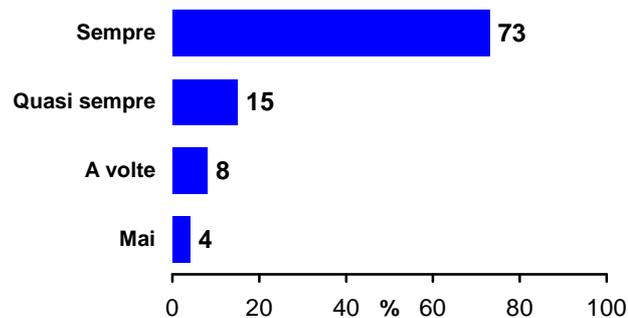
Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Nell'88% dei casi le persone intervistate che lavorano riferiscono che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.

Il 12% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

In Piemonte e tra le ASL del pool PASSI le percentuali degli intervistati che riferiscono il rispetto del divieto di fumo (sempre/quasi sempre) sono rispettivamente del 90% e dell'85%.

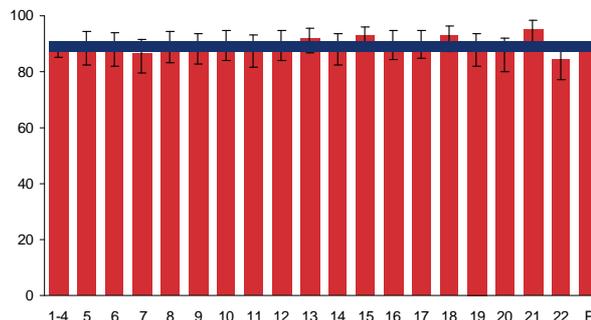
percezione del rispetto del divieto di fumare sul luogo di lavoro (%)
ASL TORINO 1-4 (n=568)*



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

Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dall'84% della ASL 22 Novi L. al 95% della ASL 21 Casale M.).
Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

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



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani adulti 18-34 anni, dove si registra il 39% di fumatori. Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Va comunque sottolineata la contenuta attitudine dei medici e degli operatori sanitari nell'indagare le abitudini al fumo dei loro assistiti (43% di quanti si sono rivolti al medico nell'ultimo anno). Un altro dato da sottolineare è l'esigua percentuale di fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti nel promuovere gli interventi efficaci per aiutare i fumatori a smettere. Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Situazione nutrizionale

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

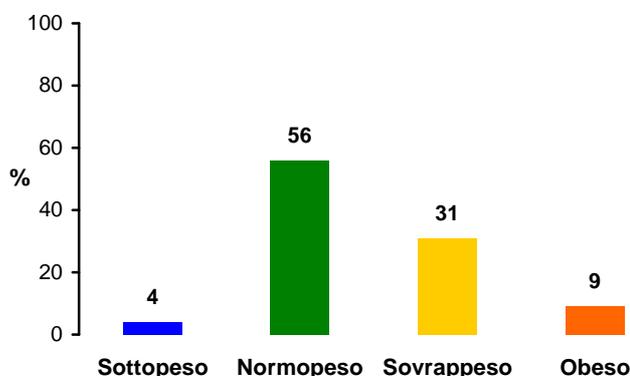
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Nella ASL TORINO 1-4 il 56% delle persone intervistate presenta uno stato nutrizionale normale; il 4% è sottopeso.

Complessivamente si stima che il 40% della popolazione presenta un eccesso ponderale: il 31% è sovrappeso e il 9% obeso.

Situazione nutrizionale della popolazione
ASL TORINO 1-4 (n=896)



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

L'eccesso ponderale (sovrappeso/obeso) cresce in modo rilevante con l'età, è maggiore negli uomini rispetto alle donne (49% vs 31%), nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

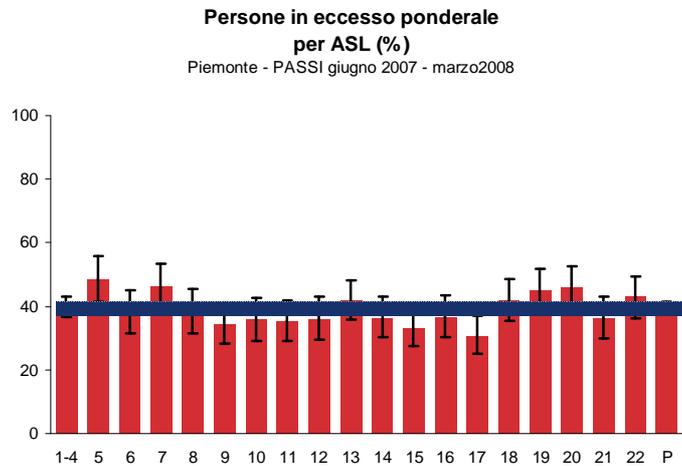
Le differenze osservate sono tutte statisticamente significative e in linea con la media regionale.

Popolazione in eccesso ponderale
ASL TORINO 1-4 (n=896)

Caratteristiche	%
Totale	39.7 (IC95% 36.5-43.0)
Classi di età	
18 - 34	21.2
35 - 49	40.3
50 - 69	52.1
Sesso	
uomini	48.8
donne	30.8
Istruzione*	
bassa	53.0
alta	31.3
Difficoltà economiche	
sì	46.4
no	32.4

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

Fra le ASL del PIEMONTE emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone in eccesso ponderale (il range va dal 31% della ASL 17 Savigliano al 49% della ASL 5 Collegno, con evidente differenza anche con i limiti regionali).



Nel pool PASSI a livello nazionale le persone in eccesso ponderale sono il 43% degli intervistati (32% sovrappeso; 11% obeso).

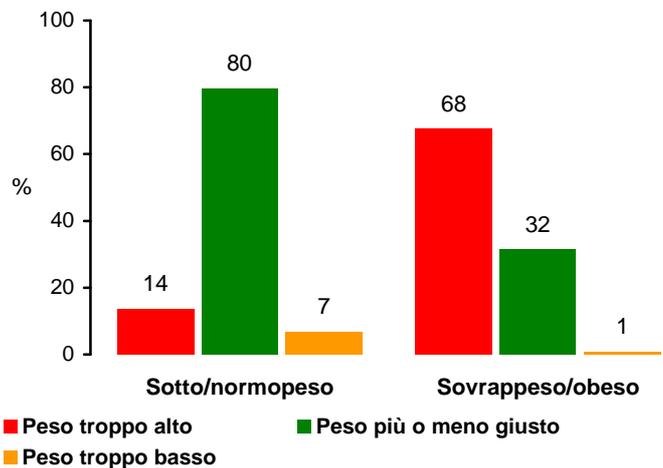
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso e non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.

La coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI è molto alta nei sotto/normopeso (80%), mentre scende al 68% tra le persone in soprappeso/obese.

Emerge una diversa percezione del proprio peso in relazione al sesso: fra le persone sotto/normopeso ha una percezione corretta il 77% delle donne rispetto al 83% degli uomini; fra le persone soprappeso/obese si considera tale l'84% delle donne rispetto al 57% degli uomini.

Percezione della propria situazione nutrizionale (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)

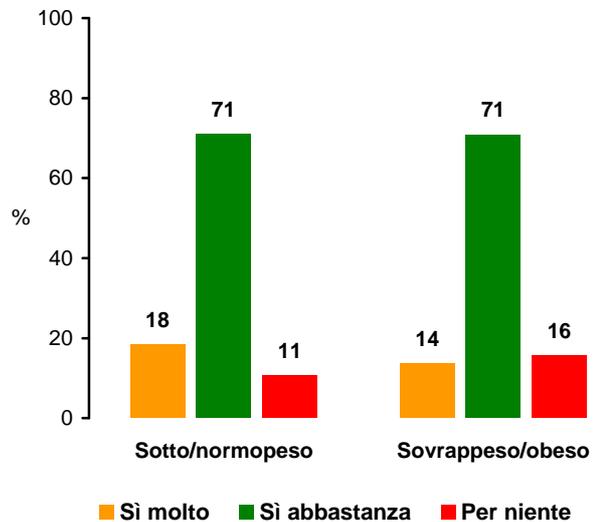


Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Nella ASL TORINO 1-4 l'87% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto").

In particolare, ha questa percezione l'89% dei sottopeso/normopeso e l'85% dei sovrappeso/obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute? (%)
ASL TORINO 1-4 (n=887)



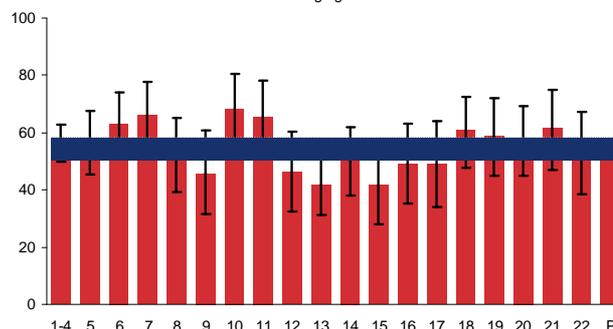
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nella ASL TORINO 1-4 il 56% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario: il 49% dei sovrappeso e l'82% degli obesi.

Fra le ASL del Piemonte si osserva un'ampia variabilità relativa alla percentuale di persone sovrappeso/obese che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 42% della ASL 15 Cuneo al 69% della ASL 10 Pinerolo).

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

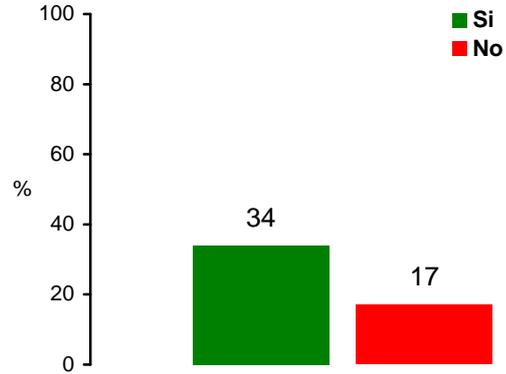
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone in eccesso ponderale a cui un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di perdere peso è del 57% (48% sovrappeso, 82% obesi).

Solo il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

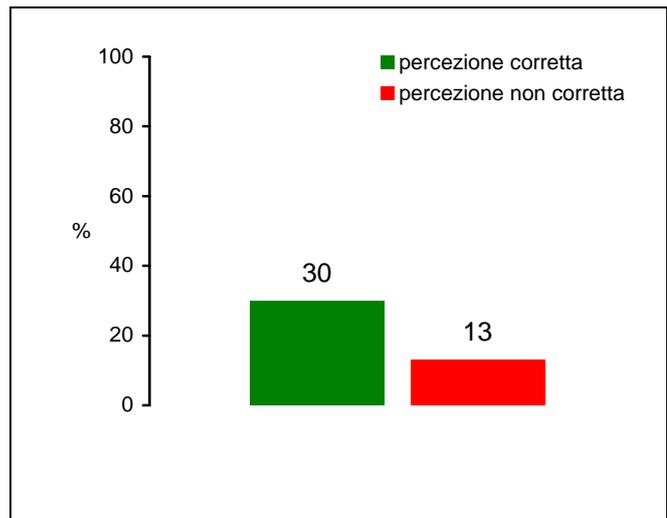
Persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario (%)
ASL TORINO 1-4 (n=356)



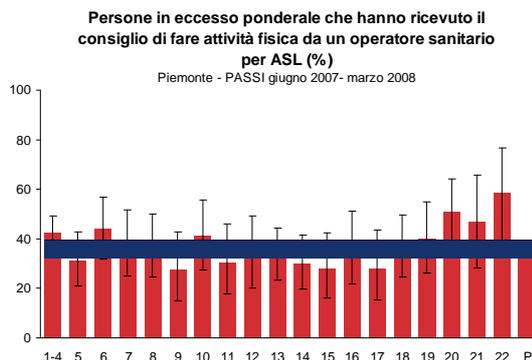
La proporzione di persone in eccesso ponderale che segue una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (32% vs il 21% degli uomini)
- negli obesi (33% vs il 23% dei sovrappeso)
- tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (34% vs 17%)
- nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (30% vs il 13% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso
ASL TORINO 1-4 (n=273)



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



Nella ASL TORINO 1-4 il 36% delle persone in eccesso ponderale riferisce di essere sedentario: il 35% dei sovrappeso, il 40% degli obesi.

Il 42% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario: il 38% dei sovrappeso e il 60% degli obesi.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 66% pratica un'attività fisica almeno moderata rispetto al 60% di chi non l'ha ricevuto.

Fra le ASL del Piemonte si osserva un'ampia variabilità percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range 27% delle ASL 8 Chieri e 9 Ivrea al 59% della ASL 22 Novi L.).

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone in sovrappeso che ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario è del 37%: il 33% dei sovrappeso, il 44% degli obesi.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

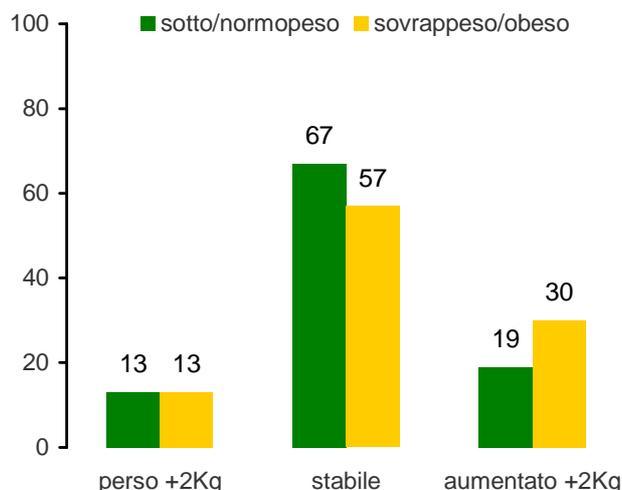
Nella ASL TORINO 1-4 un aumento ponderale di almeno 2 kg ha interessato il 24% degli intervistati.

La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- nella fascia d'età di 18-34 anni (28% vs 26% dei 35-49 anni e 19% dei 50-69 anni)
- nelle persone in eccesso ponderale (30% dei sovrappeso/obesi vs 19% dei normopeso/sottopeso).

Non emergono invece differenze legate al sesso (24% delle donne vs 23% degli uomini).

Cambiamenti di peso negli ultimi 12 mesi (%)
ASL TORINO 1-4 (n=884)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 l'eccesso ponderale è abbastanza diffuso e costituisce un importante problema di salute pubblica: aumenta con l'età, è più diffuso fra gli uomini, le persone con basso livello di istruzione e fra coloro che riferiscono di avere difficoltà economiche.

Emerge, inoltre, una certa sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso; un terzo degli intervistati in sovrappeso/obesi, infatti, percepisce il proprio peso come "più o meno giusto".

La maggior parte degli intervistati giudica positivamente la propria alimentazione e persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno; l'aumento ponderale interessa circa il 30% degli intervistati più giovani (18-34 anni).

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da un quarto delle persone in eccesso ponderale e due su tre riferisce di praticare un'attività fisica moderata.

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative e interventi di provata efficacia. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso.

Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

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

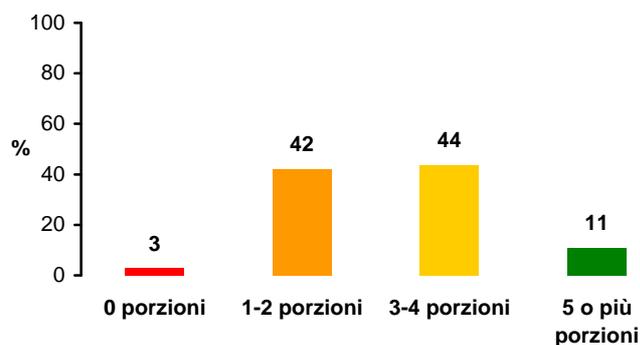
Nella ASL TORINO 1-4 il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.

L'11% aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, e il 44% ne consuma 3-4 porzioni al giorno.

Questa abitudine è più diffusa tra gli ultracinquantenni (16%), tra le donne (14%) e tra le persone con basso livello d'istruzione (12%).

Non emergono differenze legate alla condizione economica; l'adesione al "5 a day" è diffusa in maniera percentualmente sovrapponibile tra le persone normopeso e sovrappeso/obesi.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL TORINO 1-4 (n=896)



Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%) ASL TORINO 1-4 (n=896)		Adesione al "5 a day" (** (%))
Caratteristiche		
Totale		11.5 (IC95% 9.5-13.8)
Classi di età		
	18 - 34	7.6
	35 - 49	10.0
	50 - 69	15.6
Sesso		
	uomini	9.0
	donne	14.0
Istruzione**		
	bassa	12.3
	alta	11.0
Difficoltà economiche		
	sì	9.8
	no	12.4
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	11.9
	sovrappeso/obeso	11.0

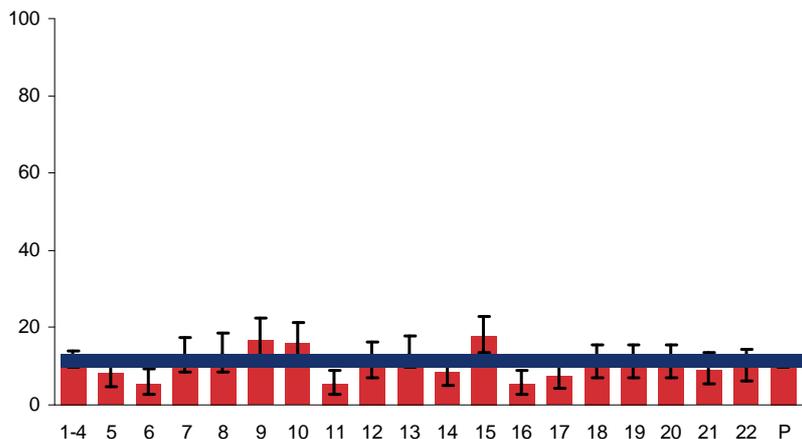
* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

Nelle ASL del Piemonte si rilevano differenze statisticamente significate relative alla percentuale di persone che aderiscono al “5 a day” (range dal 5% delle ASL 11-Vercelli e 16-Mondovì al 18% della ASL 15-Cuneo).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate (97%) riferisce un consumo giornaliero di frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni al giorno, ma solo il 12% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un’efficace prevenzione delle neoplasie.

Va, inoltre, sottolineata la bassa adesione al “5 a day” registrata fra i soggetti giovani: solo il 7% degli intervistati consuma la quantità raccomandata.

Pertanto, le azioni di promozione di questa abitudine dovranno raggiungere i soggetti delle diverse fasce d’età attraverso l’adozione di messaggi ad hoc e l’identificazione di portatori di interesse quali MMG e PDF; gestori di mense; responsabili di case di riposo etc.

Consumo di alcol

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

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

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

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

Quante persone consumano alcol?

Nella ASL TORINO 1-4 il 66% degli intervistati riferisce d'aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore). Si osservano percentuali di consumo più alte nella fascia di età 18-34 anni (73%); fra gli uomini (76%) e fra i soggetti con livello di istruzione alto (71%).

Le differenze rilevate sono statisticamente significative.

Il 59% dei soggetti intervistati consuma bevande alcoliche durante tutta la settimana, mentre il 41% prevalentemente nel fine settimana.

**Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
ASL TORINO 1-4 n=892)**

Caratteristiche	%
Totale	65.8 (IC95%:62.6-68.9)
Classi di età	
18 - 34	73.2
35 - 49	65.3
50 - 69	61.2
Sesso	
uomini	76.5
donne	55.2
Istruzione**	
bassa	58.2
alta	70.6
Difficoltà economiche	
sì	60.3
no	72.2

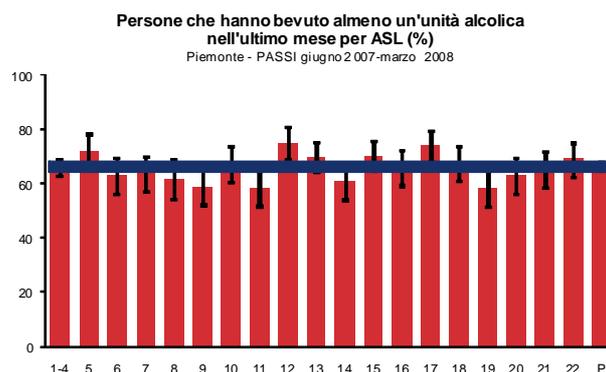
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

Nella ASL TORINO 1-4 la percentuale di intervistati che ha bevuto un'unità alcolica nell'ultimo mese è in linea con la media regionale risultata del 68%.

Emergono differenze statisticamente fra le ASL del Piemonte (range dal 58% della ASL 19 Asti al 75% della ASL 12 Biella, sopra la media regionale).

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



Quanti sono bevitori a rischio?

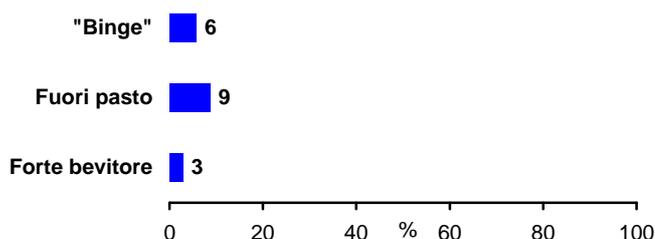
Complessivamente il 15% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").

Il 9% del campione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente fuori pasto.

Il 6% è un bevitore "binge" (ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).

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 TORINO 1-4 (n=886)

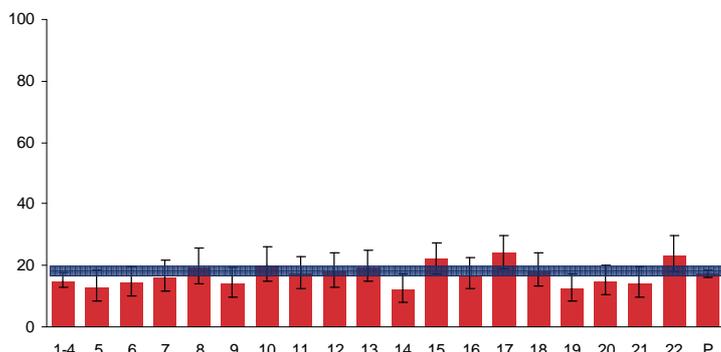


*I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

A livello regionale la percentuale dei bevitori a rischio è del 17% e non emergono differenze statisticamente significative fra le ASL del Piemonte circa le modalità di assunzione di alcol ritenute a rischio (range dal 12% delle ASL 14 Verbania e 19 Asti al 24% della ASL 17 Savigliano).

Nel pool PASSI a livello nazionale i bevitori a rischio sono il 16% degli intervistati (4% forti bevitori, 7% bevitori "binge", 8% bevitori fuori pasto)

Bevitori a rischio per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008



Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

I consumatori “binge” rappresentano il 6% degli intervistati.

Questa modalità di consumo di alcol ritenuta pericolosa è più diffusa tra i giovani e gli uomini (differenza statisticamente significativa).

Non risultano differenze significative per quanto riguarda il livello di istruzione e la presenza di difficoltà economiche.

Bevitori “binge” * (ultimo mese)
ASL TORINO 1-4 (n=885)

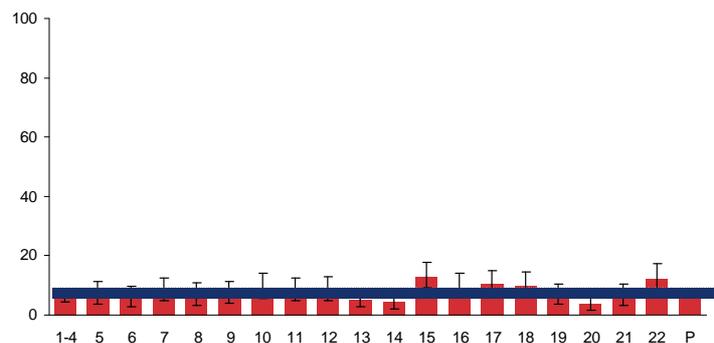
Caratteristiche	%
Totale	5.8 (IC95%: 4.4-7.6)
Classi di età	
18 - 34	9.0
35 - 49	6.7
50 - 69	2.7
Sesso	
uomini	9.4
donne	2.2
Istruzione**	
bassa	6.1
alta	5.6
Difficoltà economiche	
sì	4.8
no	6.9

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;
istruzione alta: media superiore/laurea

Fra le ASL del Piemonte la percentuale di bevitori “binge” è del 7% (range dal 4% della ASL 20 Alessandria al 13% della ASL 15 Cuneo).

Nel pool PASSI a livello nazionale i bevitori “binge” sono il 7%.

Bevitori "binge"
per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008

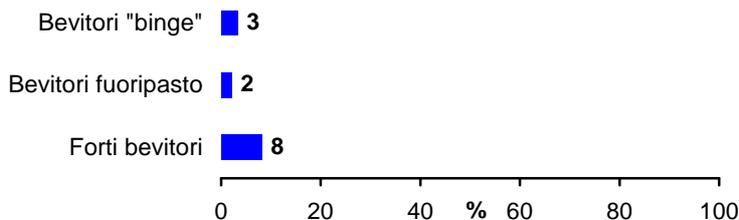


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Nella ASL TORINO 1-4, tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico o da un operatore sanitario, il 18% riferisce di aver ricevuto domande in merito al consumo di alcol.

Complessivamente il 4% dei consumatori a rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario. In particolare l'8% dei forti bevitori, il 3% di bevitori "binge" e il 2% dei bevitori fuori pasto.

Bevitori a rischi che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (%)
ASL TORINO 1-4 (n=590)



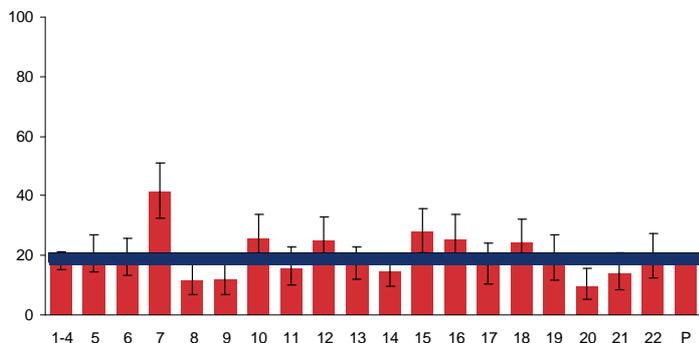
* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Fra le ASL del Piemonte la percentuale di persone cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è mediamente del 19% e vi sono differenze statisticamente significative nel confronto fra ASL (range dall'10% della ASL 20 Alessandria al 42% della ASL 7 Chivasso).

Nel pool PASSI a livello nazionale il 16% degli intervistati riferisce che un medico o un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol e l'8% dei consumatori a rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 si stima che circa il 66% della popolazione tra 18-69 anni consumi bevande alcoliche e il 15% abbia abitudini di consumo considerate a rischio.

Va sottolineato che il consumo di alcol considerato a rischio, (forte bevitore, bevitore fuori pasto e bevitore "binge") è più frequente fra i giovani e gli uomini.

I risultati dell'indagine evidenziano, inoltre, una scarsa attenzione degli operatori sanitari sull'argomento: solo raramente si informano sul consumo di alcol dei loro pazienti e ancor più raramente consigliano di moderarne l'uso.

I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste.

Occorre, quindi, diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, il cui consiglio si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentale relativi agli stili di vita.

Occorre mettere in campo strategie d'intervento che, come per il fumo, realizzino azioni di informazione ed educazione coordinate nel tempo e coinvolgano diversi interlocutori; in particolare la famiglia, la scuola e i luoghi di socializzazione con il supporto ineludibile dei mass-media.

Le azioni dovranno essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della legalità (es. limite dei 0,5 gr/litro di tasso alcolico nel sangue per la guida), della sicurezza per sé e per gli altri e dall'altro all'offerta di aiuto per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Sicurezza stradale

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

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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

Nella ASL TORINO 1-4, tra coloro che dichiarano di andare in auto, il 92% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza.

L'uso della cintura è ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (27%)

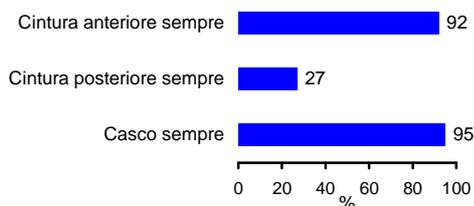
Il 95% delle persone che vanno in moto o in motorino il riferisce di usare sempre il casco.

Tra le ASL del Piemonte si osservano differenze anche statisticamente significative: per la cintura anteriore la media regionale è del 89% (range dall'80% della ASL 22 Novi L. al 92% della ASL TORINO 1-4).

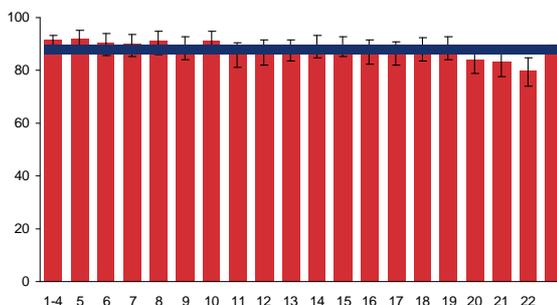
Per la cintura posteriore la media regionale è del 27% (range dal 15% della ASL 6 Ciriè al 39% della ASL 10 Pinerolo). Alcune ASL si differenziano significativamente dai valori regionali.

Nel pool PASSI a livello nazionale l'82% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore e il 19% fa uso di quella posteriore. Il 92% degli intervistati, che usa il motorino o la moto, riferisce di usare sempre il casco.

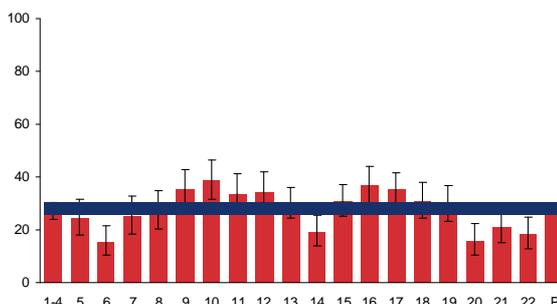
**Uso dei dispositivi di sicurezza
ASL TORINO 1-4 (n=896)**



Persone che usano la cintura anteriore sempre per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Persone che usano la cintura posteriore sempre per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Sul totale della popolazione della ASL intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 9% dichiara di aver guidato dopo aver assunto almeno 2 unità alcoliche nell'ultima ora.

Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato il 15% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol.

Questa abitudine è risultata più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne, ma non sembra correlata all'istruzione né alle difficoltà economiche.

Infine, il 10% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da qualcuno che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol* ASL TORINO 1-4 (n=550)

Caratteristiche	%
Totale	15.1 (IC95%: 12.3 – 18.4)
Classi di età	
18 - 34	11.0
35 - 49	15.3
50 - 69	18.4
Sesso	
uomini	21.6
donne	5.4
Istruzione	
bassa	15.9
alta	14.6
Difficoltà economiche	
sì	14.0
no	16.2

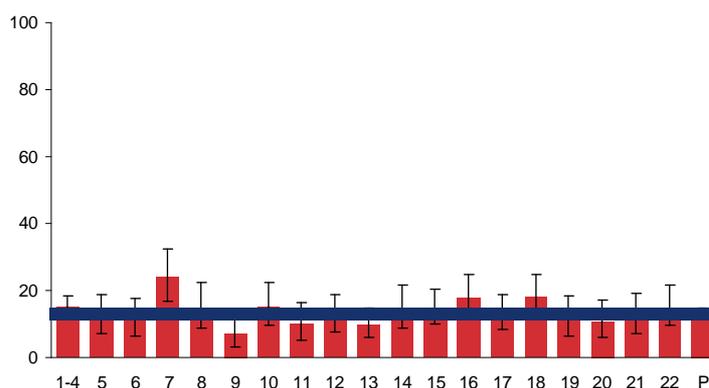
*coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica, tra coloro che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidati

Tra le ASL del Piemonte la media di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13% (range dal 7% della ASL 9 Ivrea al 24% della ASL 7 Chivasso)

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone che riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, valore sovrapponibile a quello regionale.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 l'attenzione alla guida sicura è ancora insufficiente.

Infatti, l'uso dei dispositivi di sicurezza non è ancora uniforme; benché la percentuale di utilizzo della cintura posteriore sia più alta del livello regionale, l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è adottato solo da un terzo degli intervistati.

Inoltre, la guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema piuttosto diffuso soprattutto fra gli uomini e i soggetti nella fascia di età 50-69 anni e un intervistato su dieci riferisce di essere stato trasportato da qualcuno che aveva bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

Pertanto, sarà necessario programmare e implementare interventi informativi e formativi atti ad accrescere nei cittadini di tutte le età la sensibilità al problema alcol e guida.

Dalla letteratura scientifica si evince che gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche), in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, sono i più efficaci quando mirati all'uso della cintura posteriore e al controllo dell'alcolemia.

Un ruolo importante assume la collaborazione fra il Dipartimento di prevenzione e tutti gli organismi che a vario titolo si occupano di sicurezza stradale (scuola, forze dell'ordine e mass-media).

Infortuni domestici

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

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

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

Nella ASL TORINO 1-4 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 92% degli intervistati lo ritiene basso o assente; non si rilevano particolari differenze fra uomini e donne; fra classi di età, livello di istruzione e presenza di difficoltà economiche.

La presenza in casa di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) fa aumentare la percezione del rischio.

**Personne che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
ASL TORINO 1-4 (n=896)**

Caratteristiche	%
Totale	91.9 (IC 95%: 89.8-93.5)
Classi di età	
18 - 34	92.4
35 - 49	88.8
50 - 69	94.4
Sesso	
uomini	92,8
donne	90.9
Istruzione**	
bassa	93.7
alta	90.7
Difficoltà economiche	
si	91.3
no	92.5
Personne potenzialmente a rischio***	
si	87.9
no	93.6

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

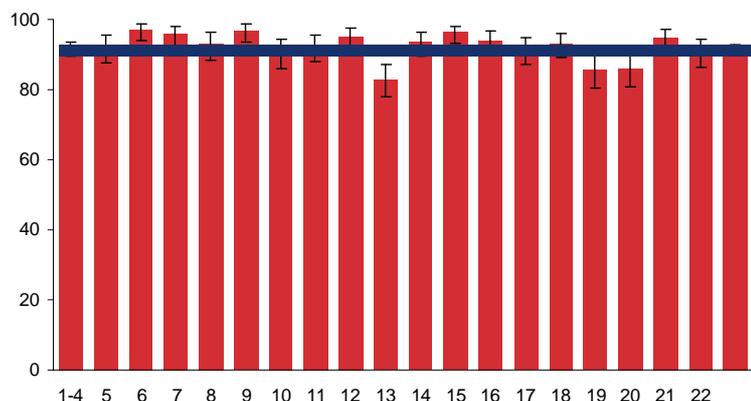
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

Tra ASL del Piemonte emergono differenze significative nella percezione di infortunio domestico (range dal 83% della ASL 13 Novara al 97% della ASL 6 Ciriè). Nelle ASL 13, 19 e 20 si osserva una migliore percezione del rischio di incidenti domestici. I dati riportati devono essere valutati con cautela per la bassa numerosità delle osservazioni disponibili.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nelle pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 92%.

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

Nella ASL TORINO 1-4 il 30% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.

Le persone della classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre.

Le percentuali riportate per le altre condizioni non mostrano differenze statisticamente significative.

Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione infortuni domestici
ASL TORINO 1-4 (n=896)

Caratteristiche	%
Totale	30.4
(IC 95%: 27.4-33.5)	
Classi di età	
18 - 34	15.7
35 - 49	30.9
50 - 69	40.0
Sesso	
uomini	27.6
donne	33.0
Istruzione*	
bassa	28.9
alta	31.3
Difficoltà economiche	
si	29.3
no	31.9
Persone potenzialmente a rischio**	
si	26.0
no	32.2
Percezione del rischio	
alta	31.5
bassa	30.3

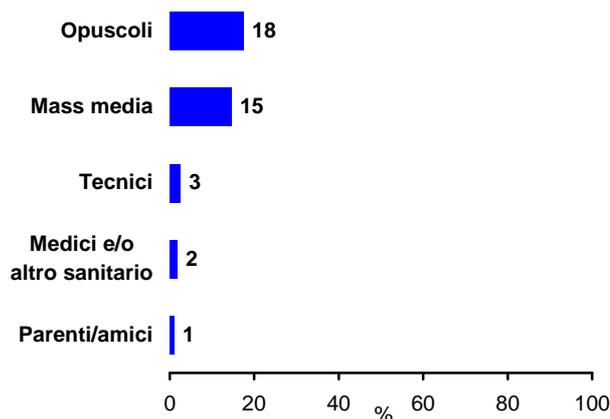
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (18% e 15% di tutti gli intervistati).

Pare che tecnici, personale sanitario e parenti contribuiscano in percentuale irrilevante nel fornire o favorire il passaggio dell'informazione.

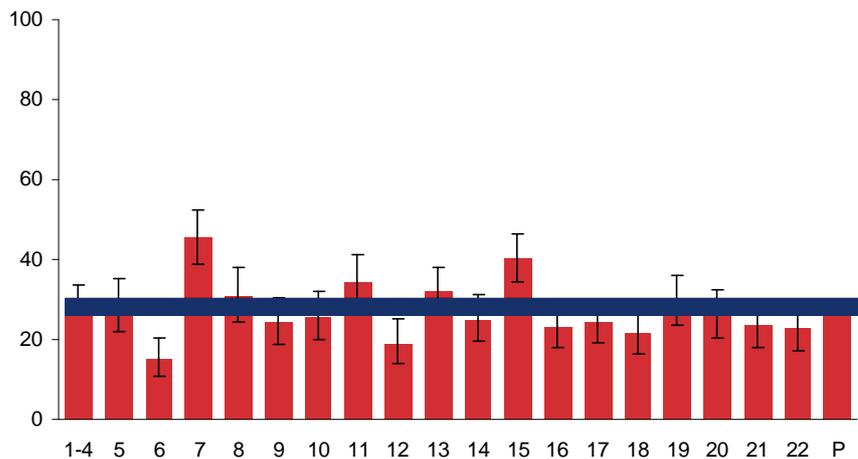
Fonti di informazione (%)
ASL TORINO 1-4 (n=896)



Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 15% della ASL 6 Ciriè al 46% della ASL 7 Chivasso).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

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

Nella ASL TORINO 1-4 il 36% di coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio.

Si rilevano differenze significative per classi di età, sesso, livello economico e presenza di persone potenzialmente a rischio. Non sono rilevabili differenze legate al livello di istruzione.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione ASL TORINO 1-4 (n=272)

Caratteristiche	%
Totale	35.6 (IC 95%: 28.6-43.1)
Classi di età	
18 - 34	52.2
35 - 49	31.4
50 - 69	34.5
Sesso	
uomini	40.8
donne	32.1
Istruzione*	
bassa	35.1
alta	35.9
Difficoltà economiche	
si	28.6
no	43.5
Persone potenzialmente a rischio**	
si	41.9
no	33.8
Percezione del rischio	
alta	47.4
bassa	34.2

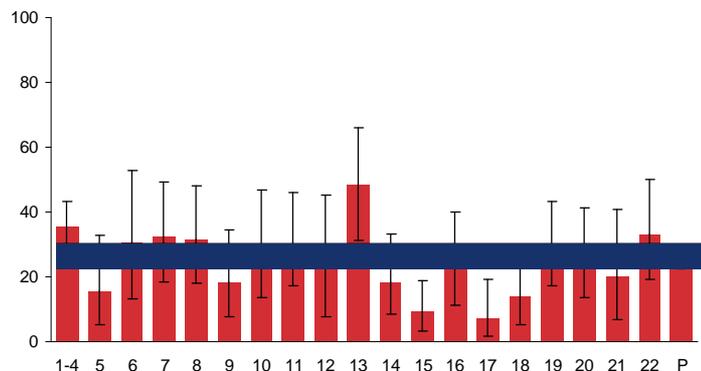
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

** si: presenza di anziani e/o bambini

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 7% della ASL 17 Savigliano al 49% della ASL 13 Novara).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nelle pool nazionali PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL TORINO 1-4 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

Pertanto è raccomandata soprattutto a soggetti per i quali l'influenza si può rivelare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

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

Nella ASL TORINO 1-4 riferisce di essersi vaccinato nella campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006-2007 il 12% degli intervistati di età 18-64 anni.

Non emergono differenze statisticamente significative legate al sesso, al livello di istruzione e alle difficoltà economiche.

In Piemonte la percentuale di soggetti vaccinati nella precedente campagna di vaccinazione antinfluenzale è stata del 9%.

Nel pool Passi a livello nazionale la percentuale di vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata del 13%.

**Vaccinazione antinfluenzale 2006-2007
(18-64 anni)
ASL TORINO 1-4 (n=205)**

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	11.7 (IC95%:7.6-16.9)
Classi di età	
18-34	6.9
35-49	8.3
50-64	20.6
Sesso	
uomini	11.9
donne	11.5
Istruzione*	
bassa	12.3
alta	11.4
Difficoltà economiche	
sì	13.0
no	10.9

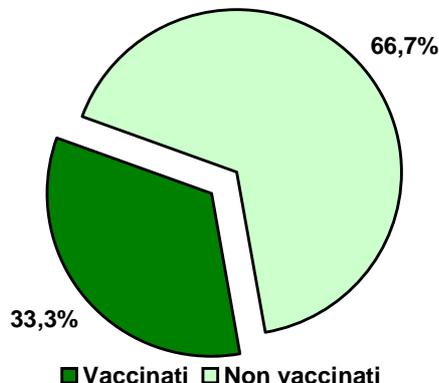
* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Nella ASL TORINO 1-4 risulta vaccinato il 34% dei soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica (27 soggetti).

I dati riferiti devono essere valutati con cautela per la bassa numerosità delle osservazioni disponibili.

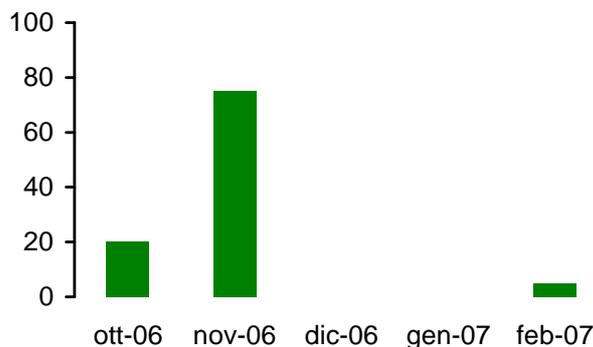
Tale percentuale è del 34% a livello regionale e del 28% fra gli intervistati del pool PASSI a livello nazionale.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-2007 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica ASL TORINO 1-4 (n=27)



Nella ASL TORINO 1-4 la maggioranza dei vaccinati ha praticato la vaccinazione antinfluenzale durante i mesi di ottobre e novembre 2006.

Distribuzione mensile delle vaccinazioni antinfluenzali (%) ASL TORINO 1-4 (n=20)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Piemonte hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (59% nella campagna 2006/07 e il 60% nella campagna 2007/08 secondo i dati del Servizio di riferimento Regionale per l'epidemiologia delle malattie infettive), ma tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su cinque).

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

Vaccinazione antirosolia

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

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Nella ASL TORINO 1-4 il 28% delle donne intervistate di età 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia, in linea con la media regionale (28%).

La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (34% nella classe 18-24 anni; 23% nella classe 35-49 anni); non è legata al livello di istruzione ma si correla (con differenza statisticamente significativa) alla presenza di difficoltà economiche.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) ASL TORINO 1-4 (n=274)	
Caratteristiche	Vaccinate, %
Totale	28.1 (IC95%: 22.9-33.8)
Classi di età	
18-24	34.2
25-34	35.5
35-49	23.1
Istruzione*	
bassa	25.0
alta	29.1
Difficoltà Economiche	
sì	22.0
no	33.8

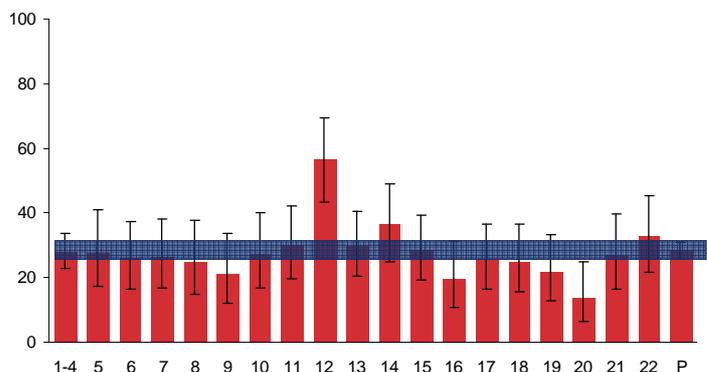
*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, diploma, laurea

Tra le Asl del Piemonte emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di donne vaccinate (range dal 14% della ASL 20 Alessandria al 57% della ASL 12 Biella).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale la percentuale di donne vaccinate è risultata del 33%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

Nella ASL TORINO 1-4 il 47% delle donne di 18-49 anni risulta immune alla rosolia per aver praticato la vaccinazione (28%) o per immunità naturale rilevata dal rubeotest positivo (19%).

Il 3% è invece suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.

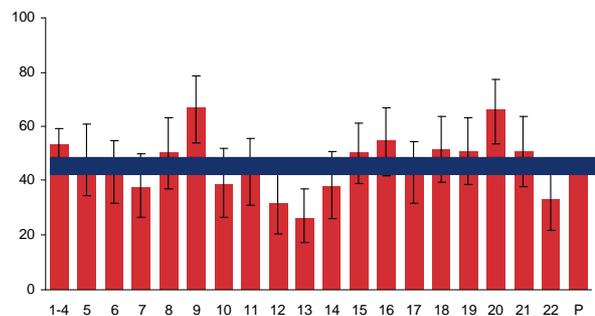
Nel rimanente 50% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASL TORINO 1-4 (n=274)	
	%
Immuni	47.1
Vaccinate	28.1
Non vaccinate con rubeotest positivo	19.0
Suscettibili/stato sconosciuto	52.9
Non vaccinate; rubeotest negativo	2.6
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3.6
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	46.7

Tra le ASL del Piemonte, la percentuale di donne suscettibili alla rosolia o con stato immunitario non noto è risultata del 45% (range dal 26% della ASL 13 Novara al 67% della ASL 9 Ivrea) mostrando una ampia variabilità tra ASL.

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale la percentuale di donne suscettibili è del 45%.

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



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti, benché mostrino l'esistenza di un elevato numero di donne suscettibili alla rosolia, vanno presi con cautela in quanto dati riferiti su un argomento di salute per il quale la memoria anamnestica mostra una scarsa attendibilità. La scarsa conoscenza del proprio dato immunitario è però indicativa della bassa percezione del rischio di contrarre la rosolia nel periodo fertile della donna.

Alla luce di questi risultati emerge l'importanza di consolidare le coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza in accordo con il calendario vaccinale nazionale e regionale; inoltre è essenziale attuare interventi finalizzati al recupero delle donne ancora suscettibili con interventi mirati che prevedano il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche). Un esempio di tali interventi è dato dal piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNMRC) condotto sul territorio regionale nel triennio 2004-2006.

Rischio cardiovascolare

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

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

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

Iperensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Nella ASL TORINO 1-4 all'83% degli intervistati è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni; al 6% più di 2 anni prima e il restante 11% non ricorda o non l'ha mai misurata.

La misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, è più frequente fra i soggetti della classe età 50-69 anni, fra le donne, e fra coloro che hanno difficoltà economiche.

Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
ASL TORINO 1-4 (n= 896)

Caratteristiche	%
Totale	83.0 (IC95%: 80.4 - 85.4)
Classi di età	
18 - 34	71.6
35 - 49	83.8
50 - 69	90.3
Sesso	
uomini	80.4
donne	85.6
Istruzione*	
bassa	81.9
alta	83.7
Difficoltà economiche**	
Sì	84,6
No	81.5

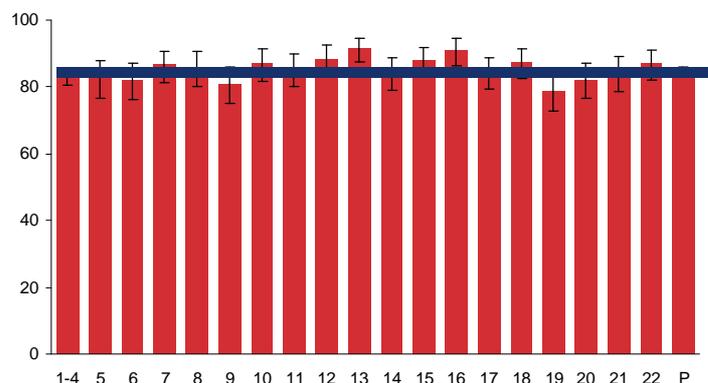
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statistiche significative relative alla percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi 2 anni (range dal 79% della ASL 19 Asti al 92% della ASL 13 Novara).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni è pari all'83%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone sono ipertese?

Nella ASL TORINO 1-4 il 24% degli intervistati ai quali è stata misurata la PA riferisce che gli è stata fatta diagnosi di ipertensione arteriosa.

La percentuale di persone ipertese è significativamente più elevata nella fascia di età 50-69 anni (46%); fra le persone con un basso livello di istruzione (il 35% e il 17%) e fra quanti hanno difficoltà economiche (il 27% e il 20%).

Diagnosi di ipertensione ASL TORINO 1-4 (n=798)

Caratteristiche	%
Totale	23.8 (IC95%: 20.9 % - 27.0 %)
Classi di età	
18 - 34	6.7
35 - 49	11.2
50 - 69	45.6
Sesso	
uomini	23.8
donne	23.8
Istruzione*	
bassa	34.7
alta	17.2
Difficoltà economiche **	
sì	26.7
no	20.1

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

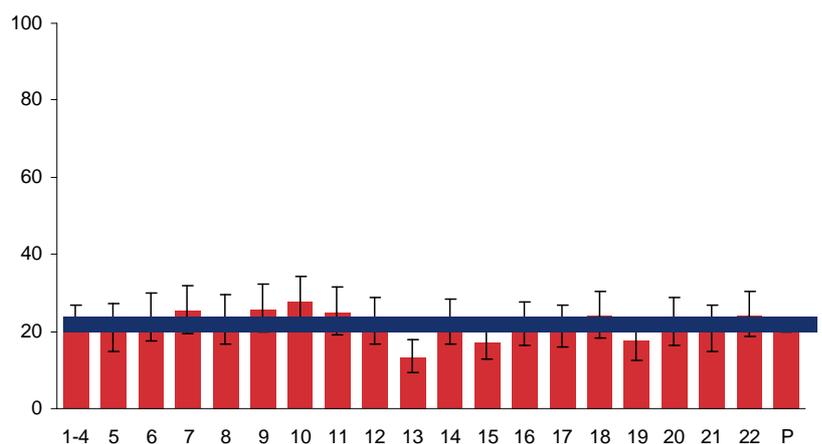
**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di intervistati cui è stata posta diagnosi di ipertensione (range da 14% della ASL 13 Novara al 28% della ASL 10 Pinerolo).

I valori riportati dagli intervistati del campione torinese (24%) si attestano sui valori della media regionale e nazionale (21%).

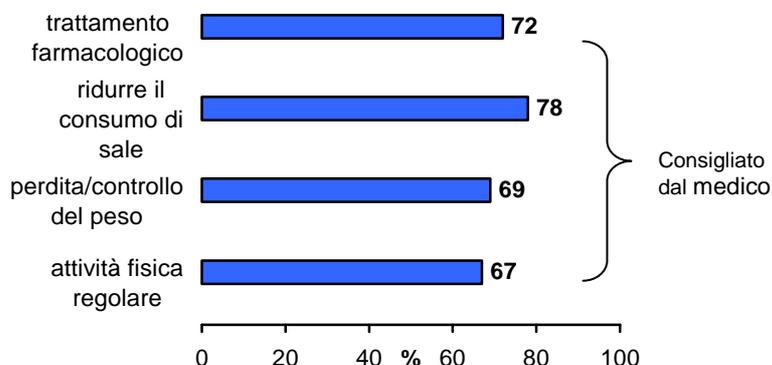


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

Il 72 % degli ipertesi della ASL TORINO 1-4 riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (78%), ridurre o mantenere il peso corporeo (69%) e svolgere regolare attività fisica (67%).

Treatmento dell'ipertensione e consigli del medico*
ASL TORINO 1-4 (n=190)



* ognuno considerata indipendentemente

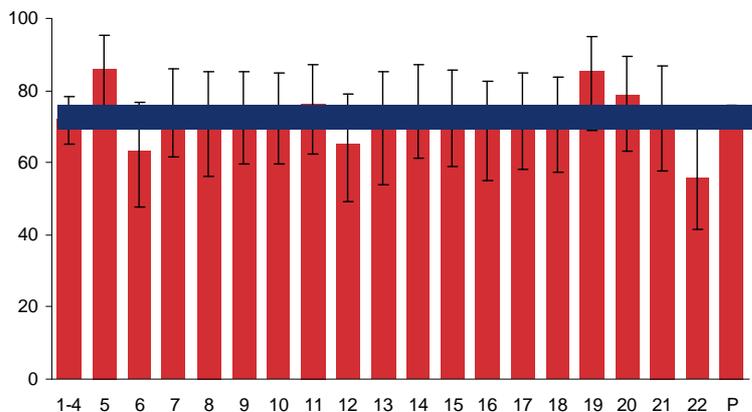
Tra le ASL del Piemonte la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico varia dal 56% della ASL 22 Novi L. all'86% della ASL 5 Collegno.

Nessuna ASL si differenzia significativamente del valore medio regionale (73%) anche per le basse numerosità a livello aziendale.

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è del 71%.

Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 si stima che sia iperteso circa il 24% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 46% degli ultracinquantenni e circa il 7% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni). Risulta quindi importante la collaborazione dei Medici di Medicina Generale nell'identificazione delle persone ipertese attraverso la misurazione periodica della PA. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologia, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

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

Nella ASL TORINO 1-4 il 75% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia;

- il 52 % riferisce di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno;
- il 13 % tra 1 e 2 anni precedenti;
- il 10 % più di 2 anni prima;
- il 25 % non ricorda o non l'ha mai misurato.

La misurazione del colesterolo cresce con l'età: passa dal 58% nella classe 18-34 anni al 91% nei 50-69enni ed è più frequente fra le donne.

Non si rilevano differenze legate al livello di istruzione e alla presenza di difficoltà economiche.

Colesterolo misurato almeno una volta ASL TORINO 1-4 (n=896)

Caratteristiche	%
Totale	75.0% (IC95%: 72.0% 77.8%)
Classi di età	
18 - 34	58.1
35 - 49	70.6
50 - 69	90.9
Sesso	
uomini	68.8
donne	81.2
Istruzione*	
bassa	75.4
alta	74.8
Difficoltà economiche**	
sì	76.1
no	73.9

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

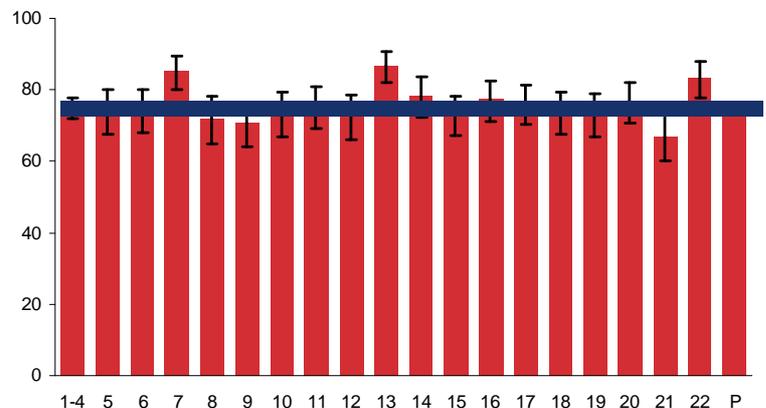
**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le ASL del Piemonte, si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 67% della ASL 21 Casale M. all'87% della ASL 13 Novara).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Al 23% di coloro che riferiscono di aver misurato il colesterolo è stata fatta diagnosi di ipercolesterolemia.

L'ipercolesterolemia riferita è più frequente nelle classi d'età più avanzata, nelle donne e nelle persone con basso livello di istruzione.

Ipercolesterolemia riferita ASL TORINO 1-4 (n=672)	
Caratteristiche	%
Totale	22.6 (IC95%: 19.5 % - 26.0 %)
Classi di età	
18 - 34	8.8
35 - 49	14.6
50 - 69	34.6
Sesso	
uomini	20.3
donne	24.6
Istruzione*	
bassa	27.0
alta	19.8
Difficoltà economiche**	
sì	23.6
no	21.6

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

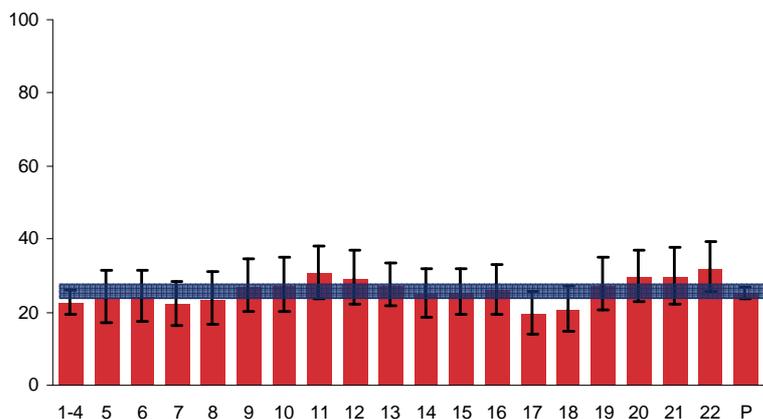
**"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le ASL del Piemonte non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferisce alti livelli di colesterolemia (range dal 20% della ASL 17 Savigliano al 32% della ASL 22 Novi L.).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale, le persone con ipercolesterolemia riferita sono il 25% degli intervistati.

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

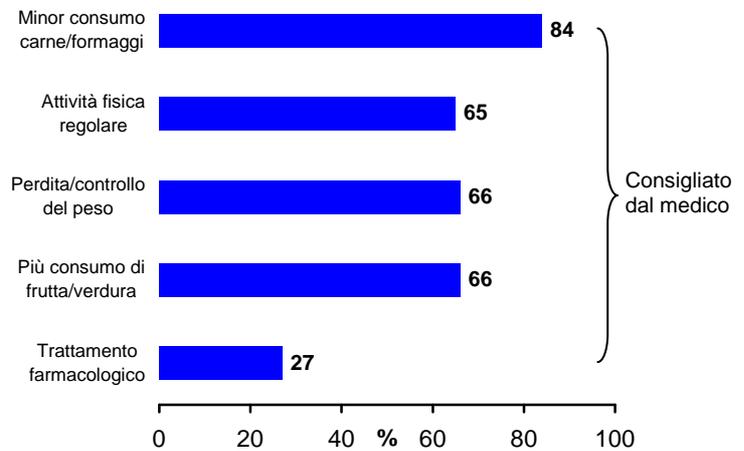


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Il 27 % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, l'84% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi; il 66% di aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre o controllare il proprio peso corporeo; il 65% di svolgere regolare attività fisica.

**Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL TORINO 1-4 (n=152)**



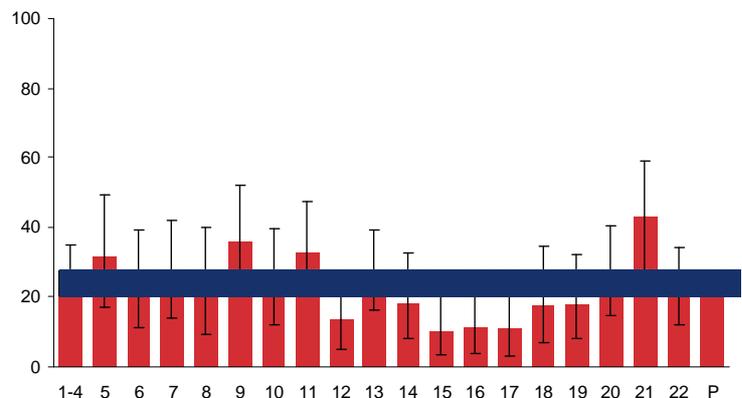
* considerati indipendentemente

Tra le ASL del Piemonte emerge un'ampia variabilità fra le percentuali di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico (range dal 10% della ASL 15 Cuneo al 43% della ASL 21 Casale M.).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia in trattamento farmacologico sono il 25%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa il 25% della popolazione fra 18 e 69 anni della ASL 1-4 TORINO non abbia mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che hanno effettuato almeno una volta il dosaggio del colesterolo, il 23% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 35% dei soggetti di 50-69 anni. Poco più del 65% ha ricevuto consigli generali per ridurre il colesterolo.

Poiché una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può, in alcune persone, abbassare il colesterolo tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico, appare importante un approccio maggiormente standardizzato ed esteso all'intera popolazione degli ipercolesterolemici.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

Il punteggio di rischio cardiovascolare è stato calcolato al 4% delle persone intervistate di età 35-69 della ASL TORINO 1-4.

Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate.

La presenza di almeno un fattore di rischio non modifica la frequenza di calcolo del rischio CV.

**Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
ASL TORINO 1-4 (n=624)**

Caratteristiche		%
Totale		3.8 (IC95%: 2.5 % - 5.8 %)
Classi di età		
	35 - 49	1.6
	50 - 69	6.1
Sesso		
	uomini	4.0
	donne	3.7
Istruzione*		
	bassa	4.4
	alta	3.4
Difficoltà economiche**		
	basso	3.9
	alto	3.8
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***		
	sì	3.9 [§]
	no	3.7

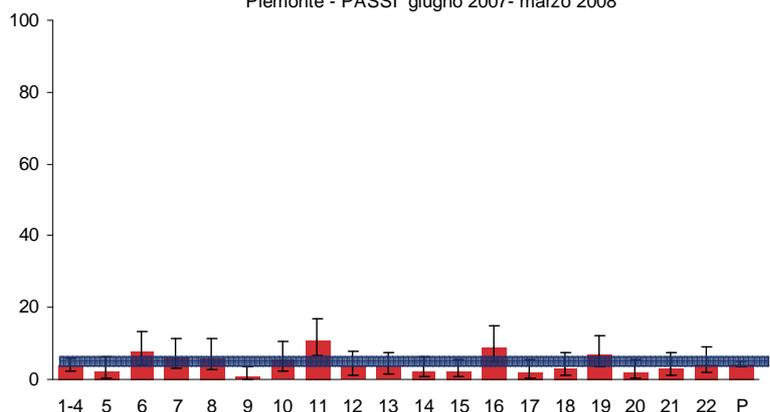
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL del Piemonte, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (range dall'1% della ASL 9 Ivrea all'11% della ASL 11 Vercelli) che risulta ovunque molto bassa.

Nel pool PASSI a livello nazionale la percentuale di persone cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare è del 6%

Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici della ASL TORINO 1-4.

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

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

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

Sintomi di depressione

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

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

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

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

Nella ASL TORINO 1-4 il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.

I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione; sono più colpite:

- le donne (più del doppio rispetto agli uomini)
- le persone con un livello di istruzione basso
- le persone con molte difficoltà economiche
- le persone senza un lavoro regolare
- coloro che sono affetti da almeno una malattia cronica

Le differenze rilevate sono tutte statisticamente significative.

Nella ASL TORINO 1-4 la percentuale di persone che ha riferito entrambi i sintomi di depressione è lievemente al di sopra del valore medio regionale che è risultato dell'8%.

Persone con sintomi di depressione ASL TORINO 1-4 (n=875)	
Caratteristiche	%
Totale	9.3 (IC95%: 7.5 -11.4)
Classi di età	
18-34	8.5
35 - 49	6.5
50 - 69	12.3
Sesso	
uomini	5.1
donne	13.3
Istruzione*	
bassa	13.2
alta	6.5
Difficoltà economiche	
sì	13.7
no	4.7
Stato lavorativo	
lavora	6.3
non lavora	14.4
Malattie croniche	
almeno una	17.4
nessuna	7.7

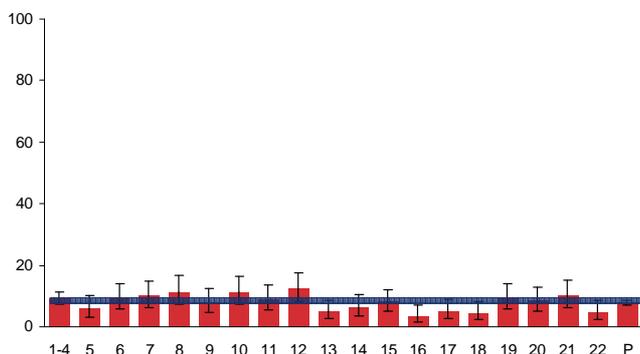
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Tra le ASL del Piemonte la percentuale di persone che riferisce di avere entrambi i sintomi di depressione va dal 4% delle Asl 16 Mondovì e 18 Alba al 12% della Asl 12 di Biella.

Nel pool PASSI a livello nazionale il 9% degli intervistati mostra sintomi di depressione nelle ultime due settimane.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

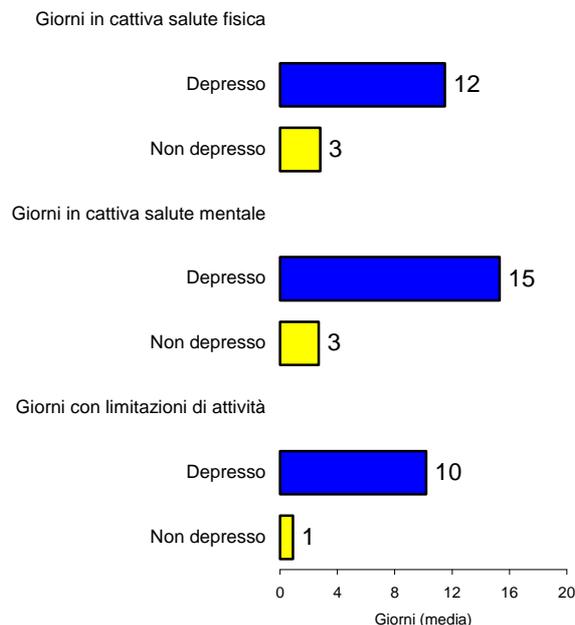


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 21% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", contro il 72% delle persone non depresse.

La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.

La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione

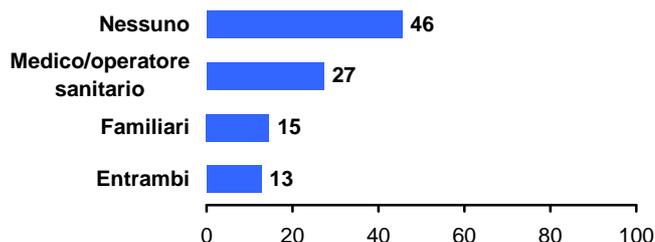


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Nella ASL TORINO 1-4 il 46% delle persone con sintomi di depressione non ne ha parlato con nessuno.

La percentuale di persone con sintomi di depressione che si è rivolta a un medico o altro operatore sanitario è del 27%; familiari o amici o vengono interpellati nel 15% dei casi.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione (%)
ASL TORINO 1-4 (n=81)



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno.

In Piemonte il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1998-2002 è stato di 13/100.000 donne residenti; nel 2006 si stimano 329 nuovi casi.

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

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

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

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

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

Nella ASL TORINO 1-4 circa l'82% delle donne intervistate di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dal programma di screening "Prevenzione Serena".

Il Pap test preventivo è più diffuso nella fascia di età 50-64 anni, fra le donne coniugate o conviventi e fra coloro che non hanno difficoltà economiche.

Le differenze rilevate sono statisticamente significative.

Il livello di istruzione non sembra giocare un ruolo importante.

Donne che riferiscono di avere effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni* (25-64 anni)
ASL TORINO 1-4 (n=351)

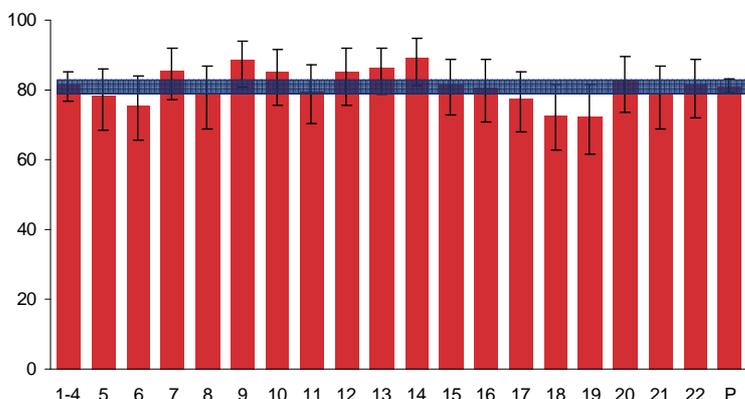
Caratteristiche	%
Totale	81.5 (IC95%:77.0-85.4)
Classi di età	
25 - 34	73.7
35 - 49	82.5
50 - 64	85.2
Stato civile	
coniugata	86.9
non coniugata	73.0
Convivenza	
convivente	85.8
non convivente	73.6
Istruzione**	
bassa	80.2
alta	82.2
Difficoltà economiche	
sì	78.1
no	86.4

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

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

Tra le ASL del Piemonte la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è generalmente alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 72% della ASL 19 Asti al 89% delle ASL 9 Ivrea e 14 Verbania).

Donne tra i 25 e i 64 anni che hanno eseguito il Pap-test negli ultimi tre anni per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale il 74% delle donne intervistate tra 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

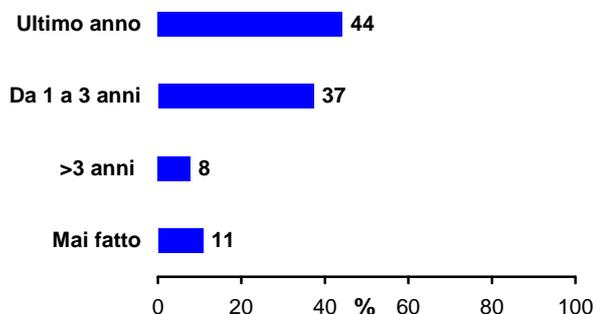
Quale è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Lo screening prevede per le donne in età tra 25 e 64 anni l'effettuazione del Pap test ogni 3 anni.

Tra le intervistate di età compresa tra 25 e 64 anni di età:

- il 44% riferisce d'averlo effettuato nell'ultimo anno
- il 37% da uno a tre anni prima
- l'8% da più di tre anni
- l'11% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

Quando l'ultimo Pap test (%)*
ASL TORINO 1-4 (n=351)



* Lo screening regionale prevede l'effettuazione del Pap test ogni 3 anni per le donne tra 25 e 64 anni

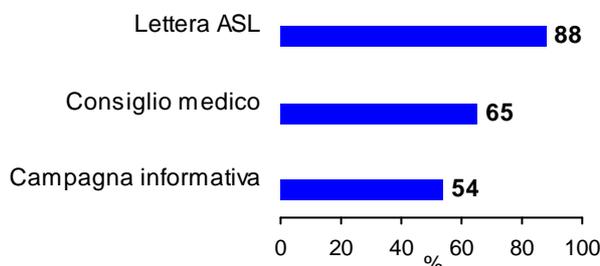
Quale promozione per lo screening delle neoplasie del collo dell'utero?

Nella ASL TORINO 1-4 tra le donne di età 25-64 anni (escluse le isterectomizzate*):

- l'88% riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il 65% riferisce di essere stata consigliata da un operatore sanitario ad effettuare con periodicità il Pap test
- il 54 % riferisce di aver visto o sentito una campagna informativa

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

Promozione del Pap test (%)
ASL TORINO 1-4 (n=349)



Nelle ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità fra le risposte riferite in merito all'aver ricevuto la lettera della ASL (range dal 52% della ASL 14 Verbania al 94% della ASL 15 Cuneo); il consiglio di un operatore sanitario (range dal 48% della ASL 18 Alba al 77% della ASL 13 Novara) e aver visto o sentito una campagna informativa (range 51% della ASL TORINO 1-4 all'85% della ASL 9 Ivrea).

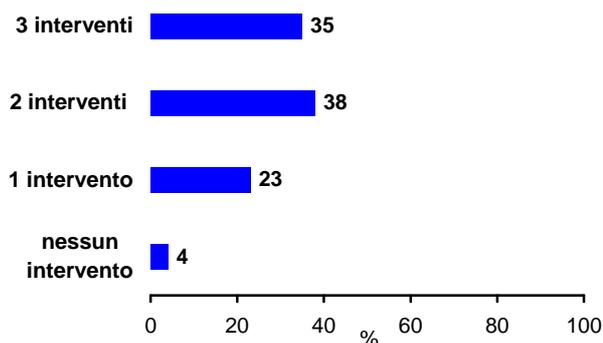
Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale il 55% delle donne ha ricevuto la lettera della ASL, il 58% il consiglio di un operatore sanitario e il 66% ha visto o sentito una campagna informativa.

Nella ASL TORINO 1-4 tra le donne di età 25-64 anni intervistate:

- il 35% riferisce di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa)
 - il 38% due interventi di promozione
 - il 23% un intervento di promozione.
 - il 4% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Le intervistate che riferiscono di non aver ricevuto alcun intervento di promozione sono il 5% in Piemonte e l'11% in Italia.

Numero di interventi di promozione del Pap test ricevuti (%)
ASL TORINO 1-4 (n=349)

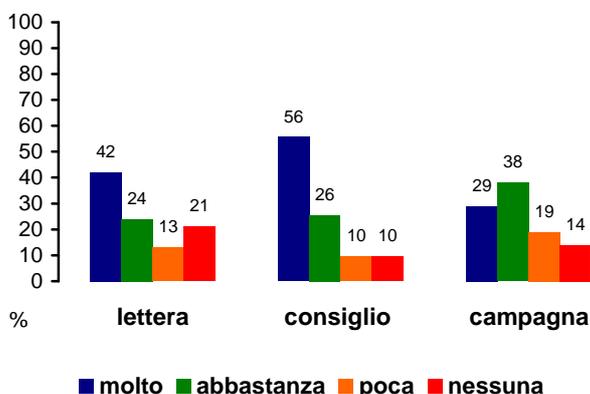


Quanto influiscono gli interventi di promozione del Pap test sulla sua effettuazione?

Nella ASL TORINO 1-4 l'82% delle intervistate che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni ritiene che aver ricevuto il consiglio del medico abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame.

L'influenza positiva della lettera della ASL è del 66 e della campagna informativa del 67%.

Influenza degli interventi di promozione Sull'effettuazione del Pap test (%) ASL TORINO 1-4 (n=255)



Tra le ASL del Piemonte la percezione dell'influenza positiva ad effettuare il Pap-test del consiglio di un operatore sanitario mostra un valore che va dal 65% della ASL 18 Alba al 97% della ASL 9 Ivrea; della lettera dal 54% della ASL 14 Verbania al 86% della ASL 7 Chivasso; di una campagna informativa dal 41% della Asl 14 Verbania al 80% della ASL 9 Ivrea. Questi dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali.

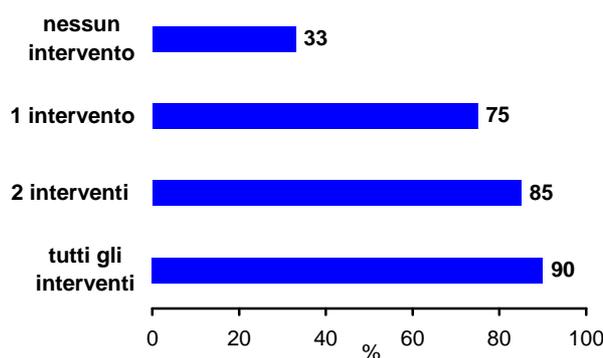
Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale l'influenza del consiglio di un operatore è del 77%, quello della lettera della ASL del 65% e quella della campagna informativa del 63%.

Quali risultati dagli interventi di promozione del Pap test?

Nella ASL TORINO 1-4 ha effettuato il Pap test nei tempi raccomandati il 33% delle donne che non ha ricevuto alcun intervento di promozione.

La percentuale sale al 75% tra le donne che riferiscono di aver ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna informativa); all'85% tra quelle che ne hanno ricevuti due e al 90% di quante hanno ricevuto tutti e tre gli interventi (le differenze rilevate sono statisticamente significative).

Effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni e numero di interventi di promozione ricevuti (%) ASL TORINO 1-4 (n=349)



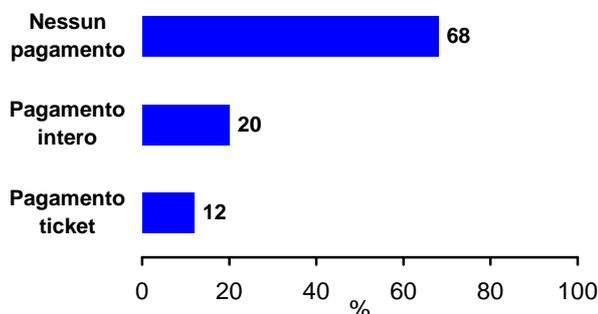
In Piemonte ha effettuato il Pap test il 53% delle donne che non ha ricevuto alcun intervento fra i tre considerati; il 72% tra le donne ne hanno ricevuto uno; l'84% di coloro che ne hanno ricevuti due e l'88% di quelle che hanno ricevuto i tre interventi.

Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

Nella ASL TORINO 1-4 il 68% delle donne che ha effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni riferisce di non aver effettuato nessun pagamento; il 12% ha pagato solamente il ticket e il 20% ha pagato l'intero costo dell'esame.

In Piemonte l'esecuzione del Pap test all'interno dei programmi di screening è gratuita; le informazioni raccolte possono essere considerate indicative della diffusione del Pap test al di fuori programmi di screening organizzato: in strutture pubbliche o accreditate (pagamento del ticket); per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costo dell'ultimo Pap test (%)
ASL TORINO 1-4 (n=286)

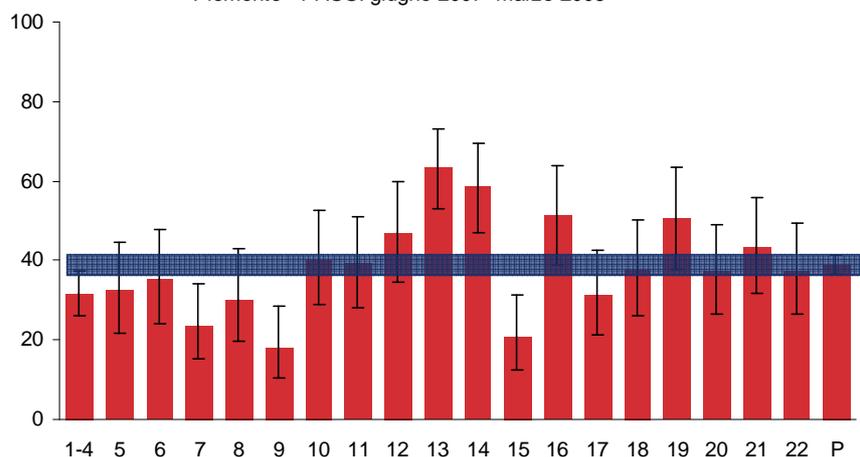


Tra le ASL del Piemonte si rileva un'ampia variabilità, con differenze significative nella percentuale di donne che ha riferito di aver pagato (il costo totale o solo il ticket) per il Pap test (range dal 18% della ASL 9 Ivrea al 64% della ASL 13 Novara).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale le donne che hanno riferito di aver effettuato un pagamento per eseguire il Pap-test è del 51%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

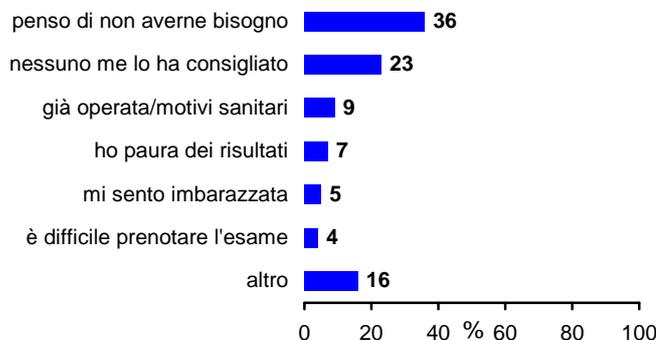
Nella ASL TORINO 1-4 l'11% delle donne di età 25-64 anni ha riferito di non aver mai effettuato il Pap test e l'8% di averlo effettuato da oltre 3 anni.

Tra queste donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida il 16% risponde "non so/non ricordo" alla domanda sulle motivazioni.

Tra le 56 donne rispondenti:

- il 36% risponde "penso di non averne bisogno"
- il 23% afferma "nessuno me lo ha consigliato"
- il 9% "sono già stata operata/per altri motivi sanitari"
- il 7% "ho paura dei risultati dell'esame"
- il 5% "mi sento imbarazzata"
- il 4% sostiene che "è difficile prenotare l'esame"
- il 16% riferisce altri motivi.

Motivi per cui il Pap test non è stato effettuato negli ultimi 3 anni (%) ASL TORINO 1-4 (n=56*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 la percentuale di donne tra 24 e 65 anni che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo negli ultimi 3 anni è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

La copertura rilevata attraverso lo studio PASSI (82%) comprende sia le donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale "Prevenzione Serena" (68%), sia quelle che lo hanno effettuato al di fuori dello "screening programmato" in strutture pubbliche o private (>30%) pagando il ticket o costo intero dell'esame.

L'offerta di questa attività di prevenzione secondaria ha raggiunto una buona copertura fra le donne interessate attraverso almeno un intervento di promozione (consiglio del medico, lettera della ASL, campagna informativa) e la probabilità di effettuare il Pap test aumenta con il numero degli interventi di sensibilizzazione raggiungendo il 90% delle donne che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi di promozione.

I risultati del PASSI per quanto confortanti sottolineano la necessità di incrementare l'attività di sensibilizzazione per recuperare la quota (18%) di donne che non ha mai eseguito il Pap test o non segue la periodicità consigliata dalle linee guida.

Inoltre è importante ridurre ulteriormente la quota di esami effettuata al di fuori del programmi di screening regionale "Prevenzione Serena".

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

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

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

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

Quante donne hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni?

Nella ASL TORINO 1-4 il 74% delle donne intervistate di età 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come previsto dal programma "Prevenzione Serena".

La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche non mostra differenze significative nella percentuale di adesione al programma fra le varie categorie considerate.

Fra le intervistate di età 50-69 anni l'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere circa 44 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 69% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 39 anni.

Donne che riferiscono di aver effettuato una mammografia* negli ultimi 2 anni (50-69 anni)
ASL TORINO 1-4 (n=177)

Caratteristiche	%
Totale	74.1 (IC95%:67.0-80.5)
Classi di età	
50- 59	71.6
60 -69	76.0
Stato civile	
coniugata	75.2
non coniugata	71.2
Convivenza	
convivente	73.6
non convivente	75.5
Istruzione**	
bassa	73.7
alta	74.7
Difficoltà economiche	
sì	72.5
no	77.8

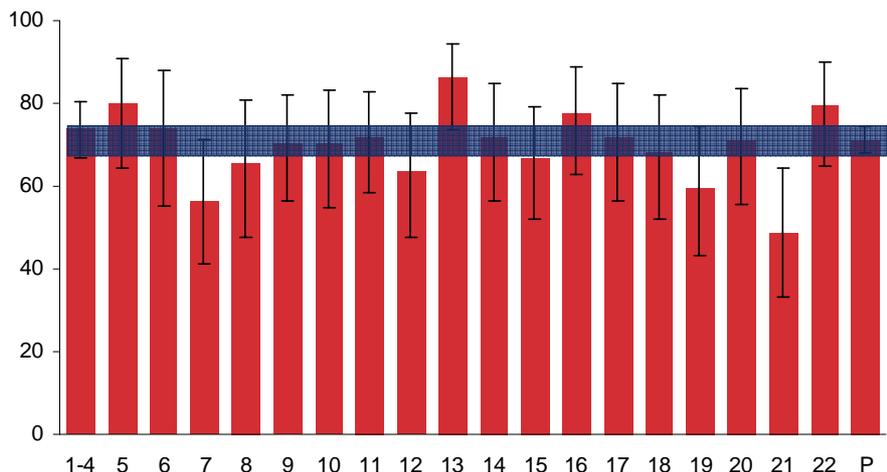
* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

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

Nelle ASL del Piemonte la percentuale di donne tra 50-69 anni che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 3 anni varia dal 49% della Asl 21 Casale M. (sensibilmente al di sotto della media regionale) al 86% della ASL 13 Novara.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

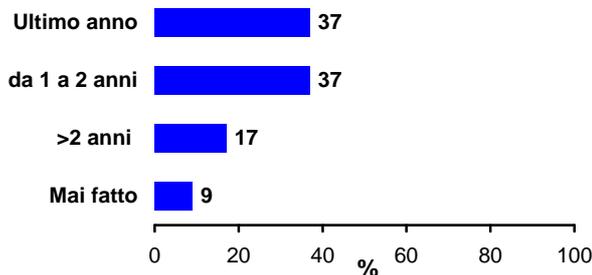


Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale il 68% delle donne intervistate di età 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

Quando è stata eseguita l'ultima Mammografia?

Il 37% delle donne tra 50 e 69 anni riferisce d'aver eseguito una mammografia nel corso dell'ultimo anno, il 37% da uno a due anni prima e il 17% più di tre anni prima. Il 9% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

Quando l'ultima mammografia?* (%)
ASL TORINO 1-4 (n=177)



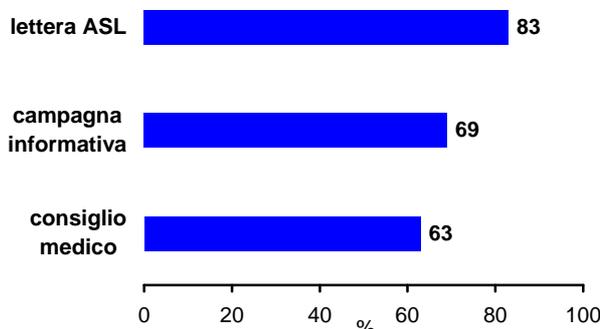
* Lo screening organizzato prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne tra 50 e 69 anni

Quale promozione per lo screening delle neoplasie della mammella?

Nella ASL TORINO 1-4 relativamente allo screening della mammella tra le donne intervistate di 50 e 69 anni

- l'83% ha ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il 69% ha visto o sentito una campagna informativa
- il 63% ha ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.

Promozione della mammografia (%)
ASL TORINO 1-4 (n=177)



Tra le ASL del Piemonte si rilevano differenze importanti in merito all'informazione sullo screening mammario; si riportano i range di risposta relativi agli interventi programmati:

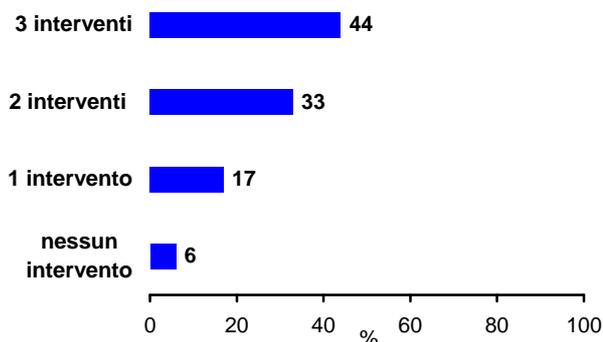
- lettera della ASL (range dal 40% della ASL 21 Casale M. al 97% della Asl 9 Ivrea)
- consiglio di un operatore sanitario (range dal 40% della ASL 21 Casale M. all'85% della ASL 13 Novara)
- visto o sentito una campagna informativa (range dal 57% della Asl 21 Casale M. al 93% della ASL 7 Chivasso).

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 60% il consiglio di un operatore sanitario e il 73% ha visto una campagna informativa.

Tra donne di età 50-69 anni, intervistate in merito alla promozione degli interventi di screening mammografico (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa):

- il 44% riferisce di aver ricevuto tutti e tre gli interventi
- il 33% due interventi
- il 17% un intervento
- il 6% non ha ricevuto nessuno degli interventi considerati

Numero di interventi di promozione dell'ultima mammografia (%)
ASL TORINO 1-4 (177)



In Piemonte:

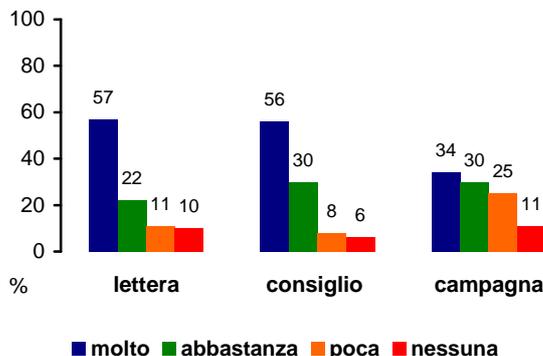
- il 39% riferisce di aver ricevuto tutti e tre gli interventi
- il 36% due interventi
- il 19% un intervento
- il 6% non ha ricevuto nessuno degli interventi considerati

Influenza degli interventi di promozione della mammografia sulla sua effettuazione?

Nella ASL TORINO 1-4 fra le donne di 50-69 anni intervistate in merito all'influenza degli interventi di promozione della mammografia:

- l'83% che ha ricevuto la lettera della ASL ritiene che questa ha avuto un'influenza positiva sulla scelta (57% molta e 22% abbastanza)
- Il 63% che ha ricevuto un consiglio da un operatore sanitario ritiene che questa ha avuto un'influenza positiva sulla scelta (56% molta e 30% abbastanza)
- Il 69% che ha visto una campagna informativa ritiene che questa ha avuto un'influenza positiva sulla scelta (34% molta e 30% abbastanza)

Influenza degli interventi di promozione sulla effettuazione della mammografia (%)
ASL TORINO 1-4 (n=112)



Tra le Asl del Piemonte si osservano notevoli differenze (da valutare con cautela per la numerosità limitata delle osservazioni raccolte) in merito all'efficacia dei singoli interventi di promozione dello screening mammografico.

Per la lettera della ASL il range va dal 50% delle ASL 12 Biella e 15 Cuneo al 100% della ASL 21 Casale M.

Per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 50% della ASL 12 Biella al 100% delle ASL 6 Ciriè e 21 Casale M.

Per la campagna informativa il range va dal 50% della ASL 15 Cuneo al 100% della ASL 21 Casale M.

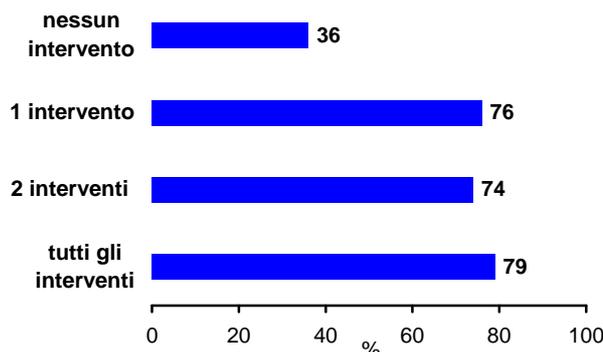
Quali risultati dagli interventi di promozione della Mammografia?

Nella ASL TORINO 1-4 fra le donne di età 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia nei tempi raccomandati:

- il 79% ha ricevuto tutti e tre gli interventi
- il 74% ha ricevuto due interventi
- il 76% ha ricevuto un intervento
- il 33% non ha ricevuto alcun intervento di promozione

In Piemonte ha effettuato la mammografia nei tempi raccomandati: l'80% di coloro che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi; il 74% due interventi; il 56% un intervento e il 32% di chi non ha ricevuto alcun intervento di promozione.

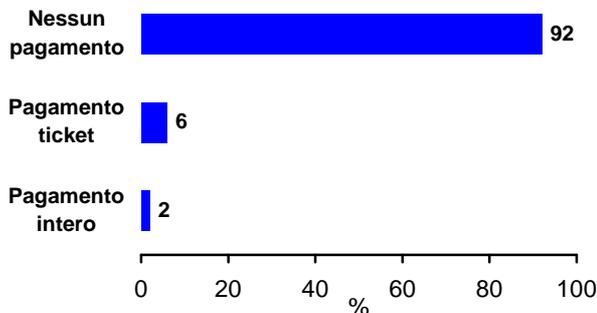
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione (%)
ASL TORINO 1-4 (n=129)



Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

Relativamente all'ultima mammografia nella ASL TORINO 1-4 il 92% delle donne riferisce di non aver effettuato nessun pagamento il 6% ha pagato il ticket il 2% ha pagato l'intero costo dell'esame

Costo della mammografia (%)
ASL TORINO 1-4 (n=128)

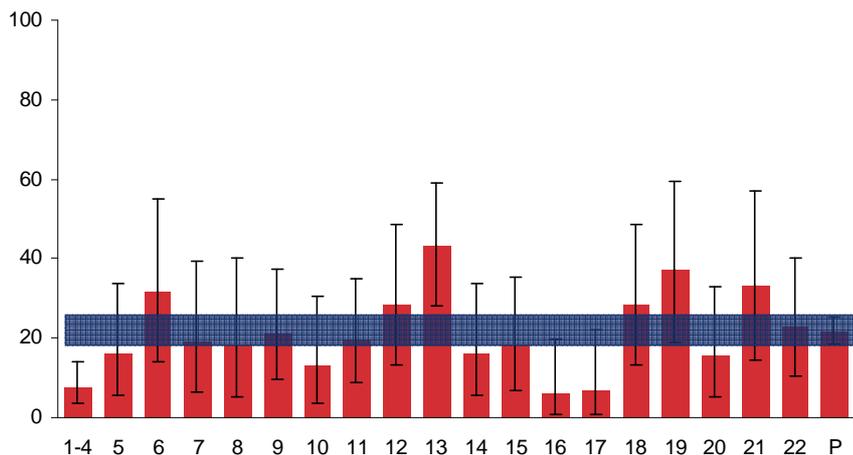


Poiché l'effettuazione della mammografia all'interno del programma di screening regionale è gratuita questa informazione può essere considerata indicativa della diffusione della mammografia preventiva al di fuori dello screening organizzato: in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero)

Tra le ASL del Piemonte la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato l'ultima mammografia (cioè che ha fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening) è del 22% (range dal 6% della ASL 16 Mondovì al 43% della ASL 13 Novara). In tre ASL de Piemonte la proporzione di donne che non hanno pagato per effettuare la mammografia è significativamente più bassa del valore regionale

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato l'ultima mammografia è del 27%.

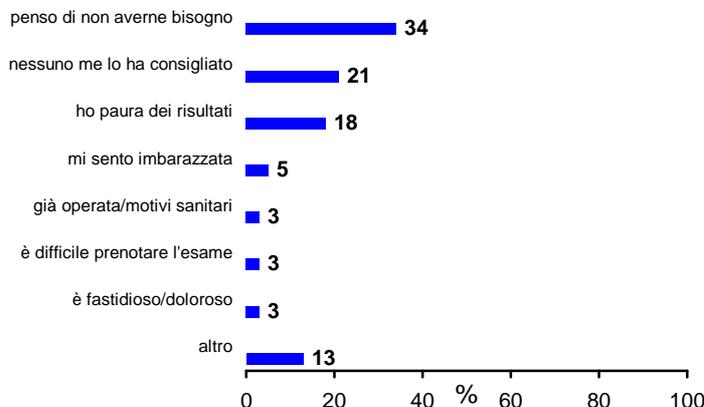
Perché non è stata effettuata la mammografia negli ultimi 2 anni?

Nella TORINO 1-4 tra le donne di 50-69 anni il 17% ha riferito di aver effettuato la mammografia da oltre 2 anni e l'8% di non averla mai effettuata.

Tra le intervistate che hanno motivato la mancata effettuazione dell'esame:

- il 34% riferisce "penso di non averne bisogno"
- il 21% "nessuno me l'ha consigliato"
- il 18% "ho paura dei risultati dell'esame"
- il 5% "mi sento imbarazzata"
- il 3% "sono già stata operata/per altri motivi sanitari"
- il 3% "è difficile prenotare l'esame"
- il 3% "è fastidioso/doloroso"
- il 13% "altro"

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida
ASL TORINO 1-4 (n=38*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TORINO 1-4 la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventiva è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (79%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni; di queste, circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata; il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata.

La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI.

L'età media della prima mammografia è di 45 anni e indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali; questo fenomeno dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

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

In Piemonte gli si stimano circa 3600 nuovi casi all'anno. Queste neoplasie sono responsabili dell'11% dei decessi per tumore, pari a 1.510 morti annui nel periodo 1998-2002. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 55%; la prevalenza stimata è 576,2 per 100.000 nel sesso maschile e 544,5 per 100.000 nel sesso femminile.

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

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

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

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

Nella ASL TORINO 1-4 circa il 30% delle persone intervistate tra 50 e 69 anni riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali (sangue occulto o colonscopia).

Il 15% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni e il restante 15% di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni.

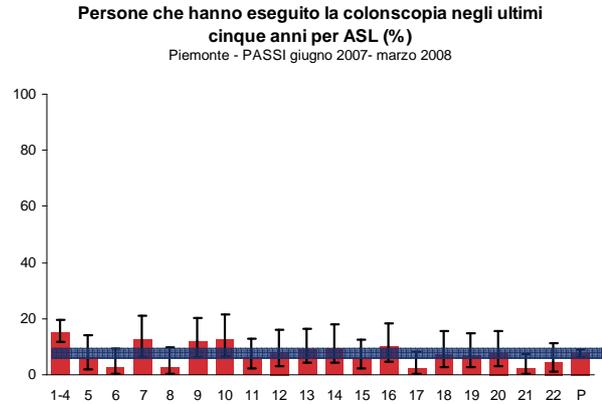
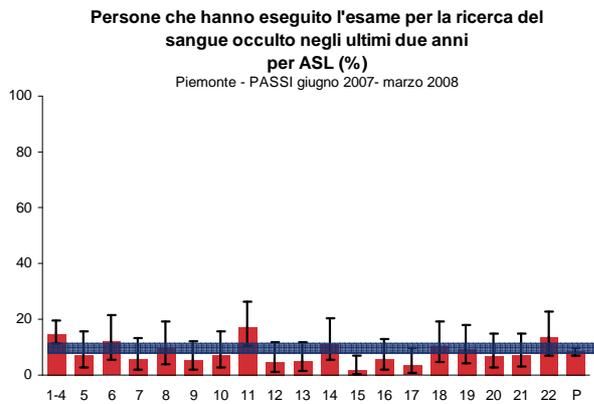
Non si rilevano differenze significative per sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche.

L'unica differenza, statisticamente significativa, è legata all'età: i soggetti della fascia 60-69 anni aderiscono allo screening in misura maggiore rispetto ai soggetti della fascia 50-59 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni) ASL TORINO 1-4 (n=340/326)		
Caratteristiche	Ricerca sangue occulto nelle feci* Negli ultimi 2 anni %	Colonscopia negli ultimi 5 anni %
Totale	15.0 (IC95% 11.4-19.5)	15.2 (IC95% 11.6-19.6)
Classi di età		
50 - 59	8.7	6.1
60 - 69	20.3	22.7
Sesso		
uomini	18.1	17.7
donne	12.3	12.9
Istruzione		
bassa	13.3	18.3
alta	17.1	11.2
Difficoltà economiche		
sì	11.5	17.1
no	19.1	12.3

Fra le ASL del Piemonte emerge una grossa variabilità fra la percentuale di persone che riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni (range dal 2% della ASL 15 di Cuneo al 17% della ASL 11 Vercelli). Analoga osservazione può essere fatta relativamente alla percentuale di persone che riferisce di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni (range dal 2% della ASL 17 di Savigliano e 21 Casale M. al 15% della ASL TORINO 1-4).

Sebbene i valori della ASL TORINO 1-4 siano significativamente più alti sia per la ricerca di sangue occulto per la colonscopia la percentuale di ultracinquantenni che si sottopone allo screening è comunque molto bassa.



Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale il 19% degli intervistati di età 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% d'aver effettuato la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

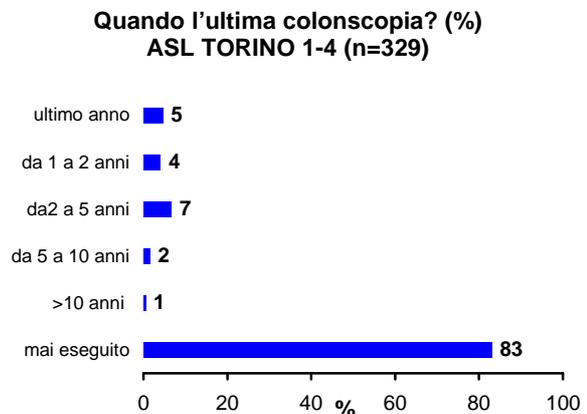
Rispetto alla ultima ricerca di sangue occulto nelle feci:

- il 78% degli intervistati tra 50 e 69 anni non ha mai eseguito questo esame per la diagnosi precoce del tumore colo-rettale
- l'8% ha effettuato l'esame nell'ultimo anno, il 7% da uno a due anni prima, il 4% da due a cinque anni prima e il 3% nei cinque dieci anni precedenti



Rispetto alla colonscopia:

- l'83% degli intervistati tra 50 e 69 anni non ha mai eseguito questo esame per la diagnosi precoce del tumore colo-rettale
- il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 4% da uno a due anni prima, il 7% da due a cinque anni prima e il 3% nei cinque dieci anni precedenti

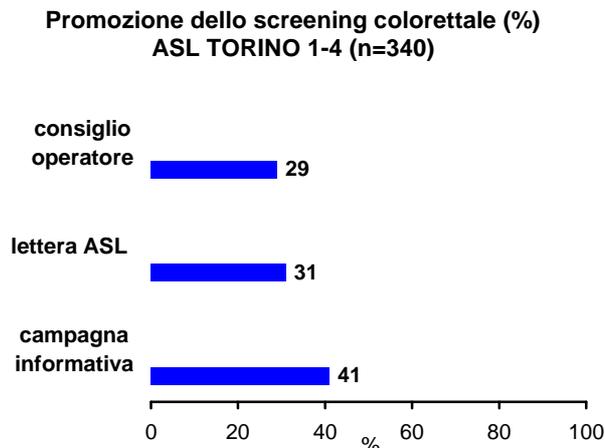


Quale promozione dello screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Nella ASL TORINO 1-4 il 39% degli intervistati di età 50 anni -69 anni riferisce di non aver ricevuto nessuna azione di promozione per la diagnosi precoce del tumore colo-rettale; il 30% ha ricevuto almeno un intervento, il 22% due interventi e il 9% ha ricevuto tre interventi di promozione.

Tra coloro che hanno ricevuto più di un intervento di promozione:

- il 29% riferisce di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto
- il 31% ha ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il 41% ha visto o sentito una campagna informativa sull'argomento



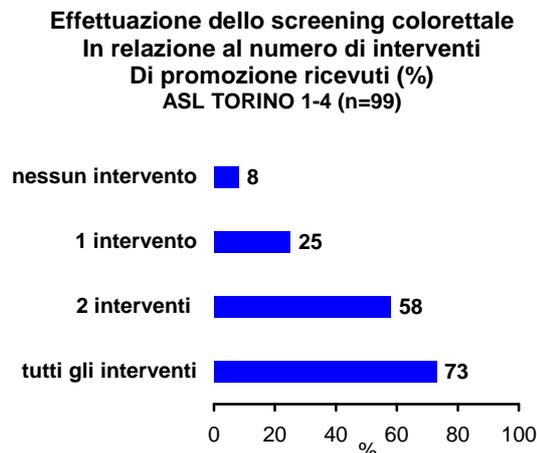
In Piemonte l'avvio dello screening colo-rettale è parziale, pertanto si osservano importanti differenze tra le ASL in merito alle attività di promozione dello screening: la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colo-rettale mostra un range dal 31% della ASL TORINO 1-4 allo 0% di sette ASL. Il consiglio di un operatore sanitario mostra un range dal 5% della ASL 17 Savigliano al 29% della ASL TORINO 1-4. L'aver visto o sentito una campagna informativa mostra un range dal 18% della ASL 5 Collegno al 50% della ASL 13 Novara.

Tra le ASL del pool PASSI a livello nazionale il 21% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto o sentito una campagna informativa.

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

Nella ASL TORINO 1-4, fra le persone di 50-69 anni, ha effettuato l'esame per la diagnosi precoce dei tumori colo-rettali nei tempi raccomandati:

- il 73% di coloro che hanno ricevuto tutti gli interventi di promozione
- il 58% di coloro che ne hanno ricevuti due
- il 25% di coloro che ne hanno ricevuti uno
- l'8% di coloro che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione



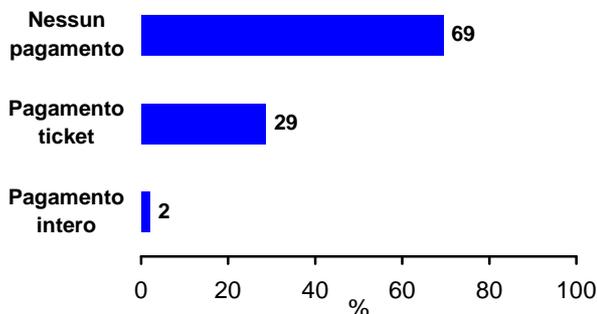
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

Nella ASL TORINO 1-4 fra le persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni il 69% ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame il 29% ha pagato il ticket il 2% ha pagato l'intero costo dell'esame

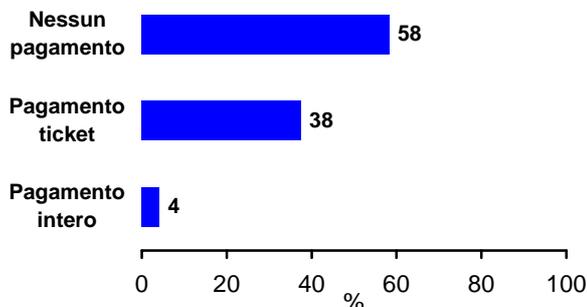
Tra le persone che hanno eseguito una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni il 58% non ha effettuato alcun pagamento il 38% ha pagato il ticket il 4% ha pagato l'intero il costo dell'esame

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

Costi della ricerca di sangue occulto (%)
ASL TORINO 1-4 (n=49)

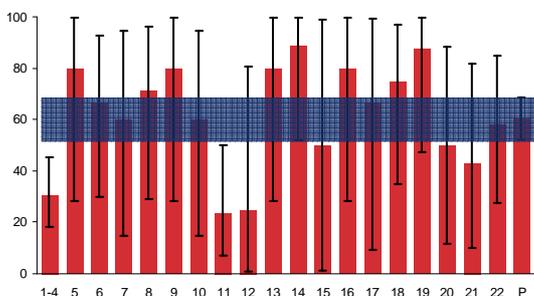


Costi della colonscopia
ASL TORINO 1-4 (n=50)

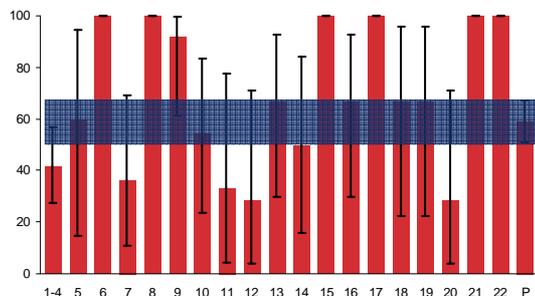


Tra le ASL del Piemonte si rileva un'ampia variabilità nella percentuale di persone che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private fuori dal programma di screening (range dal 24% della ASL 11 Vercelli al 89% della ASL 14 Verbania). L'ampia variabilità è probabilmente dovuta alle dimensioni ridotte dei campioni aziendali. Analoga osservazione può essere fatta per quel che riguarda il pagamento della colonscopia (range dal 29% delle ASL 12 Biella e 20 Alessandria al 100% di sei ASL piemontesi).

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



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



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

Nella ASL TORINO 1-4 il 62% delle persone di età 50-69 anni riferisce di non aver mai effettuato per motivi preventivi la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.

Alla domanda volta ad indagare i motivi della mancata effettuazione degli esami - il 43% degli intervistati ha detto che "nessuno me lo ha consigliato" - il 25% "penso di non averne bisogno" - il 6% ha risposto "non so/ non ricordo"

I valori riscontrati nel campione torinese sono al di sotto dei valori medi regionali.

Motivi di mancata effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto (%)
ASL TORINO 1-4 (n=210)



Conclusioni e raccomandazioni

Le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto sono state recepite dalla regione Piemonte e inserite nel programma "Prevenzione Serena".

I risultati desunti dal campione PASSI della ASL TORINO 1-4 mostrano una buona diffusione e adesione al programma: il ricorso alle strutture private è piuttosto limitato, come mostrano le basse percentuali di persone che hanno pagato per intero il costo dell'esame (4% per ricerca di sangue occulto nelle feci e colonscopia).

Per favorire l'adesione al programma di screening di tutti i soggetti target della prevenzione è auspicabile l'intervento congiunto dei medici di medicina generale, degli operatori di Sanità Pubblica e la programmazione campagne di comunicazione.

Appendice. Monitoraggio

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

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

Per meglio comprendere il significato dei dati che verranno di seguito riportati, si elencano definizioni e descrizioni degli indicatori utilizzati:

- Popolazione indagata: persone residenti nella ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in italiano.
- Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune della ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè non residenti nella ASL, senza telefono, età minore di 18 anni o maggiore di 69 anni.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni diversi della settimana).
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non voglia essere intervistata, per cui deve essere registrata come “rifiuta l'intervista “ e sostituita.
- Senza telefono rintracciabile: persona di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.

- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o non sono reperibili; devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato di popolazione (per sesso e classe di età).

Tasso di risposta

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

$$RRI = \left[\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

Tasso di sostituzione

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

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

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

Tasso di rifiuto

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

$$REF1 = \left[\frac{n^{\circ} \text{ rifiuti}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

-la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere),

-il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se è basso si potrebbe coinvolgere maggiormente i medici per convincere la persona a partecipare). Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che quindi non ci siano grandi differenze di adesione, ad esempio tra uomini e donne, tra classi di età diverse, tra zone del territorio, etc.

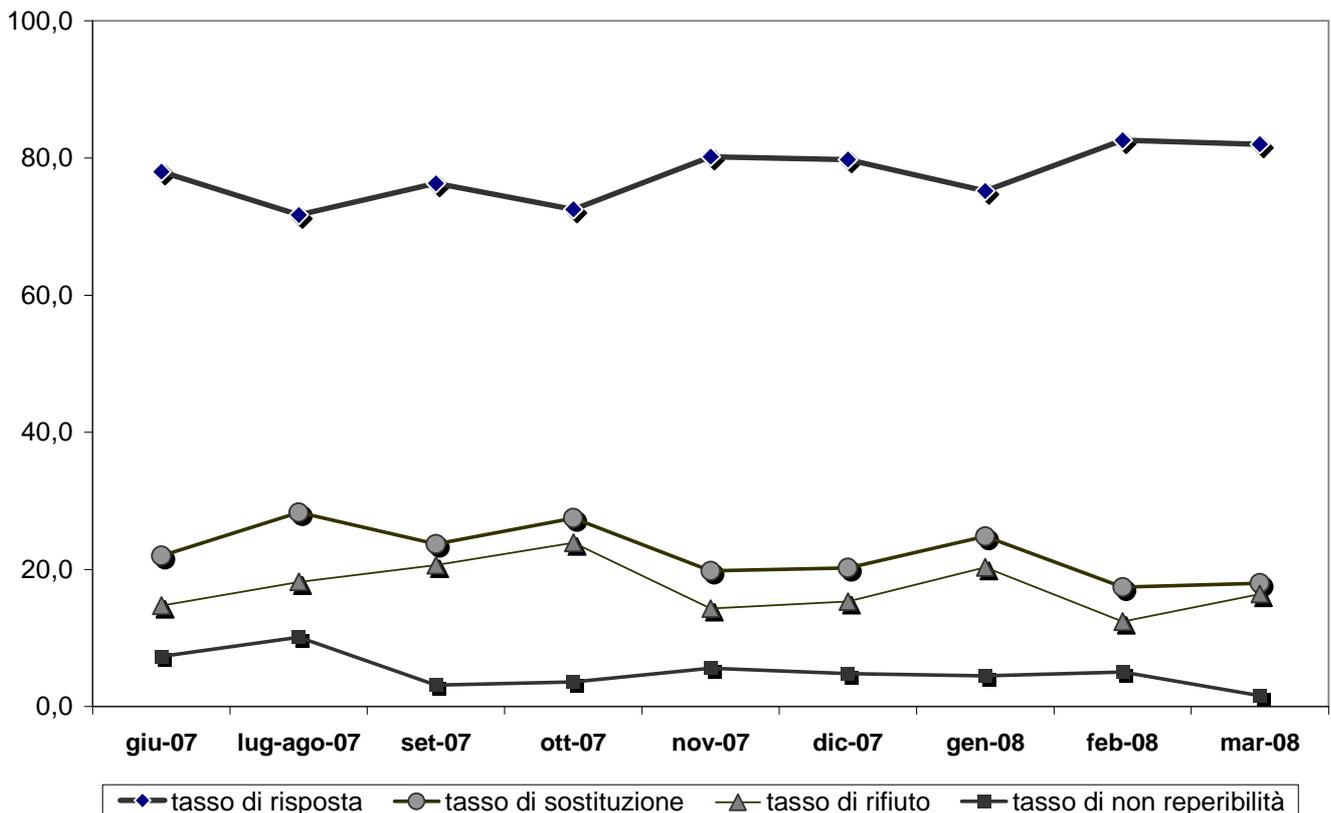
Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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

Il grafico sottostante illustra l'andamento degli indicatori di processo disaggregati per mese di sorveglianza.



Tasso di eleggibilità “e”

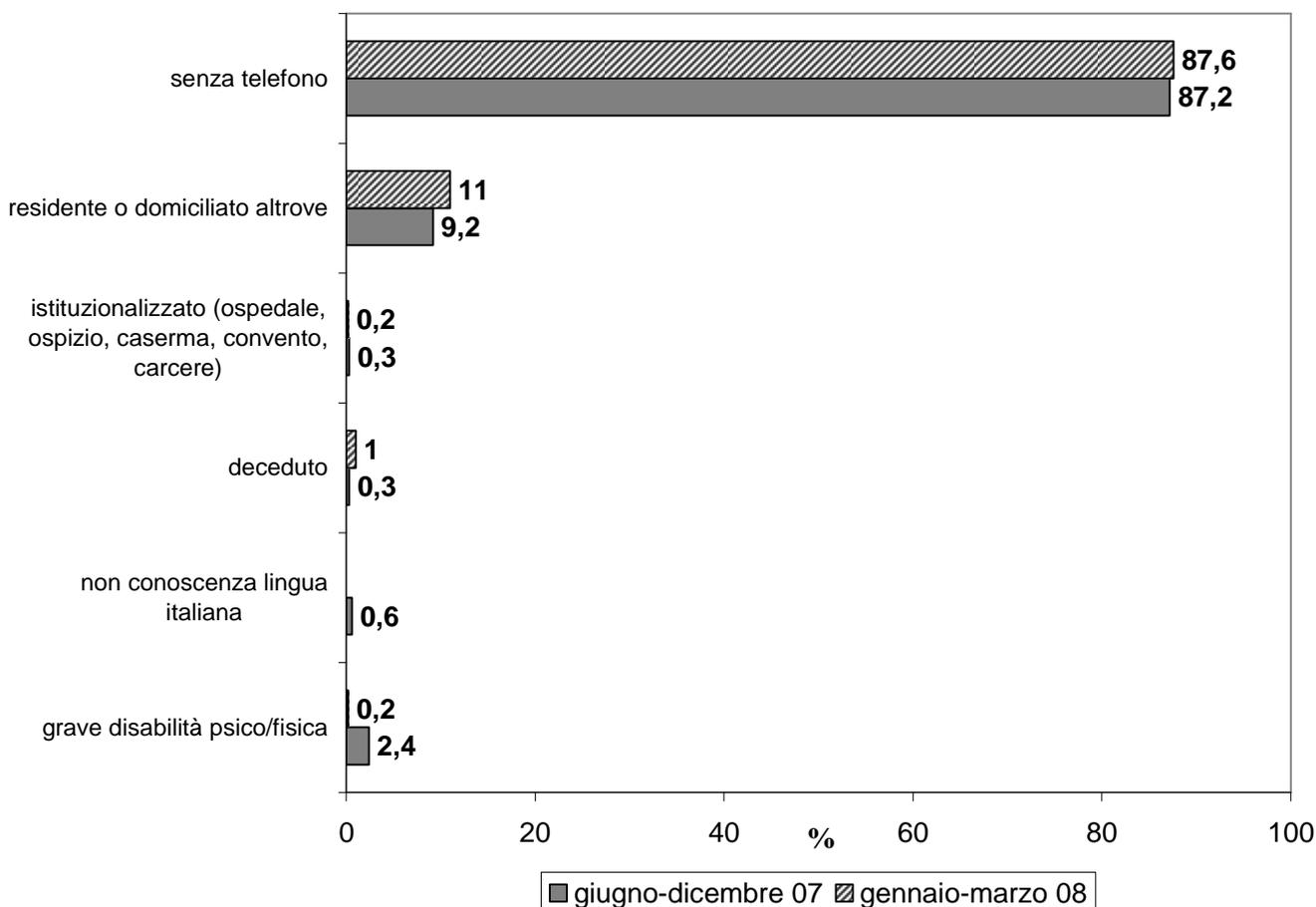
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un’informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano “non reperibili” o “senza telefono” si moltiplica per “e” il numero di individui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

$$\frac{n^{\circ} \text{ int. + rif.}}{(n^{\circ} \text{ int. + rif. + resid. altrove + istituz. + dec. + no italiano + disabili + fuori dal range di età})} * 100$$

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E’ la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria. E’ un indicatore che serve per verificare la qualità e l’aggiornamento dell’anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza) e la proporzione di persone che risulta senza telefono “rintracciabile”, cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

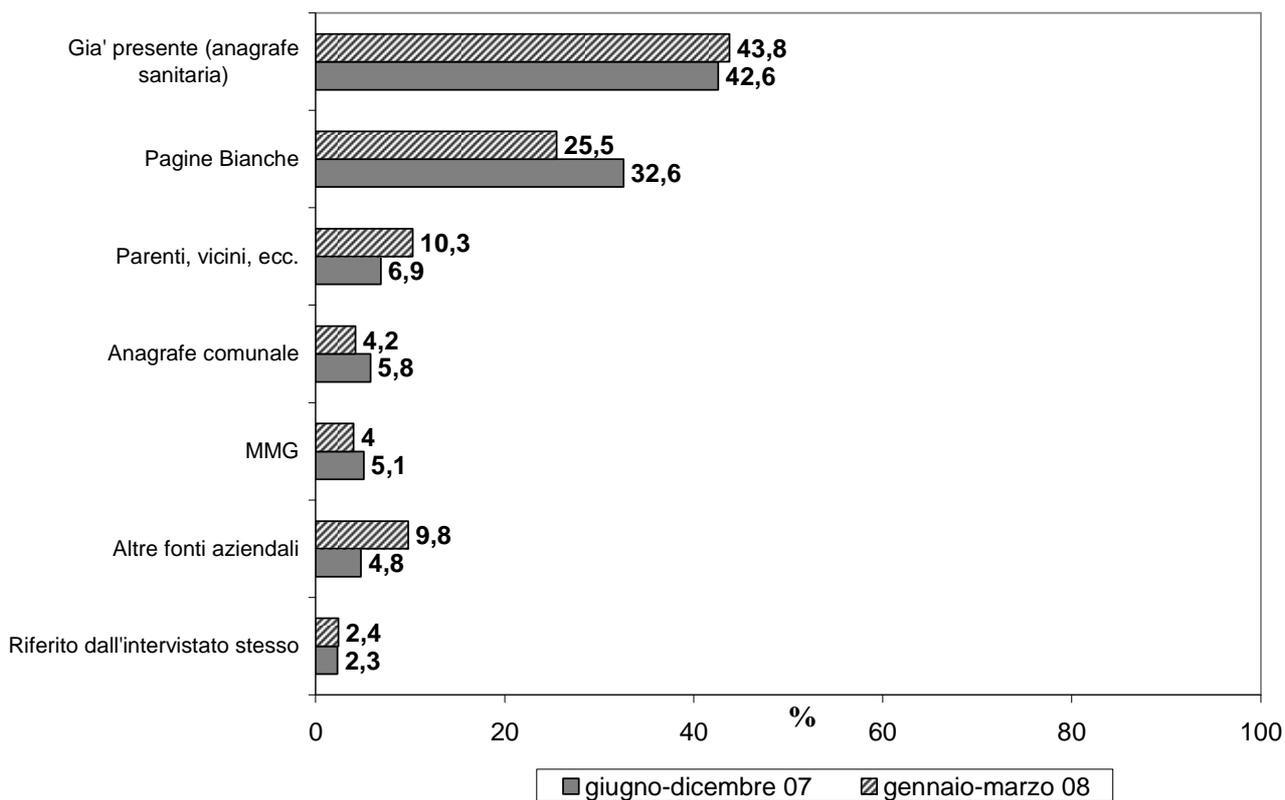
La distribuzione dei motivi di non eleggibilità registrati nella ASL TORINO 1-4 nel periodo considerato è illustrata nel grafico che segue.



Modalità di reperimento del numero telefonico

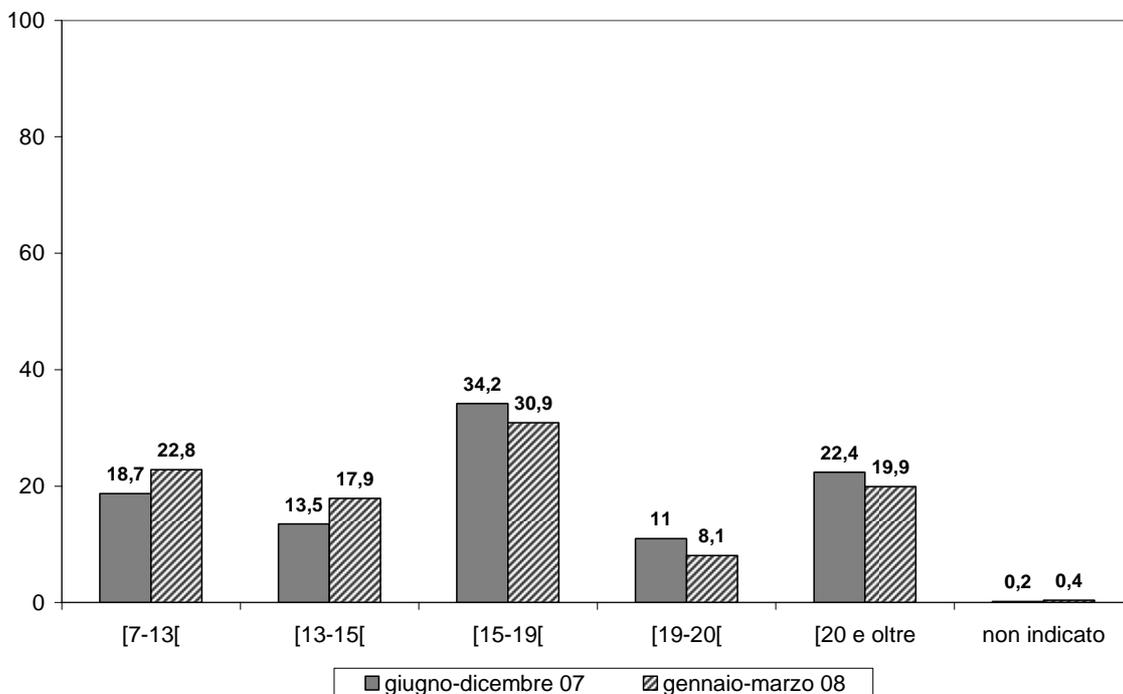
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla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

La distribuzione delle modalità di reperimento del numero di telefono registrati nella ASL TORINO 1-4 nei periodi considerati è illustrata nel grafico che segue.

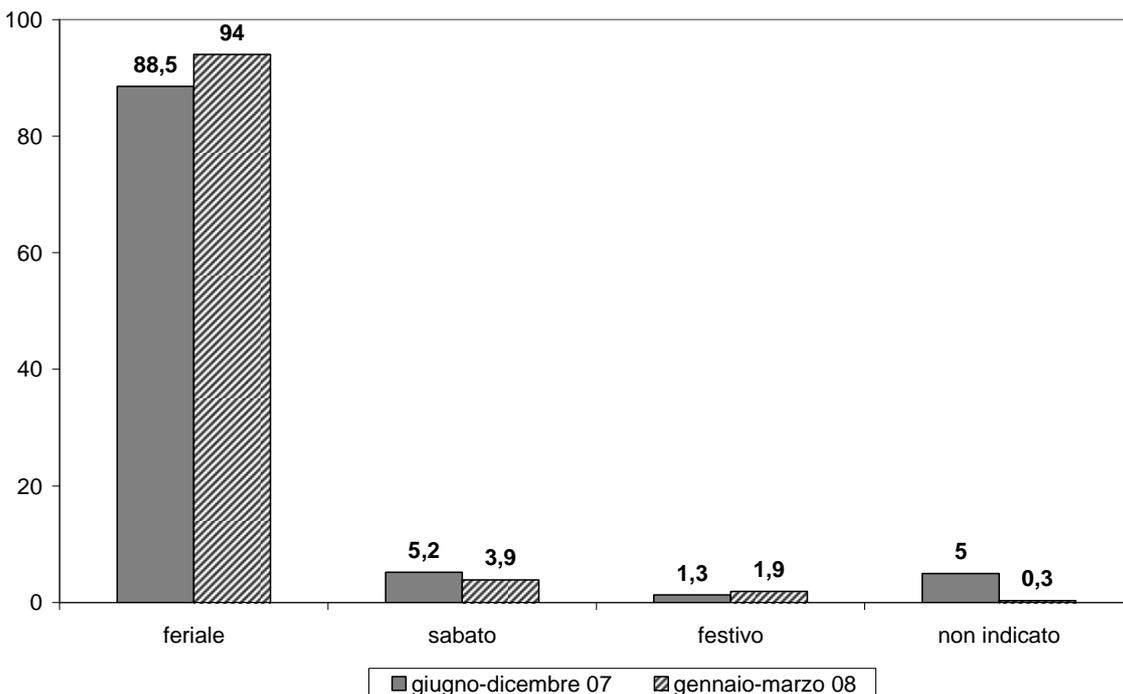


Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare “fuori orario di lavoro” dell’intervistatore. La distribuzione oraria delle interviste effettuate nella ASL TORINO 1-4 nei periodi considerati è presentata nel grafico che segue.



La distribuzione settimanale delle interviste effettuate nella ASL TORINO 1-4 nei periodi considerati è presentata nel grafico che segue.



Bibliografia

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

- della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.
16. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
 17. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
 18. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 19. 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.
 20. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
 21. 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.
 22. 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.
 23. 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.
 24. 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.
 25. 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.
 26. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
 27. Lever F, Rivoltella PC, Zanacchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai–Eri. 2002.
 28. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
 29. Liam R, O'Fallon, Dearry A. Community–based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
 30. 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.
 31. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI. 2007;3:3–4. Rapporti ISTISAN 07/30

33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7–8.
34. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR–13).
38. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007
39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE – Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) – Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083–93.
42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79–85.
43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235–9.
44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
46. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
47. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.
48. AIRT Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. Epidemiologia & Prevenzione 2006(30) suppl. 2.
49. 12. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo:

- http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_at_tiva2004_20_06.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo> www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
 53. 16. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore della mammella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 54. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
 55. Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 56. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 42–57
 57. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996–2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 28–41.
 58. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 58–71.
 59. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. BEN–Notiziario ISS 2005;18 (11):i–ii.
 60. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. Am J Prev Med 2002; 22 (4S):73–107.
 61. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S):97–72.
 62. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/costs among Medicare recipients. Obesity Research 2005 13, 1450–7.
 63. Fifty–Seventh World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
 64. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913–6.
 65. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ 2003;326:793
 66. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.

67. Unione Europea. Public Health Programme 2003–2008. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm.; ultima consultazione: 30/08/2007.
68. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
69. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
70. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN Notiziario ISS 2006;19(9); v–vi.
71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
73. World Health Organization. Prevenire le malattie croniche un investimento vitale. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
74. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999–2000 Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” Anno 2003 Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003; Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005;54:RR–10.
79. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London: BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne–Parikka P, Keinanen–Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.

84. Pomerlean J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. *J Nutr* 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health* 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto “De Iuventute”, Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519–30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all’indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm; ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all’indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– *Alcologia* 2002;14 (2–3):109–17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all’indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull’alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all’indirizzo: http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L’uso e l’abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all’indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L’uso e l’abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all’indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L’esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all’indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all’indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:94–100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947–9.

103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). L'epidemia del fumo in Italia. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1–11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modiglioni G, Zuccaro P. I giovani e il fumo. Indagine Doxa 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf; 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; ultima consultazione: 30/08/2007.
111. Taggi F. (Ed.). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – Il rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20(1–18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
112. World Health Organization. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
113. Task Force on Community Preventive Services. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. (Traduzione italiana). Epidemiologia e Prevenzione 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
114. World Health Organization. A 5–year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva:WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003–2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.

117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iacone P, Maturano P. Il Sistema "Ulisse" per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005) Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007) .
118. Ustun TB, Ayuso–Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386–92.
119. World Health Organization. World health report 2004 statistical annex. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12–6. psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903–10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD–WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1–100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year–prevalence of psychiatric disorders in un Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749–56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen
132. Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
133. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.

135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411–22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
142. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
143. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate an high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
144. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta–analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518–27.
145. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost–benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655–63.
146. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
149. Fateh–Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS.* 19(9):i–ii.
150. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003–2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894–1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
151. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600–8.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
153. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine–induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
154. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(4):vii–viii.
155. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat; ultima consultazione 30/08/2007.
156. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” anno 2003. Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
157. Taggi F. (Ed.) La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.

158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo:
http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf
 (l'ultimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo:
http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc; ultima consultazione: 30/08/2007.
163. 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.