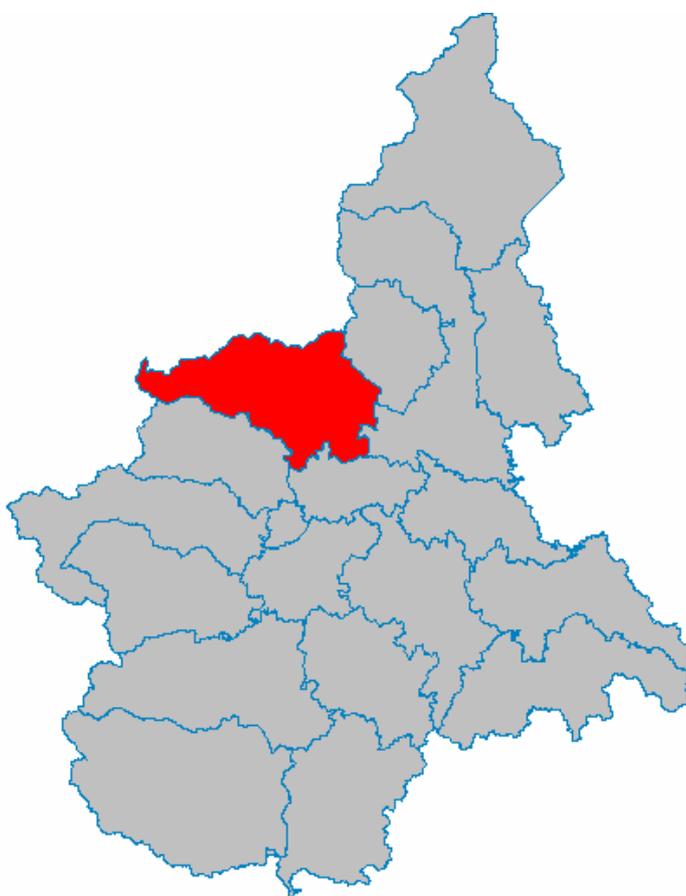


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008

ASL 9



A cura di:

Maria Pia Alibrandi, Eva Anselmo (Dipartimento di Prevenzione-Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL TO4 sede di Ivrea).

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

- a livello regionale:

Eleonora Artesio (Assessore alla Tutela della Salute e Sanità Regione Piemonte)
Vittorio Demicheli (Direttore Sanità Regione Piemonte)
Renata Magliola (Coordinatore regionale Prevenzione)
Michela Audenino (Dirigente Settore Igiene e Sanità Pubblica Regione Piemonte)
Maria Chiara Antoniotti (Coordinatore Regionale PASSI), Orietta Mariani, Andrea Nucera (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara)
Donatella Tiberti (Referente Regionale PASSI), Daniela Lombardi (Vice-Coordinatore Regionale PASSI), Pierangela Ferrero (SeREMI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL AL)

- a livello aziendale:

Coordinatore: Maria Pia Alibrandi; *Intervistatori:* Eva Anselmo, Paola Baracco, Annalisa Compagno, Gisella Reviglione, Marco Ruschi, Maria Grazia Scarcia, *Supporto amministrativo:* Antonella Bagnasacco (Dipartimento di Prevenzione-Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL TO4 sede di Ivrea).

Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, i Medici di Famiglia per la collaborazione fornita.

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

Indice

Premessa	pag.	4
Sintesi del rapporto regionale	pag.	5
Obiettivi	pag.	8
Metodi	pag.	11
Descrizione del campione regionale	pag.	13
Percezione dello stato di salute	pag.	17
Attività fisica	pag.	20
Abitudine al fumo	pag.	24
Situazione nutrizionale	pag.	31
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag.	37
Consumo di alcol	pag.	39
Sicurezza stradale	pag.	44
Infortuni domestici	pag.	47
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	52
Vaccinazione antirosolia	pag.	54
Rischio cardiovascolare	pag.	56
Sintomi di depressione	pag.	65
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	68
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	75
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	82
Appendici: monitoraggio e pesature	pag.	89
Bibliografia	pag.	93

Premessa

È un dato di fatto che i sistemi sanitari ovunque nel mondo investono una modestissima quota della spesa sanitaria totale in prevenzione (secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico-OCSE, in media, solo il 3%) rispetto alle spese di assistenza. È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori per prime) consumano una parte notevole 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, 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: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, sedentarietà.

In questo contesto, diviene essenziale monitorare i comportamenti delle persone 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, indirizzando le azioni per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 126.285 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL 9. Tra giugno 2007 e marzo 2008 sono state intervistate 225 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età tra gli iscritti all'anagrafe sanitaria.

Il campione risulta ugualmente suddiviso tra uomini e donne, con età media di 46 anni. Più della metà ha un livello di istruzione alto e il 65% dichiara di avere un lavoro regolare.

Il confronto del campione con la popolazione degli iscritti all'anagrafe sanitaria indica in entrambi i sessi una buona rappresentatività per classe di età del campione selezionato.

Percezione dello stato di salute

Il 65% degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, mentre questa condizione riguarda solo il 33% dei soggetti con almeno una patologia severa.

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche dichiarate. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Attività fisica

Il 34% della popolazione raggiunge un buon livello di attività fisica, mentre il 33% delle persone fa poco o per niente esercizio. La sedentarietà sembra più diffusa tra i soggetti di età compresa tra i 35 e i 49 anni, le donne, le persone con alto livello di istruzione e quelle con difficoltà economiche. In poco più di un terzo dei casi gli operatori sanitari si informano sull'attività fisica svolta dai loro assistiti.

Abitudine al fumo

Il 24% degli intervistati si dichiara fumatore e il 16% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori (94%) hanno smesso di fumare da soli e il 36% dei fumatori ha cercato inutilmente di smettere di fumare nell'ultimo anno. Il 92% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare sia sempre o quasi sempre rispettato nei locali pubblici, l'89% sul luogo di lavoro. Non è consentito fumare nelle case del 76% degli intervistati.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 25% del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata dal 40% delle persone obese e dal 16% di quelle in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (64%). La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo il 17% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate.

Consumo di alcol

Il 60% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 14% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 6% beve fuori pasto, il 7% è bevitore "binge" e il 4% è forte bevitore). 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. Gli operatori sanitari solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: l'89% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 35% degli intervistati. Il 7% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 6% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è scarsa: quasi il 97% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Solo il 24% ha ricevuto, principalmente da mass media e opuscoli, informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Tra i soggetti informati, il 18% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale

Il 5% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata durante la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006-2007. Solo il 22% degli intervistati tra i 18 e i 64 anni portatori di almeno una patologia cronica dichiara di essersi vaccinato.

Vaccinazione antirosolia

Meno di un terzo delle donne tra i 18 e i 49 anni di età riferisce di essere stata vaccinata contro la rosolia. Più della metà delle donne tra i 18 e i 49 anni non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia e il 2% è sicuramente suscettibile alla malattia.

Rischio cardiovascolare

Si stima che circa un decimo della popolazione piemontese tra i 18 e 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa. Tra coloro che l'hanno misurata circa un quinto riferisce di essere iperteso ed il 74% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.

Il 29% degli intervistati dichiara di non aver mai controllato il colesterolo. Tra coloro che hanno fatto l'esame, circa un quarto (27%) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi ultimi, il 36% dichiara di essere in trattamento farmacologico.

Solo l'1% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare attraverso l'uso del "punteggio" o della "carta del rischio".

Sintomi di depressione

I sintomi di depressione riguardano quasi una persona su dieci, con valori più alti tra gli anziani, le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora.

Più della metà di chi riferisce sintomi di depressione non richiede l'aiuto di nessuno.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nell'ASL 9 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

L'89% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test preventivo negli ultimi tre anni. Tutte le donne hanno ricevuto almeno uno degli interventi di promozione considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa).

Screening neoplasia della mammella

Nell'ASL 9 la percentuale delle donne tra i 50 e i 69 anni che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio.

Il 70% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva nell'intervallo raccomandato di due anni. Tutte le donne hanno ricevuto almeno uno degli interventi di promozione considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa).

Screening tumore del colon retto

Nell'Asl 9 il programma di screening dei tumori del colon-retto al momento dell'effettuazione delle interviste non era ancora stato avviato. Ciò giustifica il numero esiguo di soggetti che dichiarano di essersi sottoposto ai test di screening, eseguiti probabilmente su indicazione del medico curante. Anche le attività di promozione riferite dagli intervistati sono da ricondurre ad attività informative estranee al programma organizzato.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione dell'ASL 9 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.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per la mammografia e 3 anni per il Pap test);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'Asl, di

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

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale 9, aggiornate al 31/12/2007 (complessivamente 126.285 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.

Nell'ASL 9 nel 2007 e nel primo trimestre del 2008 sono state effettuate 225 interviste.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, sono state effettuate 4.958 interviste. I dati regionali riguardano quindi la totalità delle ASL del territorio piemontese. Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

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

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica durante tutto l'anno 2007 e il primo trimestre 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 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; mediamente il 12,5% degli intervistatori ha utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), nell'ASL 9 l'1%. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 126.285 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 9. Tra giugno 2007 e marzo 2008 sono state intervistate 225 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età tra gli iscritti all'anagrafe sanitaria.

Nel 2007, rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il 90.3% (Regione 82.5%, Italia 85%) è stato rintracciato ed intervistato (tasso di risposta¹). Il tasso di sostituzione² è stato del 9.7% (Regione 17.5%, Italia 15%), quello di rifiuto³ del 7.9% (Regione 12.9%, Italia 11%)

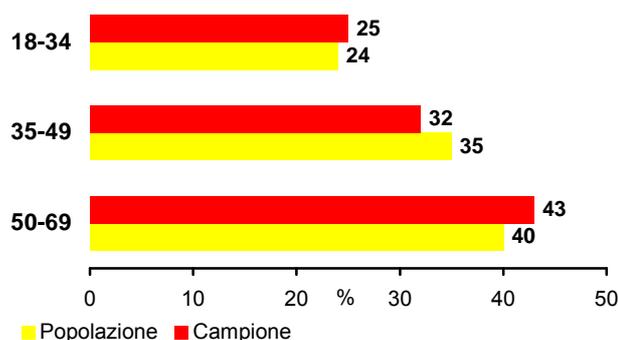
Ulteriori informazioni sulla popolazione in studio e sulle strategie di campionamento sono riportate nel capitolo sui metodi, mentre altri indicatori di monitoraggio sono illustrati in appendice.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

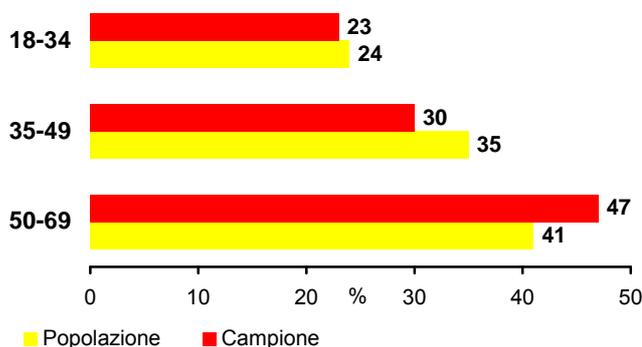
- Il campione intervistato nell'ASL 9 è costituito da 225 persone. Il 51% del campione (115 persone) è costituito da donne.
- L'età media complessiva è di 46 anni (46 per gli uomini e 46.8 per le donne).
- Il 24% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 31% in quella 35-49 e il 45% in quella 50-69.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=106)



- Il confronto con la popolazione degli iscritti all'anagrafe sanitaria indica in entrambi i sessi una buona rappresentatività per classe di età del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=115)



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

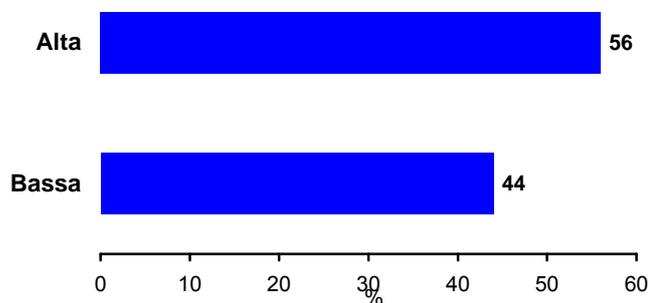
² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

Il titolo di studio

- Nell'ASL 9 l'44% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare o media inferiore, il 56% la licenza media superiore o laurea. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, ma senza una reale differenza statistica.

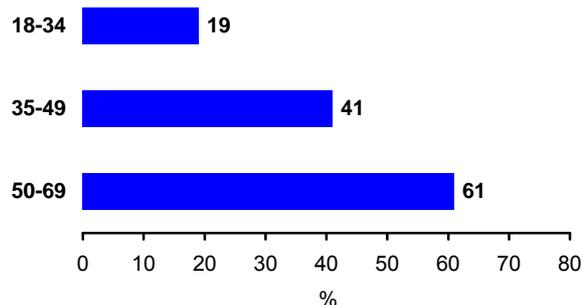
Campione per livello di istruzione
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)



- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)

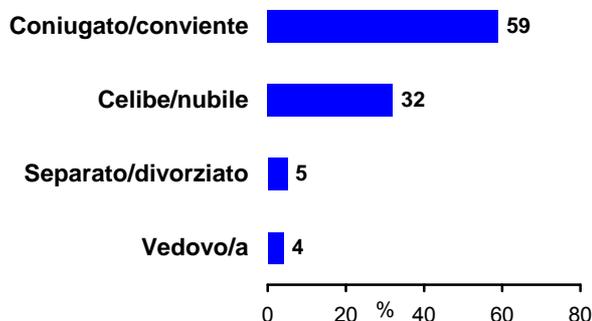


Lo stato civile

- Nell'ASL 9 i coniugati/conviventi rappresentano il 59% del campione, i celibi/nubili il 32%. Il restante 9% del campione è costituito da separati/divorziati (5%) e da vedovi/e (4%).

Campione per categorie stato civile

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)

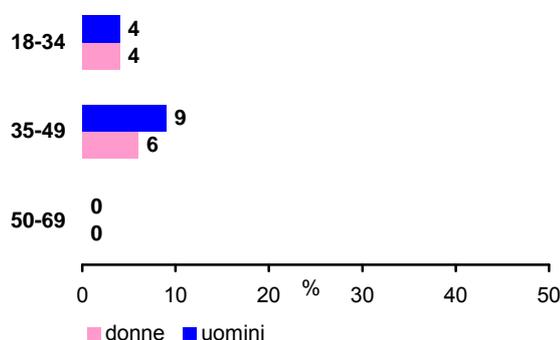


Cittadinanza

- Nell'ASL 9 il 97% del campione intervistato è italiano, il 3% straniero (n=7). Gli stranieri sono più rappresentati nelle due classi di età più giovani: nessuno dei soggetti appartenente alla classe di età 50-69 anni è straniero.

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

% di stranieri per sesso e classi di età
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)

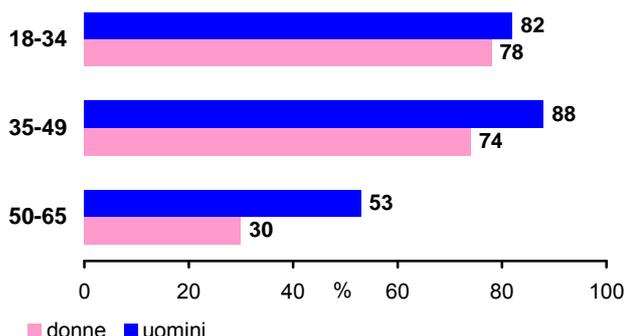


Il lavoro

- Nell'ASL 9 il 65% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano significativamente meno "occupate" rispetto agli uomini (56% contro 74%). Gli intervistati più giovani riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione tra i sessi, che risultano statisticamente significative nella classe di età 50-69 anni.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=198)

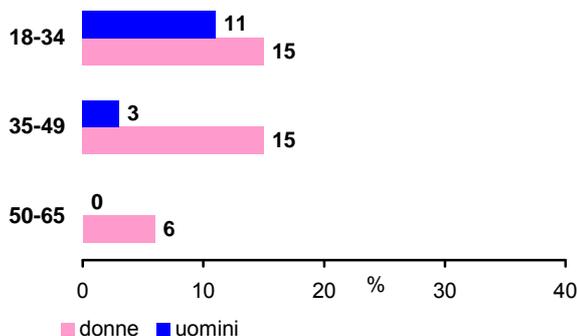


Difficoltà economiche

- Nell'ASL 9 il 7% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 37% qualche difficoltà, il 56% nessuna.
- Le donne dichiarano significativamente maggiori difficoltà rispetto agli uomini (10% contro 4%); sono soprattutto le classi d'età più giovani che riferiscono difficoltà economiche.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)



Conclusioni

Il confronto del campione con la popolazione degli iscritti all'anagrafe sanitaria indica in entrambi i sessi una buona rappresentatività per classe di età del campione selezionato.

I dati socio-anagrafici sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nell'ASL 9 il 65% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 31% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene in misura statisticamente significativa:
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza patologie severe.
- Inoltre, la percezione di essere in buona salute si riduce in modo statisticamente significativo all'aumentare dell'età. Infine sembra che i soggetti senza difficoltà economiche percepiscano in modo più positivo il proprio stato di salute.

Stato di salute percepito positivamente*
Asl 9 - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=220)

Caratteristiche	%
Totale	65.0 (IC95%: 58.3-71.3)
Età	
18 - 34	81.5
35 - 49	72.1
50 - 69	51.0
Sesso	
uomini	74.3
donne	56.5
Istruzione	
bassa	54.6
alta	73.2
Difficoltà economiche**	
sì	59.2
no	69.0
Patologia severa***	
presente	33.3
assente	69.4

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

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

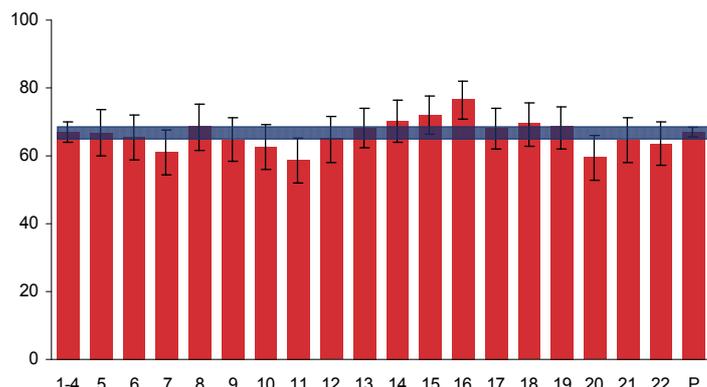
*** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 16 la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute differisce significativamente dal valore regionale 67% (range dal 59% delle Asl 11 e 77% dell'Asl 16).
L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è risultata pari al 65%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte.

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

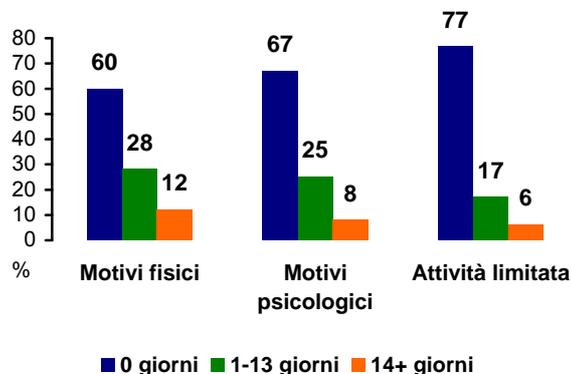
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nell'ASL 9 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (60% in buona salute fisica, 67% in buona salute psicologica e 77% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 12% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'8% per motivi psicologici e solo il 6% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Asl 9 - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=219)



- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è circa 4, per motivi psicologici è circa 3, mentre le attività abituali sono limitate per 2 giorni circa al mese.

- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici, come atteso, aumenta con l'età in maniera statisticamente significativa.

- Il numero medio di giorni con attività limitate e in cattiva salute per motivi psicologici sembra aumentare con l'età; le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi sia fisici sia psicologici.

Giorni in cattiva salute percepita
Asl 9 - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=218)

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3.7	2.9	2.2
Classi di età			
18 - 34	1.6	1.3	0.9
35 - 49	4.6	3.0	2.8
50 - 69	4.3	3.7	2.4
Sesso			
uomini	2.8	2.4	2.2
donne	4.6	3.3	2.1

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche dichiarate. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, come ad esempio per quella dei sintomi di depressione alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

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

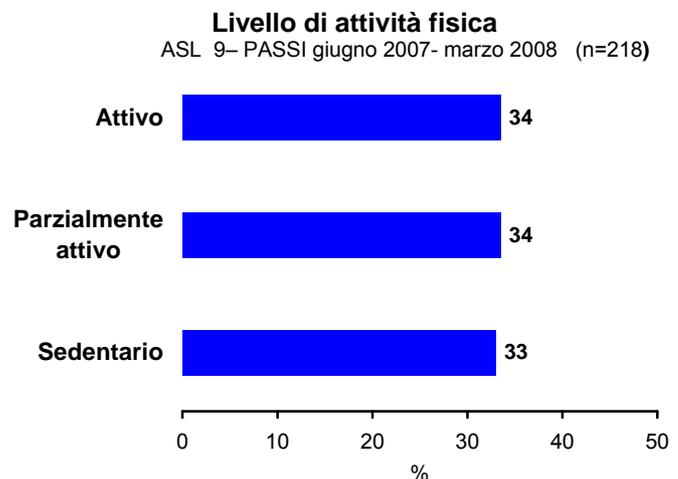
Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati e, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

I livelli di attività fisica raccomandati dalle Linee Guida Internazionali sono almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni la settimana o almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni la 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 infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, quali ad esempio le malattie cardiovascolari.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASL 9 il 34% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 34% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 33% è completamente sedentario.



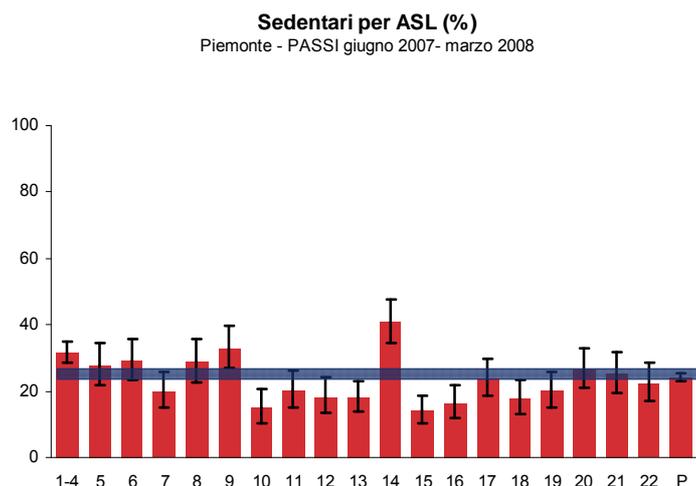
Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- I sedentari sembrano essere i soggetti di età compresa tra i 35 e i 49 anni, le donne, le persone con alto livello di istruzione e quelle con difficoltà economiche.

Sedentari	
ASL 9- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=218)	
Caratteristiche	%
Totale	33.0 (n=72) (IC95%: 26.8-39.7)
Classi di età	
18 - 34	29.6 (n=16)
35 - 49	41.8 (n=28)
50 - 69	28.9 (n=28)
Sesso	
uomini	28.2 (n=29)
donne	37.4 (n=43)
Istruzione*	
bassa	31.3 (n=30)
alta	34.4 (n=42)
Difficoltà economiche	
sì	35.7 (n=35)
no	30.8 (n=37)

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

- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 1-4, 9, 10, 14, 15 e 16 la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica differisce significativamente dal valore regionale 24% (range dal 14% dell'Asl 15 al 41% dell'Asl 14).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica è del 29%, valore significativamente più alto rispetto a quello del Piemonte.



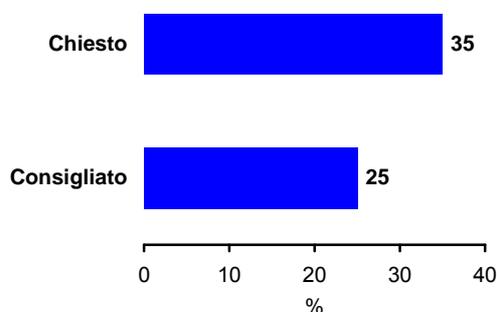
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nell'ASL 9 solo il 35% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 25% dei casi.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

ASL 9- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=124*)

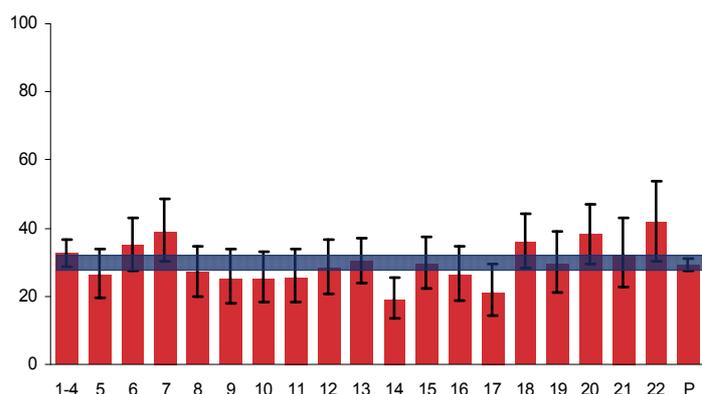
*escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi



- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 14 la percentuale di persone consigliate dal medico di fare attività fisica differisce significativamente dal valore regionale 29% (range dal 19% dell'Asl 14 al 42% dell'Asl 22). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di persone consigliate dal medico di fare attività fisica è del 30%, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

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

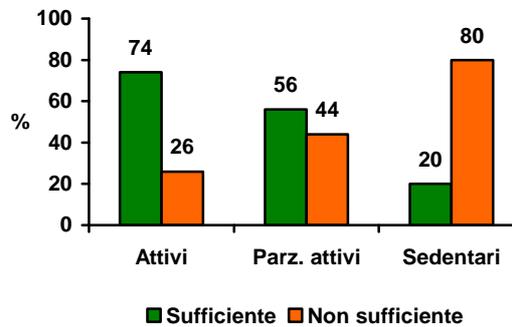
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- Nell'ASL 9 il 20% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente; tale percentuale è del 56% nei soggetti parzialmente attivi e del 74% in quelli attivi.
- La percezione del livello di attività fisica è migliore nell'ASL 9 rispetto al Piemonte, dove il 31% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente (dato 2007); è inoltre più in linea con il dato nazionale del 26% (dato 2007).
- Come atteso, la percezione del proprio livello di attività fisica come sufficiente varia significativamente in relazione all'attività fisica praticata.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL 9- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=211)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell'ASL 9 il 34% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 33% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà sembra più diffusa tra i soggetti di età compresa tra i 35 e i 49 anni, le donne, le persone con alto livello di istruzione e quelle con difficoltà economiche.

In poco più di un terzo dei casi gli operatori sanitari si informano sull'attività fisica svolta dai loro assistiti e, in un quarto dei casi, consigliano genericamente di svolgere attività fisica; questo aspetto può e deve essere sicuramente migliorato, in quanto una percezione non corretta della propria attività fisica si verifica ancora nel 20% dei sedentari.

Tuttavia l'azione degli operatori sanitari da sola, pur se migliorata, può non essere sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

L'abitudine al fumo

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

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

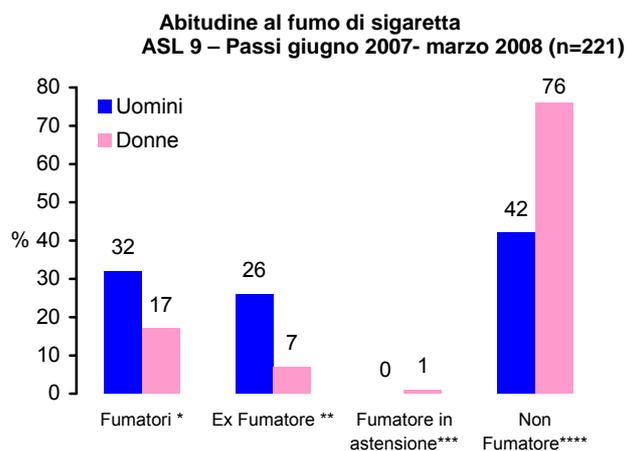
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nell'ASL 9 i fumatori* sono pari al 24%, gli ex fumatori** al 16%, e i non fumatori**** al 59%. A questi si aggiunge un soggetto che, al momento della rilevazione, ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione***, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- Risulta significativa la differenza tra i sessi nella distribuzione dell'abitudine al fumo. L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% versus 17%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (76% versus 42%); tra le persone che smettono di fumare sono più numerosi gli uomini (26% versus 7%).



*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

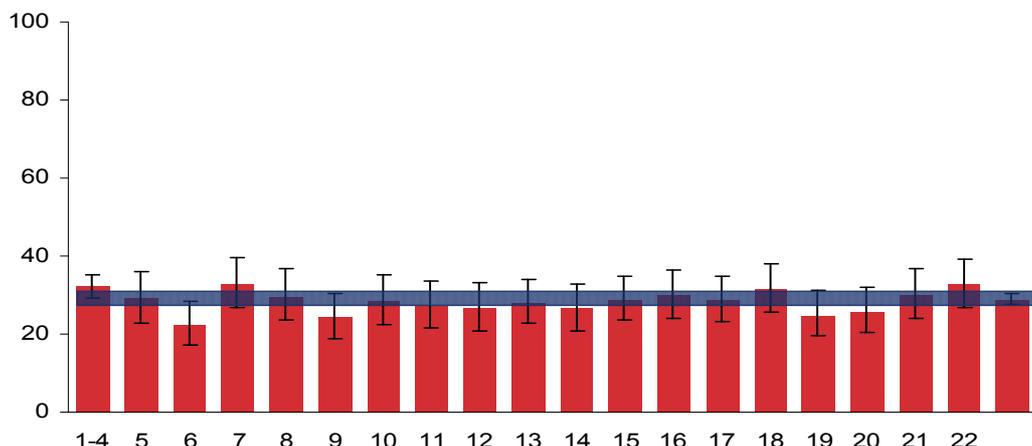
***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori rispetto al valore della Regione 29% (range dal 23% della ASL 6 al 33% della ASL 7 e 22). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale

Persone che fumano per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, la percentuale di fumatori è pari al 30%, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori nelle classi di età più giovani, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche riferite. La differenza osservata è statisticamente significativa per la variabile sesso. Questi dati sono in linea con la situazione regionale e nazionale 2007.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra loro, il 6% (n=3) dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).

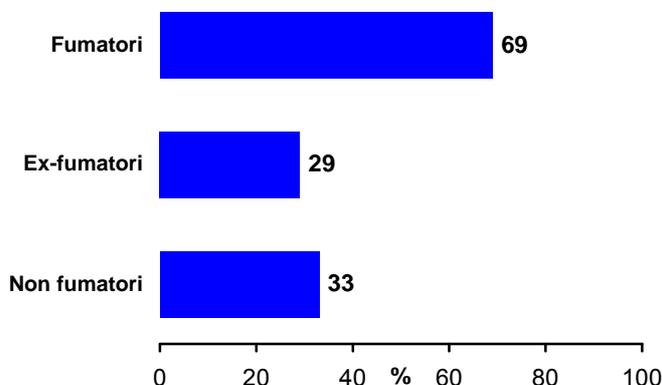
Fumatori	
ASL 9 Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=221)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	24.4 (n=54) (IC95%: 18.9-30.6)
Età	
18 - 34	27.8 (n=15)
35 - 49	30.9 (n=21)
50 - 69	18.2 (n=18)
Sesso	
M	32.1 (n=34)
F	17.4 (n=20)
Istruzione**	
bassa	28.6 (n=28)
alta	21.1 (n=26)
Difficoltà economiche	
si	27.6 (n=27)
no	22.0 (n=27)

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

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

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 41% (n=54) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 69% (n=22) dei fumatori, il 29% (n=6) degli ex fumatori e il 33% (n=26) dei non fumatori (differenze statisticamente significative).

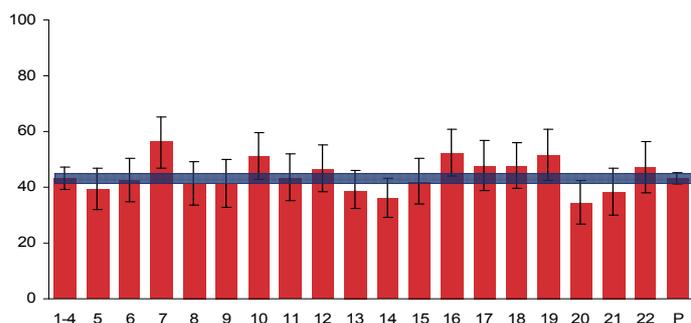
% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo
ASL 9 - Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=131)*



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

- Tra le ASL della Regione, nell'ASL 7 percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo differisce significativamente dal valore regionale 43% (range dal 34% dell' Asl 20 al 56% dell'Asl 7). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo è pari al 41%, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

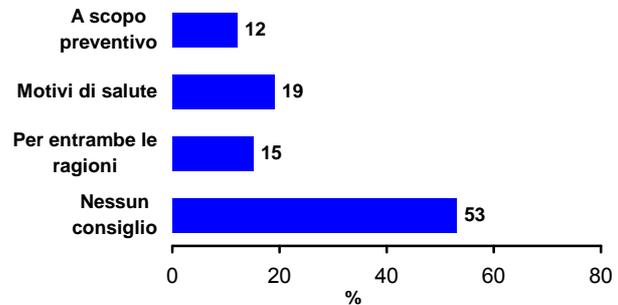
Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nell'ASL 9 il 47% (n=15) dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (19% n=6).
- Il 53% (n=17) dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
ASL 9 Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=32)*

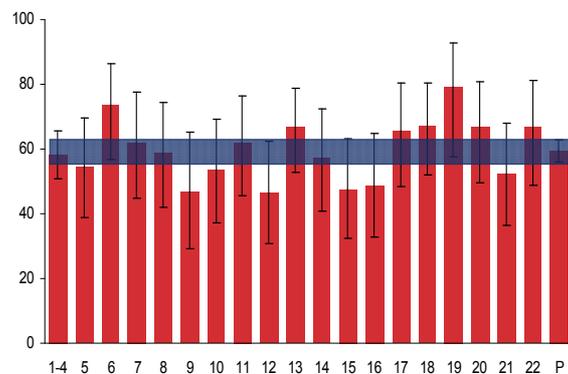


* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra le ASL della Regione, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare rispetto al valore regionale 59% (range dal 46% dell' Asl 12 al 79% dell'Asl 19).
L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

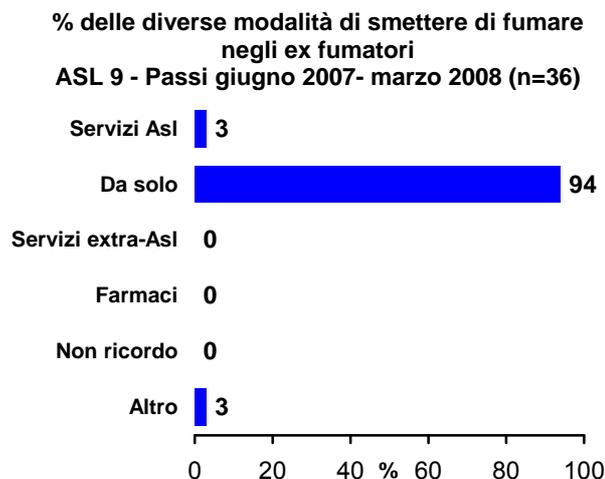
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare è pari al 61%, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

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



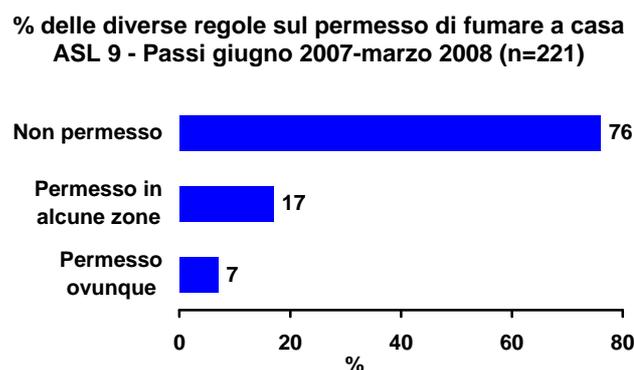
Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori il 94% (n=34) ha smesso di fumare da solo e un solo soggetto riferisce di aver fruito di servizi ASL. Nessuno dei partecipanti riferisce di essere ricorso a Servizi extra-ASL o a farmaci. Questi dati sono in linea con la situazione regionale e nazionale 2007.
- Il 36% (n=19) degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. Tra questi, ha tentato da solo il 74% (n=14).



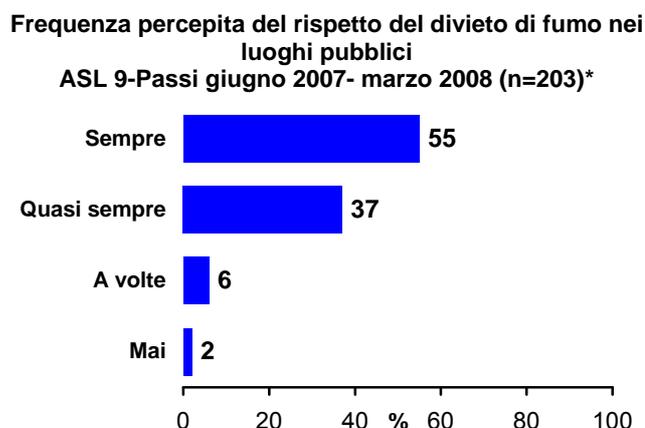
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 76% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni; nel restante 24% dei casi si fuma ovunque (7%) o in alcuni luoghi (17%). Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 92% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.
- L'8% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici è dell'84% (dato 2007).

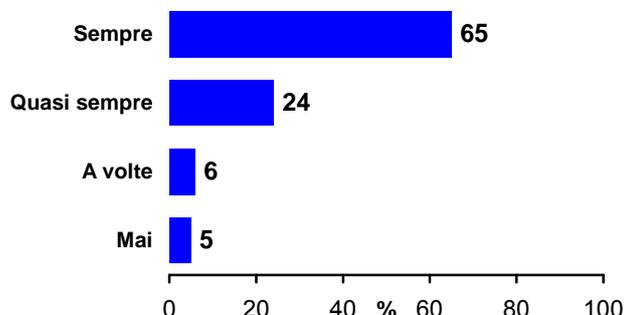


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 89% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- L'11% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

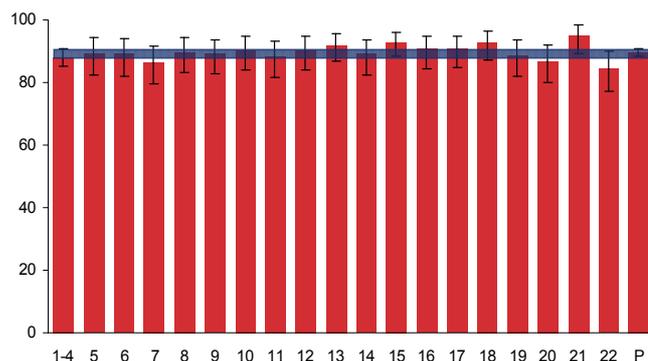
Frequenza percepita del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
ASL 9 – Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=139)*



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

- Tra le ASL della Regione, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro rispetto al valore regionale 90% (range dal 84% dell' Asl 22 al 95% dell'Asl 21).
L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro è pari all' 85%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte.

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

Nell'ASL 9 l'abitudine al fumo continua ad essere diffusa (24%) e ad interessare più gli uomini (32%) che le donne (17%).

Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani adulti, specialmente nella classe d'età dei 35 - 49enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Quasi la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere: ciò indica un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, pur migliorabile. Le attività degli operatori sono comunque abbastanza ben indirizzate, poichè sono circa 2 su 3 i fumatori interrogati sull'argomento, e la metà quelli che hanno ricevuto il consiglio di smettere. Nessun intervistato riferisce di aver smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, e pochi grazie a gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Mettere in atto azioni di sostegno alla disassuefazione è necessario e merita molta attenzione considerato che il 36% dei fumatori ha cercato, senza riuscirci, di smettere di fumare nell'ultimo anno, e che, attualmente, quasi tutti gli ex-fumatori dichiarano di aver smesso da soli. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare gli aiuti offerti per smettere di fumare.

L'attenzione al fumo passivo associata all'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo, ha sicuramente prodotto nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro buoni risultati, che devono essere sostenuti nel tempo.

Incoraggiante sembra inoltre il fatto che solo il 7% degli intervistati dichiara che è possibile fumare in qualsiasi stanza della propria abitazione.

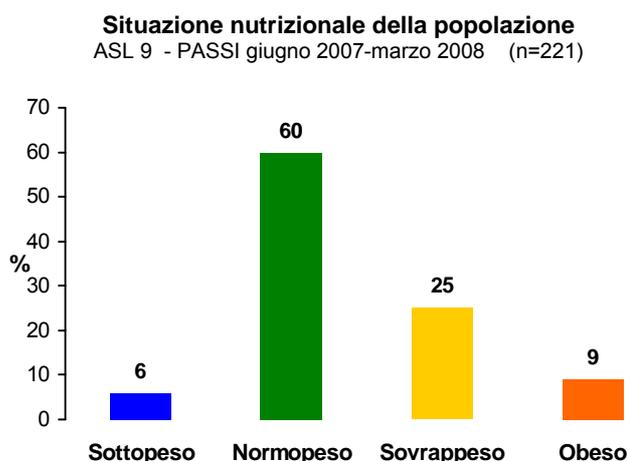
Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza di patologie o l'aggravamento di quelle 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?

- Nell'ASL 9 il 6% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 60% normopeso, il 25% sovrappeso e il 9% obeso. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.
- Complessivamente si stima che il 34% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (41% vs 29%), nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con difficoltà economiche, con differenze statisticamente significative per le variabili età e livello di istruzione. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

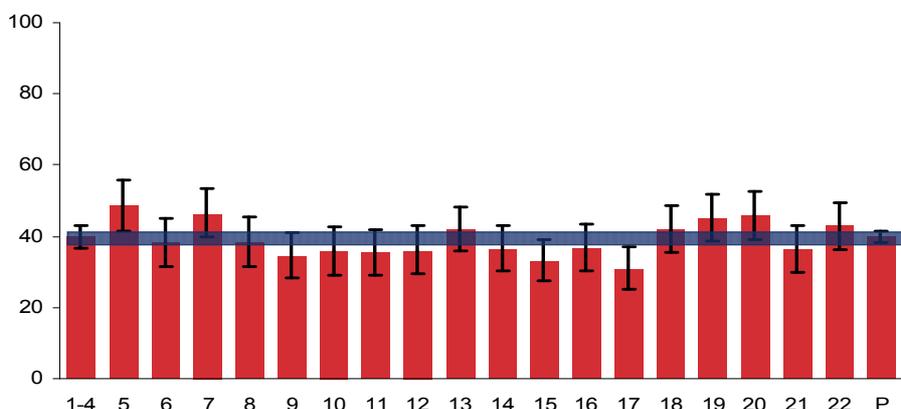
Eccesso ponderale
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)

Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	34.3 (n=76) (IC95% 28.1-41.1)
Classi di età	
18 - 34	14.8 (n=8)
35 - 49	39.7 (n=27)
50 - 69	41.4 (n=41)
Sesso	
uomini	40.6 (n=43)
donne	28.7 (n=33)
Istruzione*	
bassa	42.9 (n=42)
alta	27.6 (n=34)
Difficoltà economiche	
sì	35.7 (n=35)
no	33.3 (n=41)

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

- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 5 e 17 la percentuale di persone in eccesso ponderale differisce significativamente dal valore regionale 40% (range dal 31% dell'Asl 17 al 49% dell'Asl 5).
L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

Persone in eccesso ponderale per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007 - marzo2008

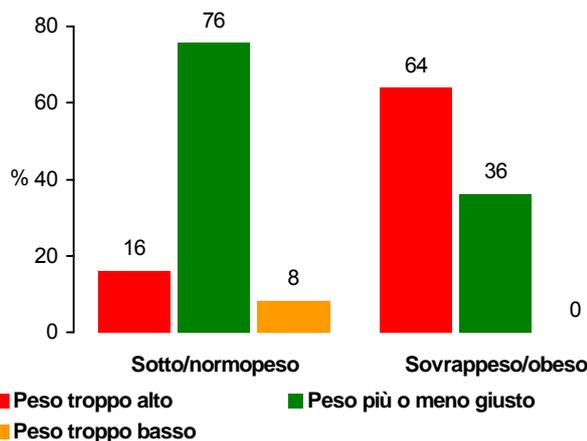


- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 43%, valore significativamente più alto rispetto a quello del Piemonte.

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 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- È significativa la differenza nella autopercezione del peso tra le due categorie di stato nutrizionale considerate. Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (76%), mentre tra le persone in soprappeso/obese il 64% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 81% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 84% rispetto al 48% degli uomini. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

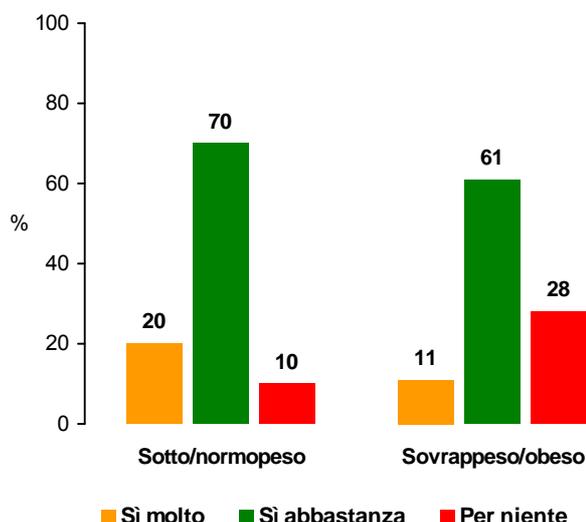
Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=211)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nell'ASL 9 mediamente l'84% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto"). Questo dato è in linea con la situazione regionale 2007.
- L'associazione positiva tra la propria alimentazione e la propria salute si modifica in relazione al BMI: dal 90% dei sottopeso/normopeso si scende al 72% dei sovrappeso/obesi (differenza statisticamente significativa). Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=214)

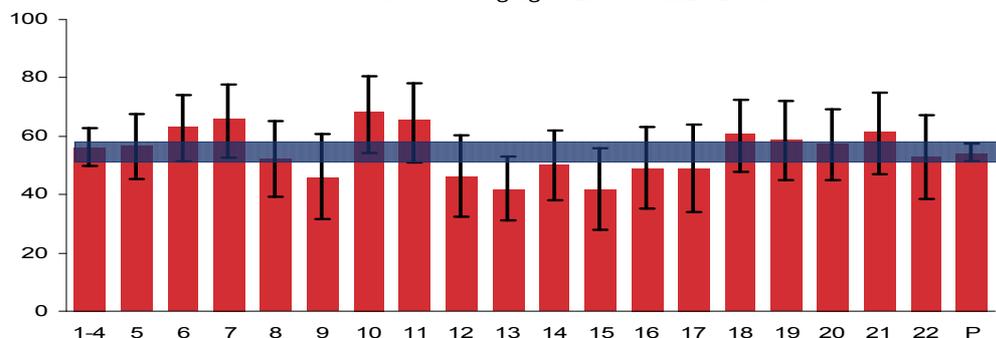


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nell'ASL 9 il 46% (n=22) delle persone in eccesso ponderale che si sono recate da un medico o da un altro operatore sanitario nell'ultimo anno ha ricevuto il consiglio di perdere peso; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 38% (n=15) delle persone in sovrappeso e l'88% delle persone obese (n=7) (differenza statisticamente significativa).
- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario rispetto al valore regionale 54% (range dal 42% dell'Asl 15 al 69% dell'Asl 10). Anche l'Asl 9 non differisce dal valore regionale.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

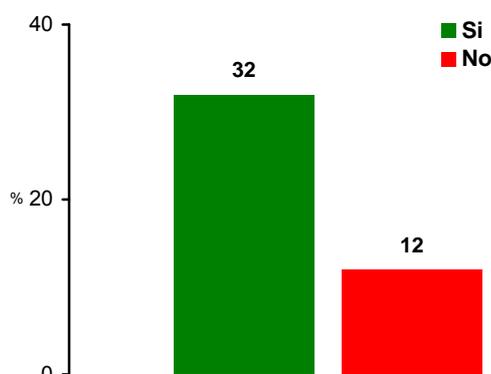


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 57% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

- Solo il 22% (n=17) delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso. Questo dato è in linea con la situazione regionale 2007.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta sembra più alta:
 - nelle donne (30% n=10 vs il 16% n=7 degli uomini)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (32% n=7 vs 12% n=3)
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (21% n=6 vs il 12% n=3 di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

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

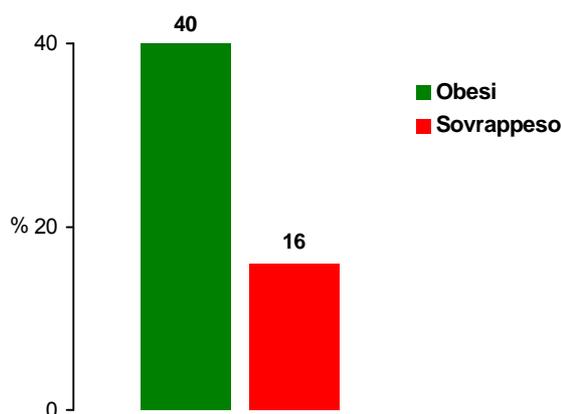
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=76)



- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - negli obesi (40% n=8 vs il 16% n=9 dei sovrappeso)

Percentuale di persone che fanno una dieta in rapporto allo stato nutrizionale

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)

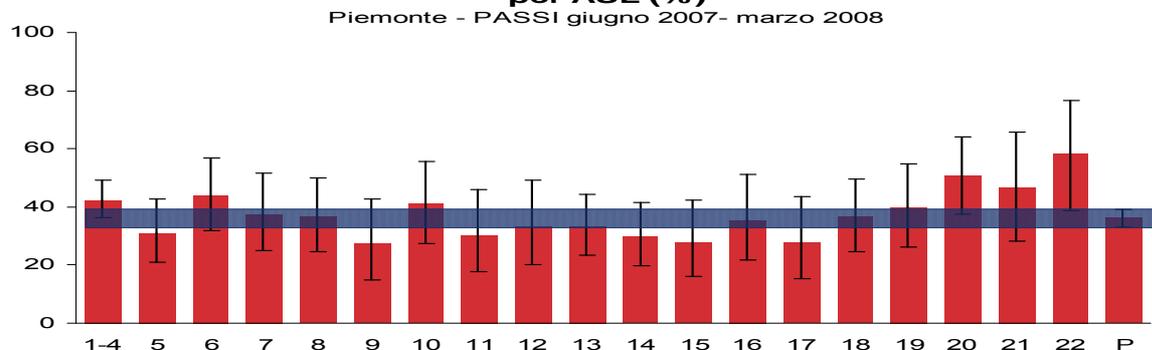


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- Nell'ASL 9 il 36% (n=27) delle persone in eccesso ponderale è sedentario (38% n=21 nei soggetti in sovrappeso e 30% n=6 negli obesi). In Piemonte il 29% delle persone in eccesso ponderale riferisce di essere sedentario (dato 2007).
- Il 27% (n=12) delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 28% n=10 delle persone in sovrappeso e il 25% n=2 di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 50% (n=6) pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71% (n=22) di chi non l'ha ricevuto. In Piemonte tra coloro in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica il 70% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71% di chi non l'ha ricevuto (dato 2007).

- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario rispetto al valore regionale 36% (range dal 27% dell'Asl 9 al 59% dell'Asl 22). Anche l'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

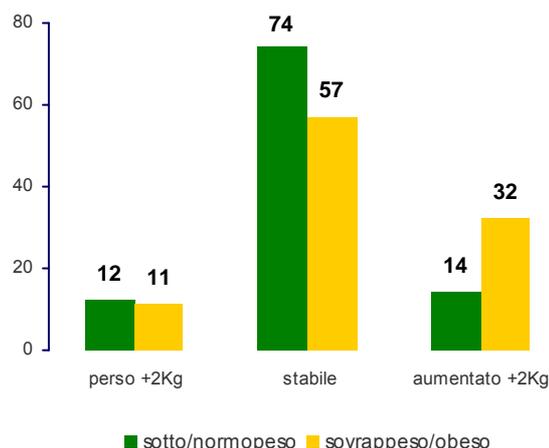


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 35% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nell'ASL 9 un cambiamento di peso di almeno 2 kg negli ultimi 12 mesi ha interessato il 32% degli intervistati. Il 21% ha riferito di essere aumentato, l'11% di essere diminuito di peso. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=213)



- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia d'età di 35-49 anni (30% vs 14% in quella 18-34 anni e 19% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (32% vs 14% dei normopeso/sottopeso) (differenza statisticamente significativa).
 - nelle donne (23%) vs uomini (18%).
- Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007, con l'eccezione della distribuzione per fascia d'età (la proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata nei più giovani).

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 9 l'eccesso ponderale è relativamente diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante: aumenta con l'età, è più diffuso tra gli uomini, tra le persone con basso livello di istruzione e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche. Nonostante ciò, interessa circa 1 persona su 6 tra 18 e 34 anni, e 1 su 3 tra le donne, coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche e coloro che hanno un alto livello di istruzione. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese (che sono il 9% della popolazione tra 18 e 69 anni), particolare attenzione deve essere posta ai programmi preventivi verso le persone in sovrappeso (il 25% della popolazione). Nelle persone in eccesso ponderale emerge una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: ben il 36% percepisce il proprio peso come "più o meno giusto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata comunque dal 40% delle persone obese e dal 16% di quelle in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (64%).

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

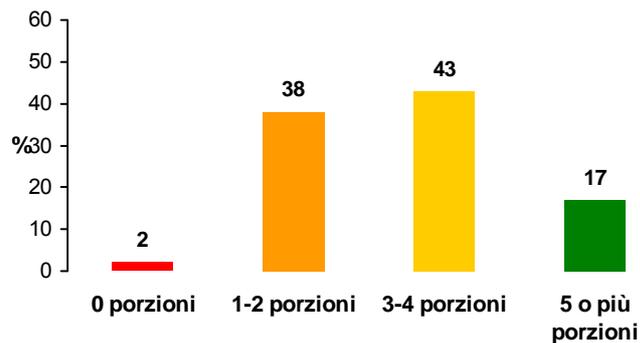
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

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

- Nell'ASL 9 il 98% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 17% (n=37) però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 43% mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)



- Il consumo ottimale di frutta e verdura è significativamente più diffuso tra le donne (23%); sembra inoltre più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (19%), tra le persone con alto livello d'istruzione (17%), tra quelle con difficoltà economiche (18%), e tra le persone sovrappeso/obese (17%).

Adesione al "5 a day"***		
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=221)		
Caratteristiche	(%)	
Totale	16.7 (n=37) (IC95% 12.1-22.3)	
Classi di età		
	18 - 34	13.0 (n=7)
	35 - 49	16.2 (n=11)
	50 - 69	19.2 (n=19)
Sesso		
	uomini	10.4 (n=11)
	donne	22.6 (n=26)
Istruzione**		
	bassa	16.3 (n=16)
	alta	17.1 (n=21)
Difficoltà economiche		
	sì	18.4 (n=18)
	no	15.4 (n=19)
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	16.6 (n=24)
	sovrappeso/obeso	17.1 (n=13)

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

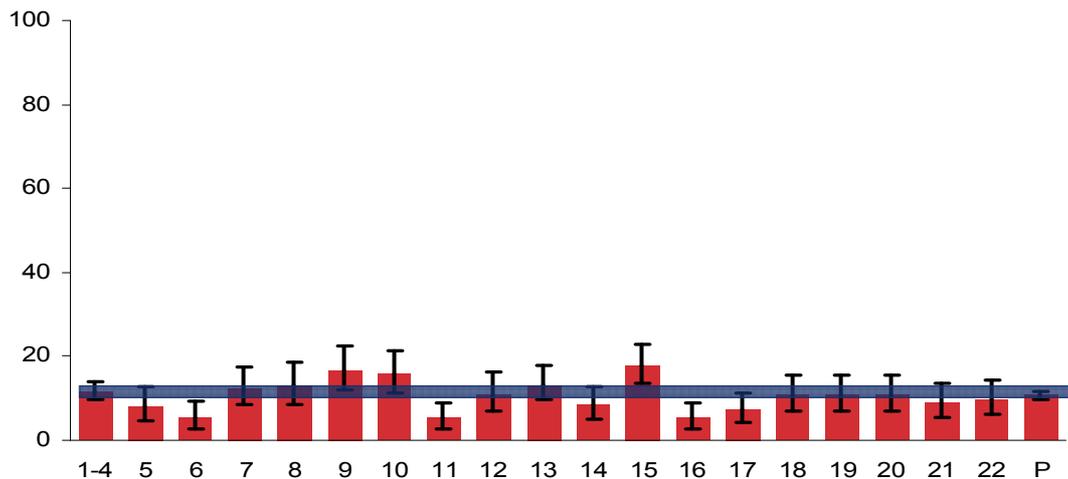
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 6, 11, 15 e 16 la percentuale di persone che aderiscono al “5 a day” differisce significativamente dal valore regionale 11% (range dal 5% dell’ Asl 11 al 18% dell’Asl 15).

L’Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 10% aderisce al “5 a day”, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo il 17% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un’efficace prevenzione di alcune neoplasie. Ne consegue che il consumo di frutta e verdura nella popolazione non è ancora ottimale. Devono quindi essere messe in atto azioni di promozione di questa misura preventiva.

Consumo di alcol

Il consumo di alcol ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che l'abuso 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 (persone che consumano più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini o più di 2 per le donne) e i cosiddetti consumatori "binge" (persone che consumano almeno una volta al mese 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione). Un'unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

Quante persone consumano alcol?

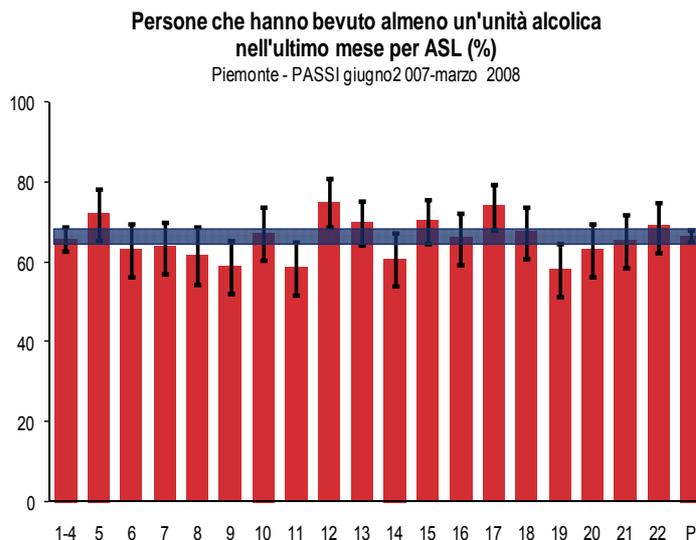
- Nell'ASL 9 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica* è risultata del 59%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-34 anni, e nei soggetti che non riferiscono difficoltà economiche. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore negli uomini rispetto alle donne.
- Il 65% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 35% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=217)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	59.0 (IC95%:52.1-65.6)
Classi di età	
18 - 34	68.6
35 - 49	55.9
50 - 69	56.1
Sesso	
uomini	76.9
donne	42.5
Istruzione**	
bassa	58.8
alta	59.2
Difficoltà economiche	
sì	56.2
no	63.9

* 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

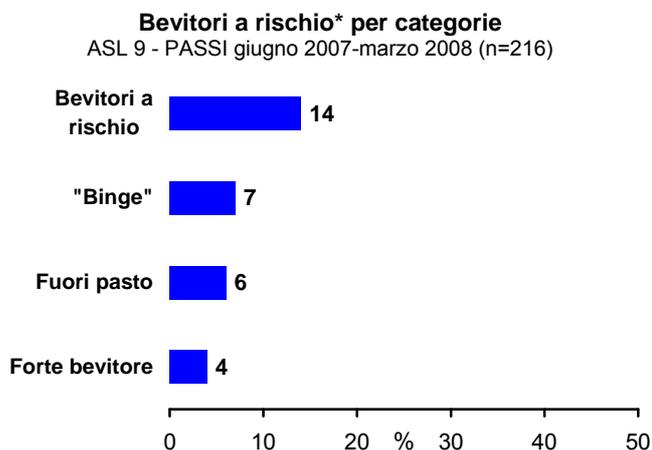
- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 12 la percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese differisce significativamente dal valore regionale 67% (range dal 58% dell'Asl 19 al 75% dell'Asl 12). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte.



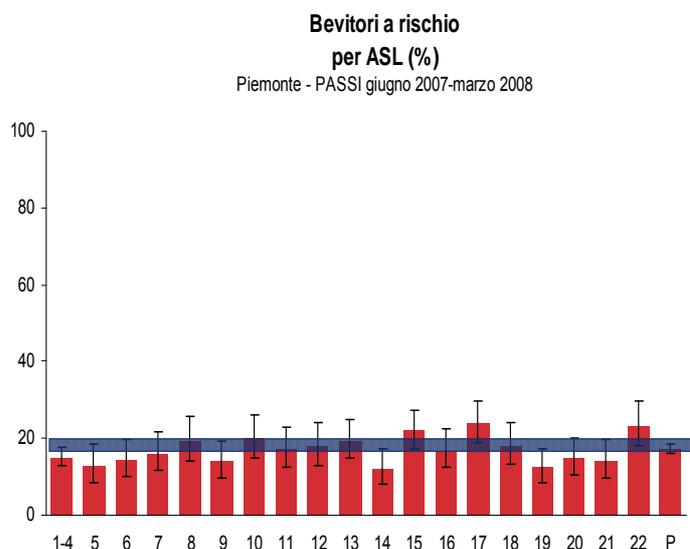
Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 14% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 6% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 7% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).



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

- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 17 la percentuale di bevitori a rischio differisce significativamente dal valore regionale 17% (range dal 12% delle Asl 14 e 19 al 24% dell'Asl 17). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (consumo forte 4%, consumo "binge" 7%, consumo fuori pasto 8%), valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questa modalità di consumo di alcol ritenuta pericolosa riguarda il 7% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso tra gli uomini; non si evidenziano differenze significative riguardo alle altre variabili considerate (età, istruzione e difficoltà economiche).

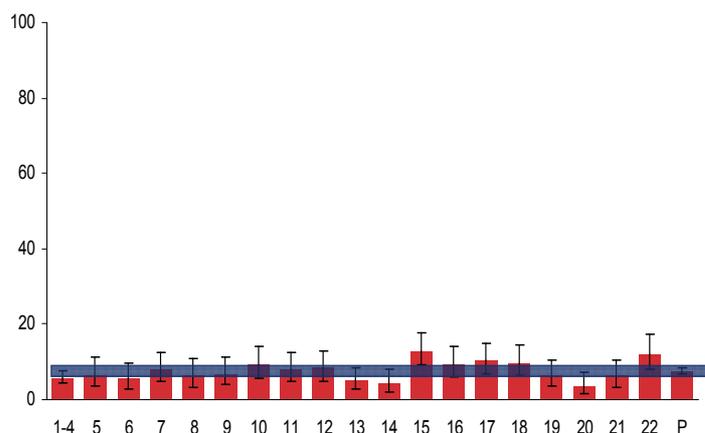
Consumo "binge" (ultimo mese)	
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=217)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	7.0 (n=15) (IC95%: 3.9-11.1)
Classi di età	
18 - 34	9.8 (n=5)
35 - 49	8.8 (n=6)
50 - 69	4.1 (n=4)
Sesso	
uomini	11.5 (n=12)
donne	2.7 (n=3)
Istruzione**	
bassa	6.2 (n=6)
alta	7.5 (n=9)
Difficoltà economiche	
sì	4.2 (n=4)
no	9.0 (n=11)

*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

- Tra le ASL della Regione, nell'Asl 15 la percentuale di bevitori "binge" differisce significativamente dal valore regionale 7% (range dal 4% dell' Asl 20 al 13% dell'Asl 15). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 7% degli intervistati è bevitore "binge", valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

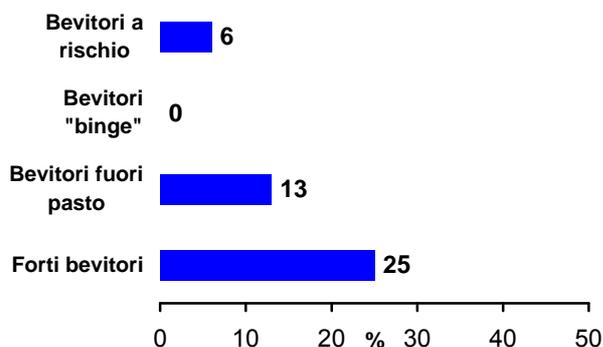
Bevitori "binge" per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008



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

- Nell'ASL 9 solo il 12% degli intervistati, tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 6% (n=1). In particolare il consiglio di bere meno non è stato dato ad alcun bevitore "binge"; è stato dato invece al 13% (n=1) dei bevitori fuori pasto e al 25% (n=1) dei forti bevitori.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=129)

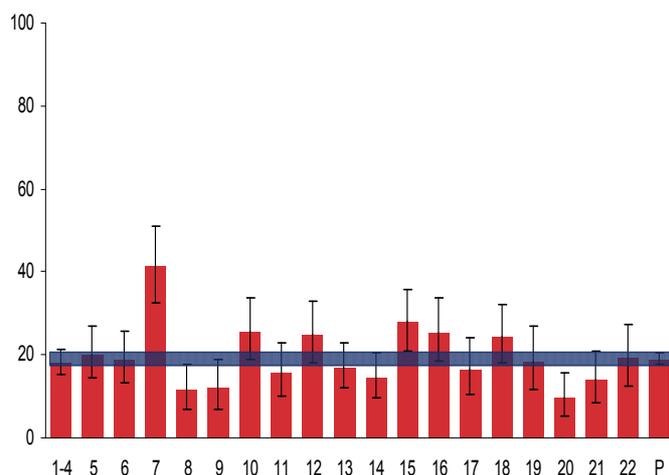


I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 7, 15 e 20 la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol differisce significativamente dal valore regionale 19% (range dal 10% dell'Asl 20 al 42% dell'Asl 7). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte; solo il 9% dei consumatori a rischio riferisce di avere ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario.

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

Nell'ASL 9 si stima che circa il 60% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 14% abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli regionali.

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

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

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

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

Sicurezza stradale

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

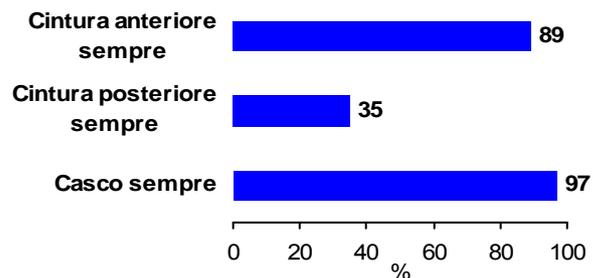
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato, tra l'altro, a ridurre la guida sotto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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'89%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (35%).
- Nell'ASL 9 tra le persone che vanno in moto o in motorino (n=36) il 97% (n=35) riferisce di usare sempre il casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza

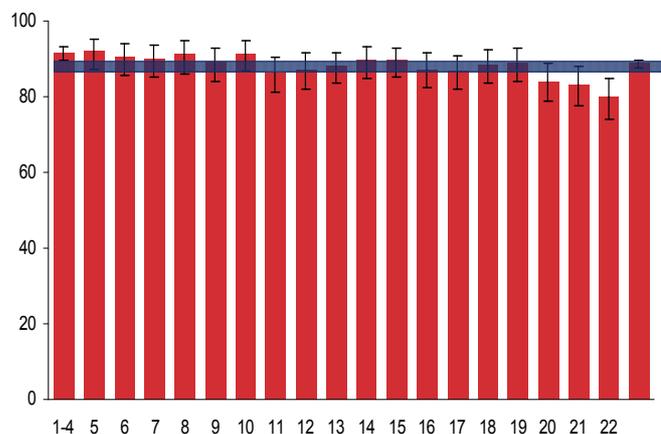
ASL 9 - PASSI giugno - marzo 2008



- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 22 la percentuale di persone che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore differisce significativamente dal valore regionale 89% (range dal 80% dell'Asl 22 al 92% delle Asl 1-4 e 5). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di persone che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore è del 82%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte.

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

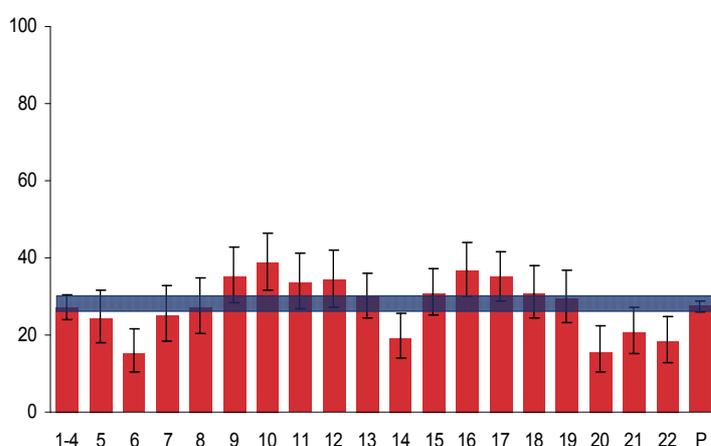
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza posteriore. Il dato è significativamente più basso rispetto alla media regionale (27%) nelle Asl 6, 20 e 22, mentre è significativamente più elevato nelle Asl 10 e 16 (range dal 15% dell'Asl 6 al 39% dell'Asl 10). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di persone che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza posteriore è del 19%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 4% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 7%. Questa abitudine è significativamente più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne; sembra inoltre essere più diffusa tra i più giovani, tra i soggetti con più alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche.
- Il 6% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

ASL 9 - PASSI giugno - marzo 2008 (n=128)

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	7.0 (n=9) (IC95%: 3.3-12.9)
Classi di età	
18-34	14.3 (n=5)
35 - 49	0.0
50 - 69	7.3 (n=4)
Sesso	
uomini	11.4 (n=9)
donne	0.0
Istruzione	
bassa	5.3 (n=3)
alta	8.5 (n=6)
Difficoltà economiche	
sì	4.1 (n=2)
no	8.9 (n=7)

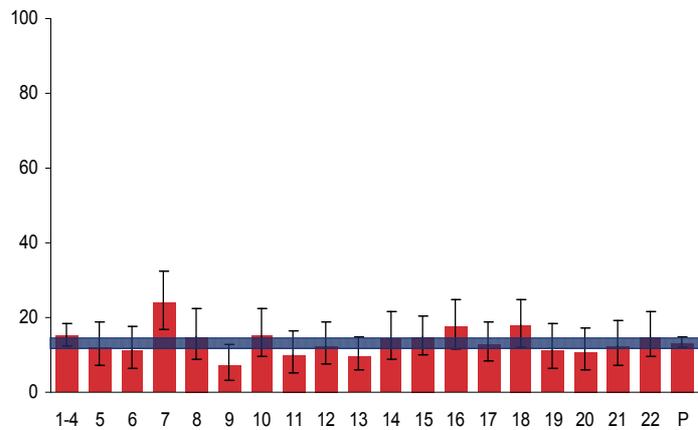
* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

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

- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 7 la percentuale di persone che riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol differisce significativamente dal valore regionale 13% (range dal 7% dell'Asl 9 al 24% dell'Asl 7).
L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 13% degli intervistati riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, valore che è sovrapponibile a quello del Piemonte.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 9 si registra un uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce è ancora un problema, anche se apparentemente in misura minore rispetto alle altre Asl.

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

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici costituiscono un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia per la mortalità sia per la morbosità che da tali eventi derivano, 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 questo incremento è 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?

- Nell'ASL 9 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è molto bassa. Infatti il 97% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare la percezione del rischio sembra maggiore tra le donne (dato in linea con la situazione regionale 2007), gli anziani, le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. La presenza di persone potenzialmente a rischio non sembra influenzare la percezione del rischio.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico	
ASL 9 - PASSI giugno - marzo 2008 (n=221)	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
Totale	96.8
Età	(IC 95%: 93.6-98.7)
18 - 34	98.1
35 - 49	100.0
50 - 69	93.9
Sesso	
Uomini	99.1
Donne	94.8
Istruzione**	
bassa	94.9
alta	98.4
Difficoltà economiche	
si	94.9
no	98.4
Persone potenzialmente a rischio***	
si	98.2
no	96.4

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

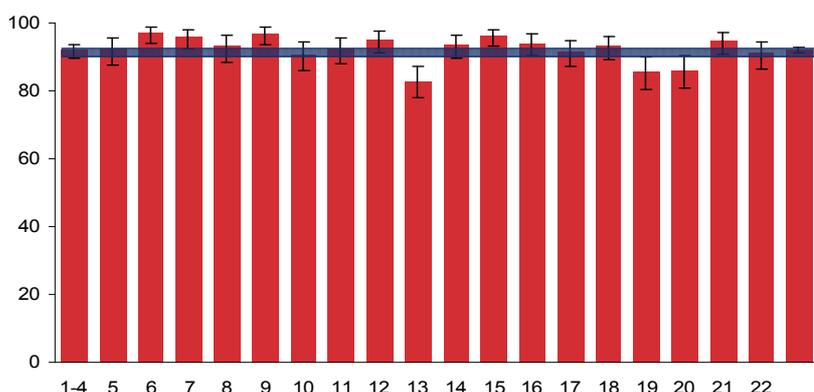
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percezione di rischio di infortunio domestico. Il dato è significativamente più alto rispetto alla media regionale (92%) nell'Asl 6, mentre è significativamente più basso nelle Asl 13, 19 e 20 (range dal 83% dell'Asl 13 al 97% dell'Asl 6).

L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

Persone che hanno riferito una bassa possibilità di subire un infortunio domestico per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 92% degli intervistati ha una bassa percezione del rischio di infortunio domestico, valore che è sovrapponibile a quello del Piemonte.

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

- Nell'ASL 9 solo il 24% (n=54) degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Coloro che hanno un'alta percezione del rischio riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Le donne, i meno giovani (dato in linea con la situazione regionale 2007) e i soggetti con difficoltà economiche riferiscono di aver ricevuto informazioni in misura significativamente maggiore. Non si riscontrano differenze stratificando per livello di istruzione, mentre sembra che le persone che vivono con anziani e/o bambini ricevano meno informazioni.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
ASL 9 - PASSI giugno - marzo 2008 (n=221)

Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	24.4 (n=54) (IC 95%: 18.9-30.6)
Età	
18 - 34	13.0 (n=7)
35 - 49	33.8 (n=23)
50 - 69	24.2 (n=24)
Sesso	
Uomini	16.0 (n=17)
Donne	32.2 (n=37)
Istruzione*	
bassa	24.5 (n=24)
alta	24.4 (n=30)
Difficoltà economiche	
si	31.6 (n=31)
no	18.7 (n=23)
Persone potenzialmente a rischio**	
si	17.9 (n=10)
no	26.7 (n=44)
Percezione del rischio	
alta	28.6 (n=2)
bassa	24.3 (n=52)

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

**si: presenza di anziani e/o bambini

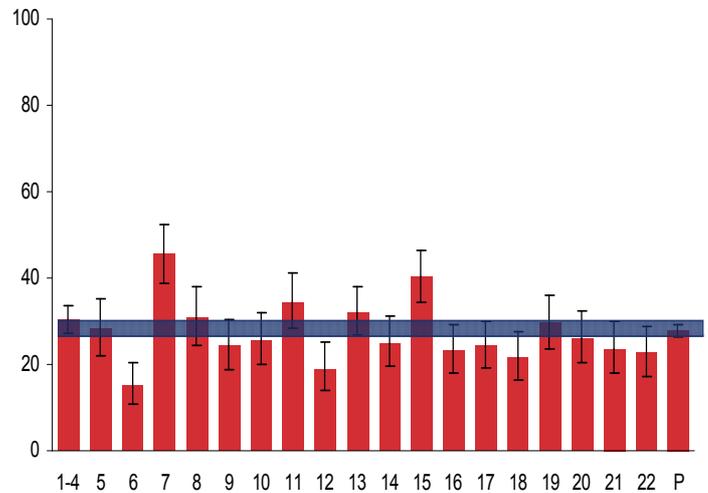
- Tra le ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi. Il dato è significativamente più alto rispetto alla media regionale (28%) nelle Asl 7 e 15, mentre è significativamente più basso nelle Asl 6 e 12 (range dal 15% dell'Asl 6 al 46% dell'Asl 7).

L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 28% degli intervistati riferisce di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi, valore che è sovrapponibile a quello del Piemonte.

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

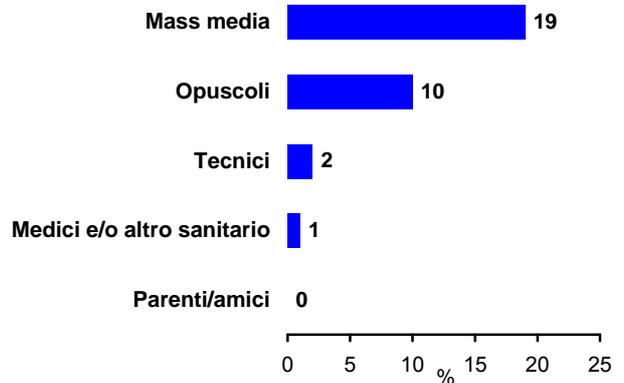
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state i mass media e gli opuscoli, molto meno il personale sanitario o i tecnici.
- Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Fonti di informazione

ASL 9 - PASSI giugno - marzo 2008 (n=221)



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

- Nell'ASL 9 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 18% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è significativamente maggiore tra gli uomini; sembra maggiore nella fascia d'età intermedia, tra chi ha una bassa istruzione, difficoltà economiche, vive con persone potenzialmente a rischio (dato in linea con la situazione regionale 2007) e ha, paradossalmente, una bassa percezione del rischio. Per alcune variabili considerate (sesso, istruzione e percezione del rischio), i dati sono in contrasto con quelli regionali 2007.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione	
ASL 9 - PASSI giugno - marzo 2008 (n=38)	
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	18.4 (n=7) (IC 95%: 7.7 -34.3)
Età	
18 - 34	0.0
35 - 49	22.2 (n=4)
50 - 69	18.8 (n=3)
Sesso	
Uomini	35.7 (n=5)
Donne	8.3 (n=2)
Istruzione*	
bassa	22.2 (n=4)
alta	15.0 (n=3)
Difficoltà economiche	
si	21.1 (n=4)
no	15.8 (n=3)
Persone potenzialmente a rischio**	
si	25.0 (n=2)
no	16.7 (n=5)
Percezione del rischio	
alta	0.0
bassa	18.9 (n=7)

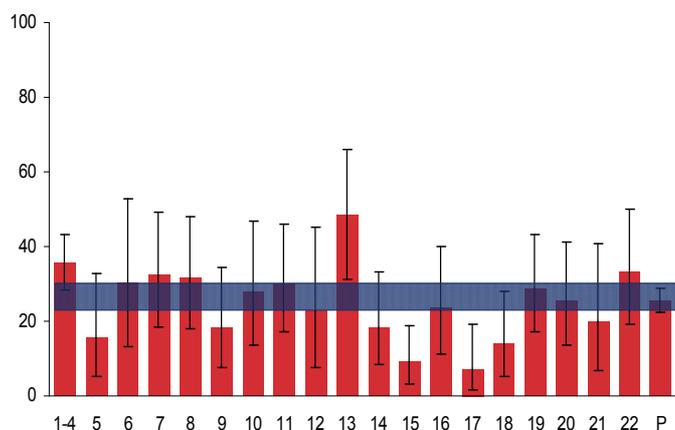
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Tra le ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive. Il dato è significativamente più alto rispetto alla media regionale (26%) nell'Asl 13, mentre è significativamente più basso nelle Asl 15 e 17 (range dal 7% dell'Asl 17 al 49% dell'Asl 13).
L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 29% degli intervistati riferisce di aver adottato misure di sicurezza per la prevenzione degli infortuni domestici, valore che è sovrapponibile a quello del Piemonte.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nell'Asl 9 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

Nella popolazione adulta, le informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici risultano ancora insufficienti, e in gran parte sono state ricevute da mass media e per mezzo di opuscoli, non da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un quinto ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce l'informazione può contribuire alla sensibilizzazione della popolazione.

I piani di prevenzione attiva, cui la Regione Piemonte partecipa, prevedono lo sviluppo di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi.

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

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.

Informazioni relative alle vaccinazioni degli anziani (età maggiore di 65 anni) sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero competente e non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "PASSI" che invece può indagare l'impatto delle campagne vaccinali nei soggetti più giovani.

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

- Nell'ASL 9 il 5% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Il dato regionale 2007 è pari al 9%.
- Nessun commento è possibile sulla distribuzione per variabili socio-demografiche data la scarsa numerosità dei soggetti vaccinati.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale dei vaccinati tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni è stata complessivamente del 13% (Dato 2007).

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

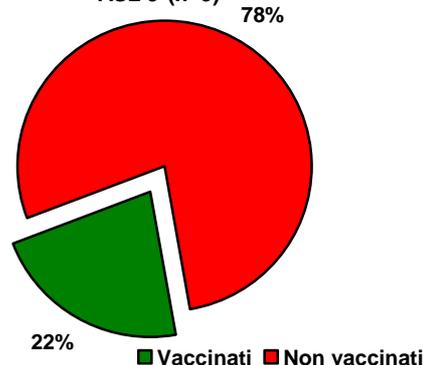
ASL 9 - Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=56)

Caratteristiche		Vaccinati (%)
Totale		5.4 (n=3) (IC95%:1.1- 14.9)
Età		
	18-34	0.0
	35-49	0.0
	50-64	15.0 (n=3)
Sesso		
	uomini	0.0
	donne	9.1 (n=3)
Istruzione*		
	bassa	4.8 (n=1)
	alta	5.7 (n=2)
Difficoltà economiche		
	sì	0.0
	no	9.7 (n=3)

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

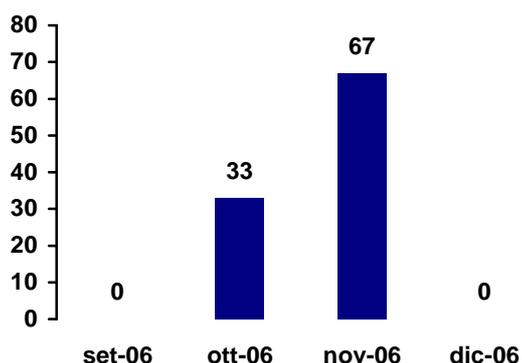
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 22% (n=2) risulta vaccinato.
- Il dato regionale risulta pari al 18%. Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale dei vaccinati tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica è pari al 28%. (Dati 2007)

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica ASL 9 (n=9)



- Alle persone vaccinate (n=3) è stato chiesto in quale mese della stagione lo abbiano fatto. Nell'ASL 9, 2 soggetti sono stati vaccinati durante il mese di novembre, 1 soggetto nel mese di ottobre, con una distribuzione sovrapponibile a quella regionale.

% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese ASL 9 - Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=3)



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 e le strategie adottate in Piemonte hanno permesso di raggiungere quasi i due terzi degli ultrasessantacinquenni (59% nella campagna 2006/07 e 60% nella campagna 2007/08 secondo i dati del SeREMI Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive ASL AL) 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). Tra le persone con meno di 65 anni affette da diabete, preso come proxy di patologia cronica, la copertura stimata risulta essere ancora molto insufficiente (circa 41%). 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, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e le donne in età fertile ancora suscettibili

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?

- Nell'ASL 9 il 21% delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate sembra decrescere all'aumentare dell'età (passando dal 43% tra 18-24 anni al 27% tra 35 -49 anni) e con il basso livello d'istruzione.

Vaccinazione antirosolia donne 18-49 anni (n=61) ASL 9 – Passi giugno 2007-marzo 2008

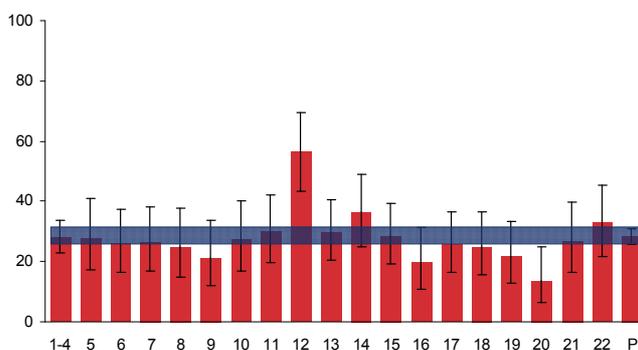
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	21.3 (n=13) (IC95%: 11.9 – 33.7)
Età	
18-24	42.9 (n=3)
25-34	5.0 (n=1)
35-49	26.5 (n=9)
Istruzione*	
bassa	15.8 (n=3)
alta	23.8 (n=10)
Difficoltà Economiche	
sì	19.4 (n=7)
no	24.0 (n=6)

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

- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 12 e 20 la percentuale di persone vaccinate differisce significativamente dal valore regionale 28% (range dal 14% delle Asl 20 al 57% dell'Asl 12). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone vaccinate è pari al 33%, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

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?

- Nell'ASL 9 il 32.8% (n=20) delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (21.3%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (11.5%).
- Un soggetto è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinato e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 66% (n=40) lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

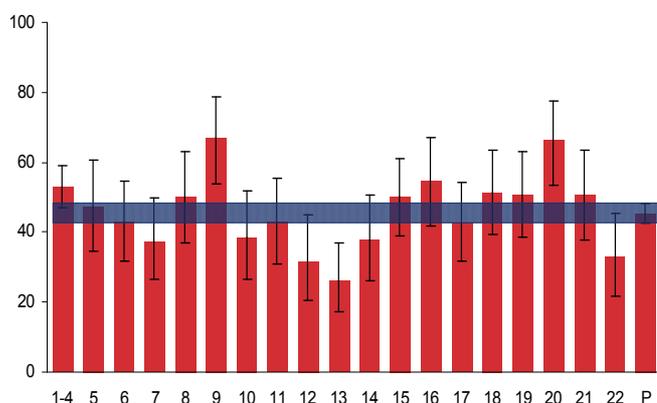
Vaccinazione antirosolia e immunità donne 18-49 anni (n=61)

ASL 9 – Passi giugno 2007-marzo 2008

	%
Immuni	32.8 (n=20)
Vaccinate	21.3 (n=13)
Non vaccinate con rubeotest positivo	11.5 (n=7)
Suscettibili/stato sconosciuto	67.2 (n=41)
Non vaccinate; rubeotest negativo	1.6 (n=1)
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3.3 (n=2)
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	62.3 (n=38)

- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 9, 13 e 20 la percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto differisce significativamente dal valore regionale 45% (range dal 26% delle Asl 13 al 67% dell'Asl 9).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto è pari al 45%, valore uguale a quello del Piemonte.

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

Nell'ASL 9 meno di un terzo delle donne tra i 18 e 49 anni di età riferisce di essere stata vaccinata contro la rosolia; come atteso il dato è influenzato soprattutto dall'età delle intervistate, ma anche nelle giovani tra 18 e 24 anni questa percentuale non supera il 50%.

Più della metà delle donne tra 18 e 49 anni non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia e il 2% è sicuramente suscettibile alla malattia.

È pertanto necessario pianificare interventi che, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche), portino alla vaccinazione delle donne in età fertile non immuni verso la rosolia. È anche opportuno aumentare nella popolazione la consapevolezza del rischio che la rosolia rappresenta in gravidanza, affinché le donne considerino con maggior attenzione la propria condizione rispetto alla malattia.

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 per il calcolo del rischio cardiovascolare individuale.

Ipertensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nell'ASL 9 l' 81% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 7,2% più di 2 anni fa. Il restante 11,8% non ricorda o non l'ha avuta.
- La misurazione della pressione arteriosa è correlata positivamente all'età. Non si rilevano differenze riguardo alle altre variabili considerate.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni

ASL 9 (n= 221) - PASSI giugno 2007-marzo 2008

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	81,0 % (IC95%: 75,2 % 85,9 %)
Classi di età	
18 - 34	66,7
35 - 49	79,4
50 - 69	89,9
Sesso	
M	80,2
F	81,7
Istruzione*	
bassa	80,6
alta	81,3
Reddito**	
sì	81,6
no	80,5

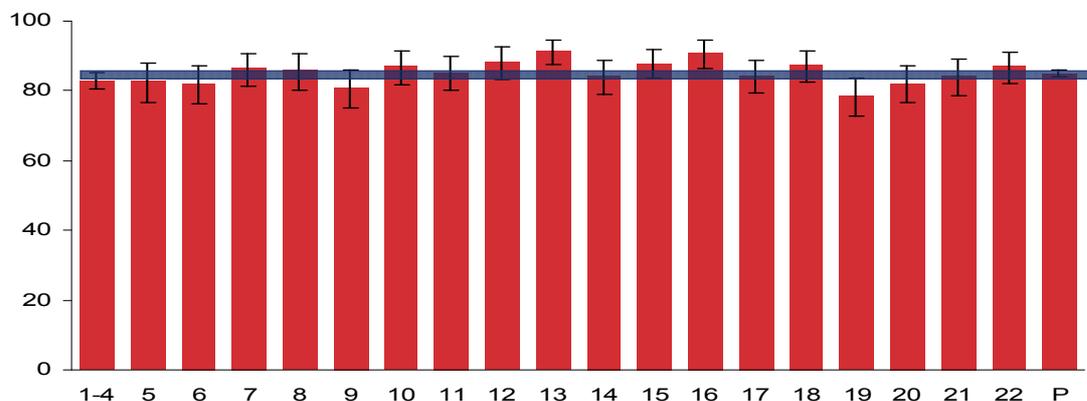
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 22 ASL della Regione, solo nell'Asl 13 la percentuale di soggetti ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 differisce significativamente dal valore regionale 85% (range dal 79% delle Asl 19 e 19 al 92% dell'Asl 13). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' 83%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte.

Quante persone sono ipertese?

- Nell'ASL 9 il 26 % (n=50) degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (42 %). Emergono differenze significative per il livello di istruzione. La percentuale sembrerebbe aumentare al diminuire delle difficoltà economiche riferite.

**Ipertesi
ASL 9 (n= 195) - PASSI giugno 2007-marzo 2008**

Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%) (n=195)
Totale	25,6 (n=50) (IC95%: 19,7 % - 32,4 %)
Età	
18 - 34	0,0 (n=0)
35 - 49	18,3 (n=11)
50 - 69	41,9 (n=39)
Sesso	
M	25,5 (n=24)
F	25,7 (n=26)
Istruzione*	
bassa	34,1 (n=29)
alta	19,1 (n=21)
Difficoltà economiche **	
sì	18,8 (n=16)
no	30,9 (n=34)

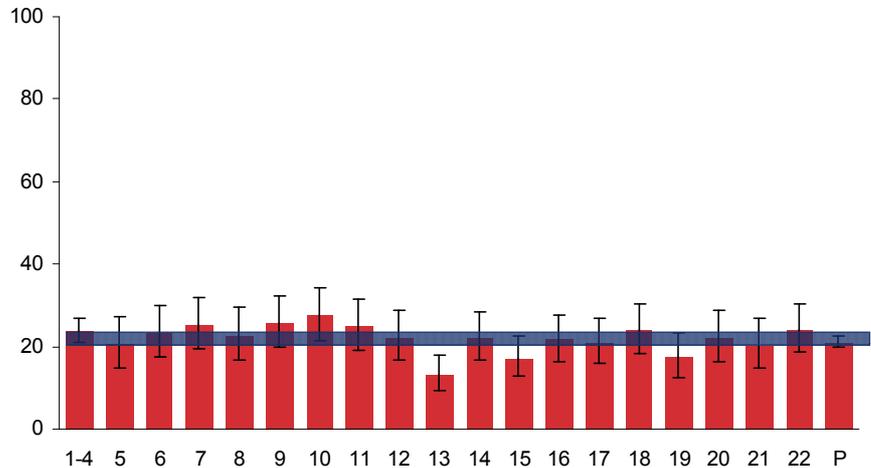
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 22 ASL della Regione, solo nell'Asl 13 la percentuale di soggetti ai quali è stata diagnosticata l'ipertensione arteriosa differisce significativamente dal valore regionale 21% (range dal 13% delle Asl 13 al 28% dell'Asl 10). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

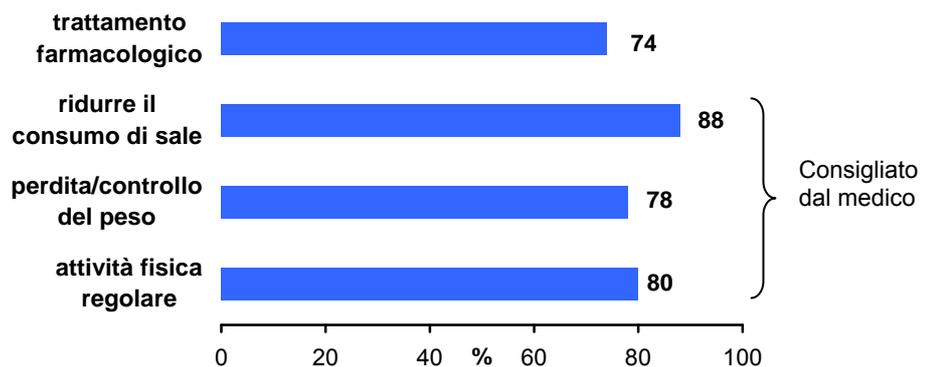


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di soggetti ai quali è stata diagnosticata l'ipertensione arteriosa è pari all'21%, valore uguale a quello del Piemonte.

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

- Il 74 % (n=37) degli ipertesi nell'ASL 9 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (88 %) (n=44), ridurre o mantenere il peso corporeo (78 %) (n=39) e svolgere regolare attività fisica (80 %) (n=40).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *
ASL 9 (n=50) PASSI giugno 2007-marzo 2008

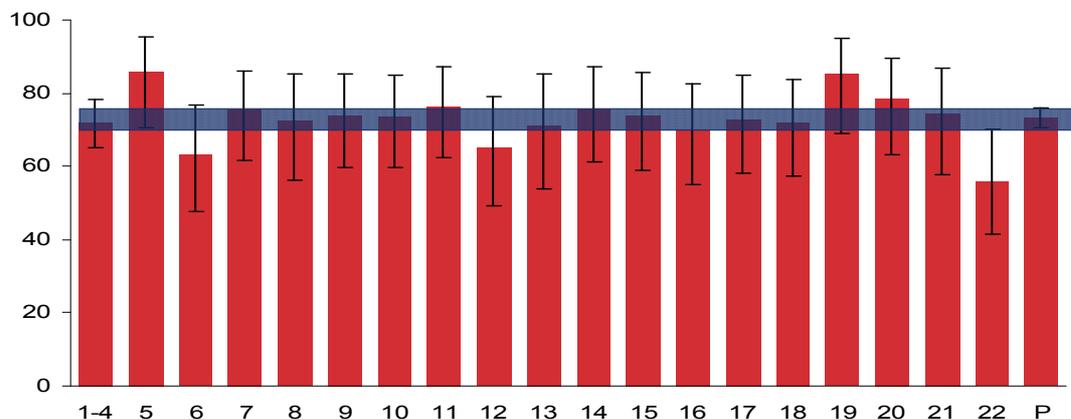


* ognuno considerata indipendentemente

- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 56% dell'Asl 22al 86% dell'Asl 5).

Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci è pari al 71%, valore uguale a quello del Piemonte (dato 2007).

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 9 si stima che sia iperteso circa il 26% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 40% degli ultracinquantenni e circa il 18% dei soggetti tra 35 e 49 anni.

Pur risultando modesta (19%) la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese.

In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo, ma, per ciascuna di queste azioni, una percentuale di soggetti tra il 12% e il 22% tra quelli che si definiscono ipertesi riferisce che non gli si sia stata suggerita dal medico; in altri casi, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti, e che risulta seguita dal 74% della popolazione ipertesa.

Colesterolemia

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

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

- Nell'ASL 9 il 71% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 53 % riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 9 % tra 1 e 2 anni fa, l'8 % più di 2 anni fa, mentre il 29 % non ricorda o non vi è mai stato sottoposto. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

- La misurazione del colesterolo è significativamente più frequente al crescere dell'età (passando dal 35 % nella classe 18-34 anni al 87 % nei 50-69enni) e nelle donne, sembra inoltre più frequente nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

- Tra le 22 ASL della Regione, nelle ASL 7, 13, 21 e 22 la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo differisce significativamente dal valore regionale 75% (range dal 67% dell'ASL 21 all'87% dell'Asl 13). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

Colesterolo misurato almeno una volta ASL 9 (n= 221) - PASSI giugno 2007-marzo 2008

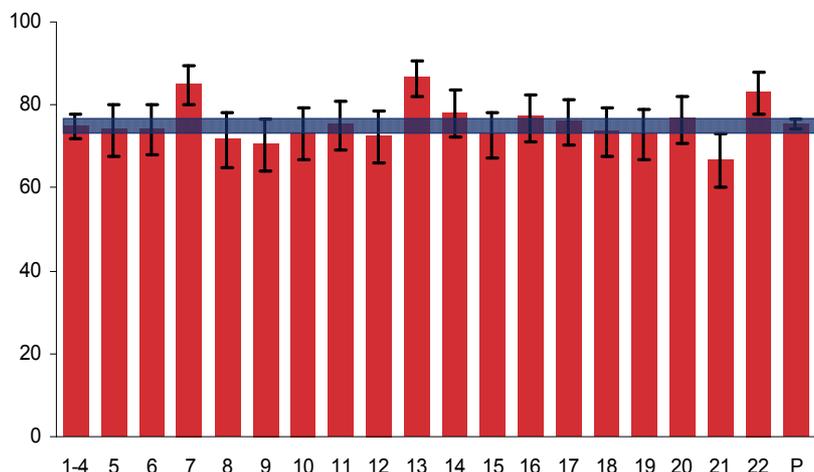
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	70,6% (IC95%: 64,1% 76,5%)
Classi di età	
18 - 34	35,2
35 - 49	75,0
50 - 69	86,9
Sesso	
M	62,3
F	78,3
Istruzione*	
bassa	74,5
alta	67,5
Difficoltà economiche**	
sì	67,3
no	73,2

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 27% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita è correlata positivamente all'età; sembra inoltre più frequente nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e senza difficoltà economiche.

Ipercolesterolemia riferita ASL 9 (n= 156)-PASSI giugno 2007-marzo 2008

Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
Totale		26,9 (n=42) (IC95%: 20,1% - 34,6%)
Età	18 - 34	10,5 (n=2)
	35 - 49	15,7 (n=8)
	50 - 69	37,2 (n=32)
Sesso	M	19,7 (n=13)
	F	32,2 (n=29)
Istruzione*	bassa	30,1 (n=22)
	alta	24,1 (n=20)
Difficoltà economiche**	sì	25,8 (n=17)
	no	27,8 (n=25)

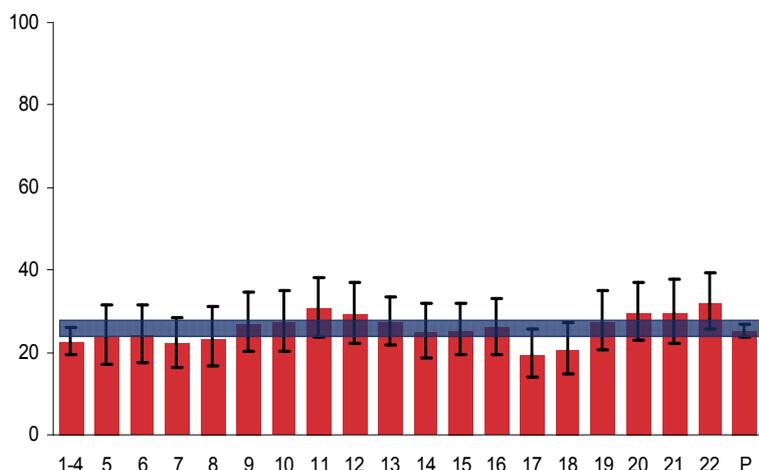
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 22 ASL della Regione, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia rispetto alla media regionale del 25% (range dal 20% dell'ASL 17 al 32% dell'ASL 22)
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone che riferisce alti livelli di colesterolemia è pari al 25%, valore uguale a quello regionale.

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

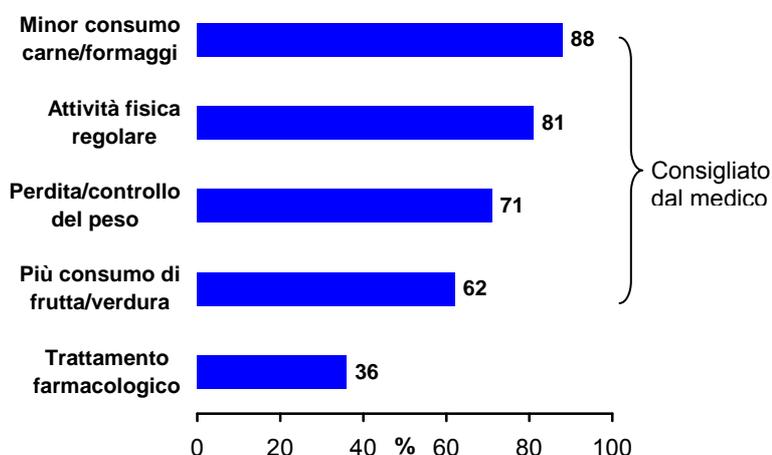
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 36 % (n=15) degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'88% (n=37) degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 62% (n=26) di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 71% (n=30) di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e l'81% (n=34) di svolgere regolare attività fisica. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico* ASL 9 (n=42)- PASSI giugno 2007-marzo 2008

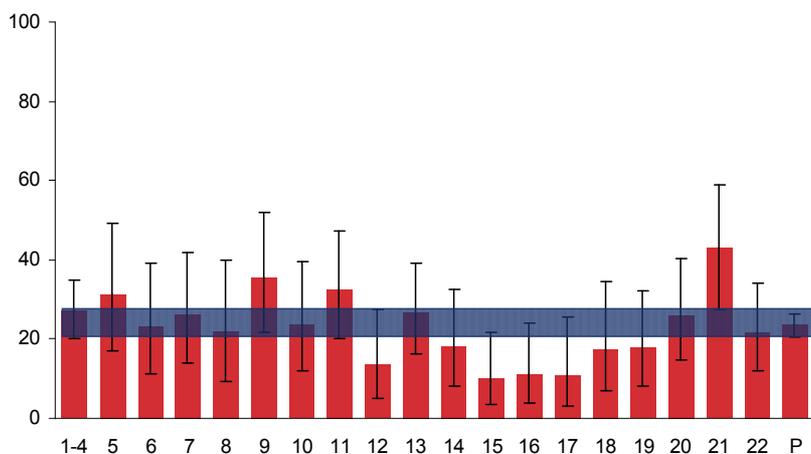


* considerati indipendentemente

- Tra le 22 ASL della Regione, solo nell'ASL 21 la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci differisce significativamente dal valore regionale 24% (range dal 10% dell'ASL 15 al 43% dell'ASL 21). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 29 % della popolazione di 18-69 anni dell'Asl 9 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 27 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 37 % tra le persone di 50-69 anni.

Più di due terzi dei soggetti con ipercolesterolemia riferisce di aver ricevuto dal medico consigli per controllare questa condizione attraverso dieta ed attività fisica.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico, attualmente riferita da circa un terzo del campione.

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

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

- Nell'ASL 9 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 1% (n=1).

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL 9 (n=161) - PASSI giugno 2007-marzo 2008

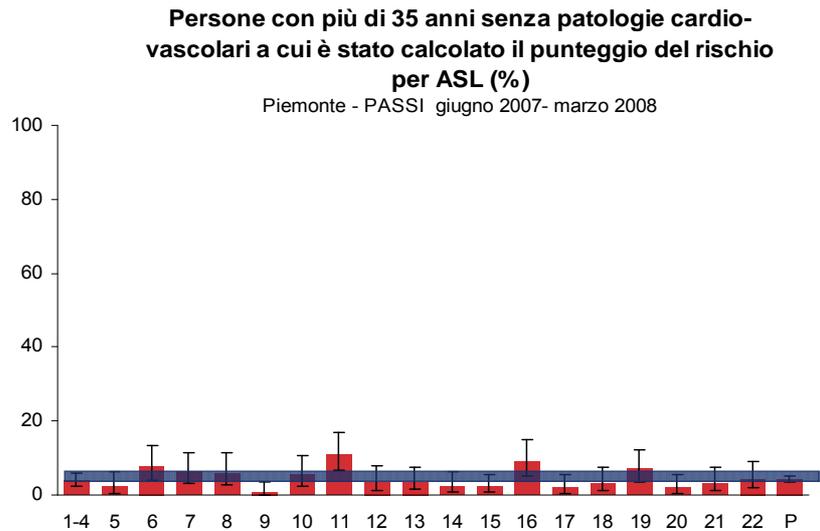
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	0,6 (n=1) (IC95%: 0,0 % - 3,4 %)
Classi di età	
35 - 49	0,0
50 - 69	1,1
Sesso	
M	0,0
F	1,2
Istruzione*	
bassa	0,0
alta	1,3
Difficoltà economiche**	
si	0,0
no	1,1
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
si	0,8
no	0,0

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

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

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

- Tra le 22 ASL della Regione, solo nell'ASL 11 la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare differisce significativamente dal valore regionale 4% (range da 1% dell'ASL 9 all'11% dell'Asl 11). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare è pari al 6%, valore significativamente più elevato rispetto a quello della regione Piemonte.



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono praticamente non utilizzati e non calcolati da parte dei medici nella ASL 9.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto avvenuto fino ad oggi.

Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita del paziente 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 che consente alle singole persone di essere consapevoli delle proprie capacità, di essere in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, di saper lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. 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. In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte soffrono di un disturbo affettivo (ESMED).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consiste in due quesiti di elevata sensibilità e specificità, scientificamente provati, per la tematica della depressione e comparabili con i criteri diagnostici internazionali.

Si rileva il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) 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; una corretta diagnosi questa condizione richiede comunque una valutazione approfondita.

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

- Nell'ASL 9 l'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nell'ASL 9 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Si osserva una differenza rilevante nel riferire sintomi di depressione tra le prime due classi d'età e l'ultima. Le differenze osservate sono statisticamente significative per le variabili stato lavorativo e presenza di malattie croniche. Sembrano inoltre più colpite dalla depressione le donne, le persone con bassa istruzione e con difficoltà economiche. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

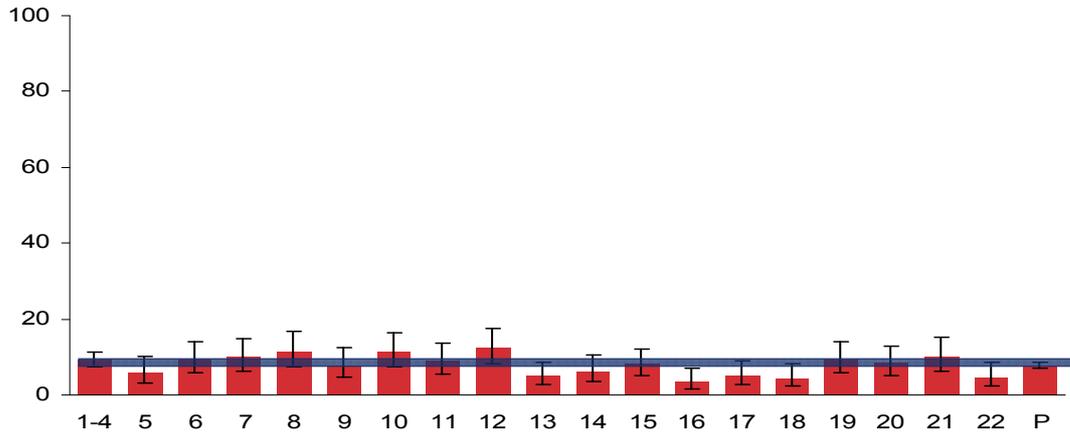
Sintomi di depressione	
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=214)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	7.9 (n=17) (IC95%: 4.7-12.4)
Classi di età	
18-34	0.0 (n=0)
35 - 49	9.0 (n=6)
50 - 69	11.6 (n=11)
Sesso	
uomini	6.9 (n=7)
donne	8.8 (n=10)
Istruzione*	
bassa	11.8 (n=11)
alta	5.0 (n=6)
Difficoltà economiche	
sì	11.5 (n=11)
no	5.1 (n=6)
Stato lavorativo	
Lavora	4.8 (n=6)
Non lavora	12.5 (n=11)
Malattie croniche	
Almeno una	26.9 (n=7)
Nessuna	5.3 (n=10)

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

- Nelle ASL della Regione, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi di depressione non si differenzia in maniera statisticamente significativa dalla media regionale (8%) (range dal 4% delle Asl 16 e 18 al 12% dell'Asl 12).

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

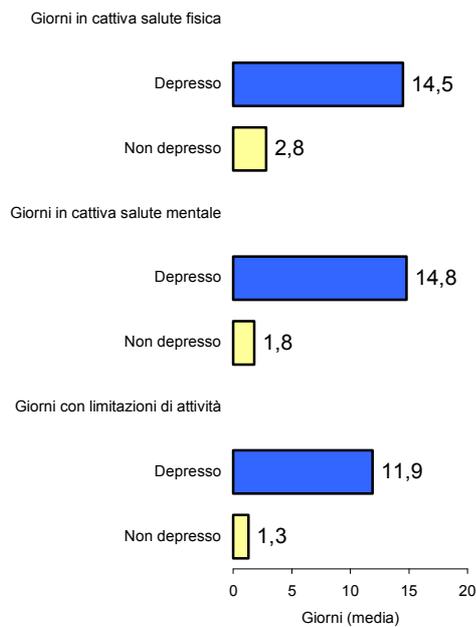
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 9% degli intervistati ha riferito sintomi di depressione, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

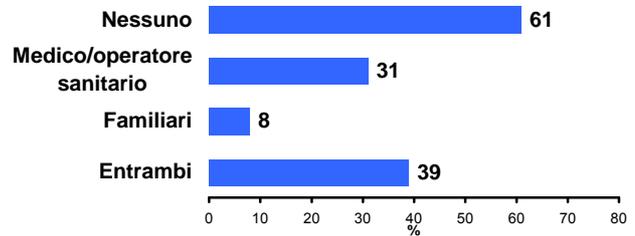
- Nell'ASL 9, fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione (n=17), il 24% (n=4) ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 69% delle persone non depresse. Lo stato di depressione influenza pertanto, in maniera statisticamente significativa, la percezione del proprio stato di salute.
- 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.
- Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Nell'ASL 9 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 39% (n=5).
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, più della metà non ne ha parlato con nessuno (n=8); la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 31%.
- Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL 9 – PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=13)



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra gli anziani, le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora.

Più della metà di chi riferisce sintomi di depressione non richiede l'aiuto di nessuno: il trattamento dei disturbi mentali è quindi ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una parte importante del carico assistenziale dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura nell'assistenza delle persone con sintomi di depressione 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 370 morti ogni anno, senza contare gli oltre 1700 decessi per carcinoma dell'utero a sede non specificata.

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

La mortalità per questa causa è in diminuzione; in Piemonte nel 2005 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero 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 risiedeva in un territorio in cui era attivo un programma di screening; l'estensione 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 progressivamente 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.

Nel Dipartimento di Screening 4, che comprende le ASL 6, 7 e 9, lo screening è stato attivato nel 1999. Nell'ASL 9 nell'anno 2007 è stato invitato il 90% delle donne in fascia d'età; si è avuta un'adesione all'invito del 54%.

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

- Nell'ASL 9 circa l'89% (n=86) delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.
- Sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle delle due fasce d'età più avanzate, tra le coniugate, tra coloro che non vivono da sole, tra quelle con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche. Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL 9-PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=97)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	88.7 (n=86) (IC95%:80.6-94.2)
Classi di età	
25 - 34	75.0 (n=15)
35 - 49	93.9 (n=31)
50 - 64	90.9 (n=40)
Stato civile	
coniugata	91.7 (n=55)
non coniugata	83.8 (n=31)
Convivenza	
convivente	91.4 (n=53)
non convivente	84.6 (n=33)
Istruzione**	
bassa	86.0 (n=37)
alta	90.7 (n=49)
Difficoltà economiche	
sì	85.4 (n=41)
no	91.8 (n=45)

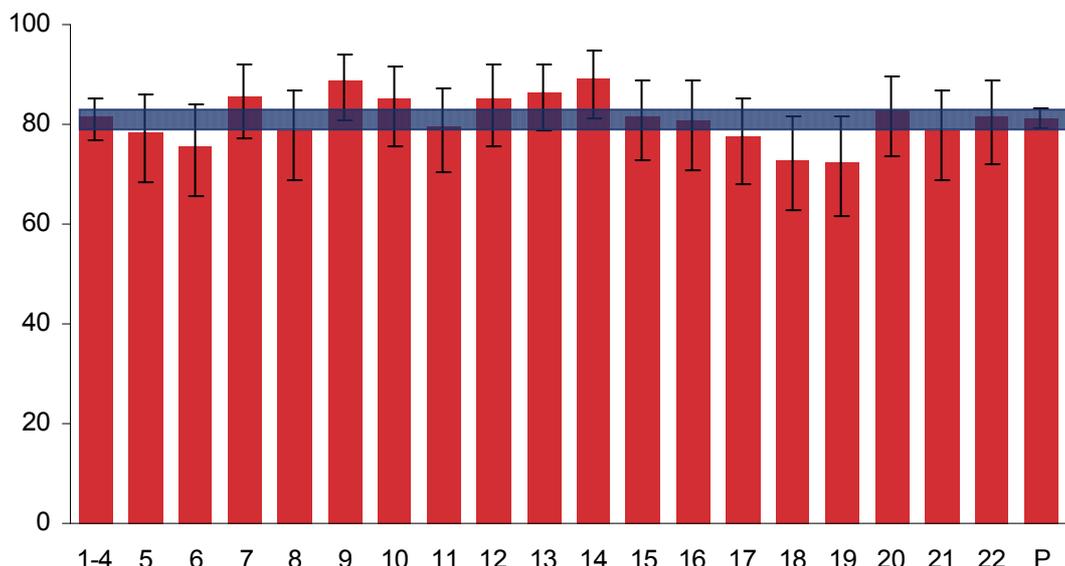
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

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

- Tra le ASL della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 72% dell'Asl 19 all'89% delle Asl 9 e 14).

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

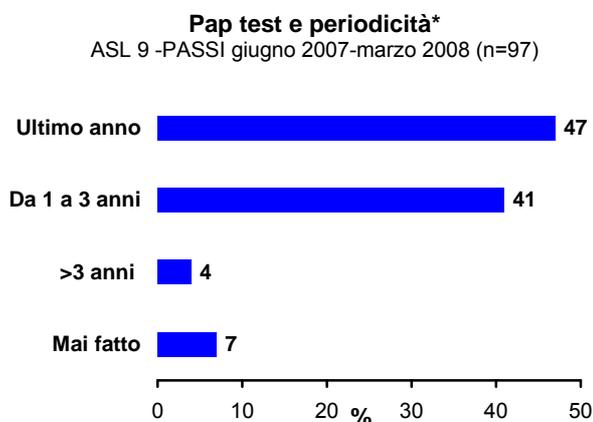
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di donne di 25-64 anni che ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è del 74%, valore significativamente più basso rispetto a quello del Piemonte (81%).

Quando è stato effettuato l'ultimo Pap test?

- Lo screening prevede per le donne tra i 25 e i 64 anni l'effettuazione del Pap test ogni 3 anni. Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato tra le intervistate di età compresa tra i 25 e i 64 anni:
 - il 47% (n=46) ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 41% (n=40) da uno a tre anni
 - il 4% (n=45) da più di tre anni.
- Il 7% (n=7) non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



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

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

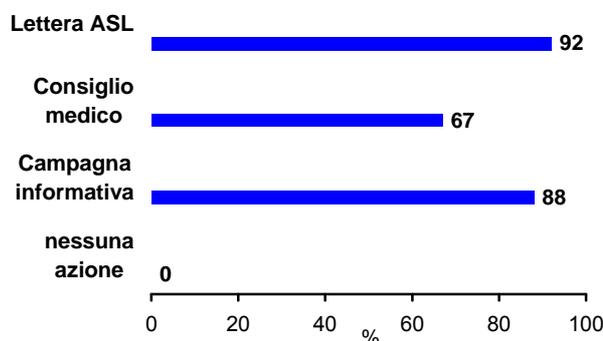
- Nell'ASL 9 tra le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni (escluse le isterectomizzate):

- il 92% (n=89) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- l'88% (n=85) ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 67% (n=65) ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

- I rispettivi valori piemontesi sono: 77%, 73% e 61% (dati 2007).

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

Promozione del Pap test
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (97)



- Anche se i dati devono essere considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali, tra le ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità nella percentuale di donne che riferiscono di aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL (range dal 52% dell' ASL 14 al 94% dell' ASL 15), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 48% dell' ASL 18 al 77% dell' ASL 13), e di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 51% dell'ASL 1 all'85% dell'ASL 9). (Dati 2007)

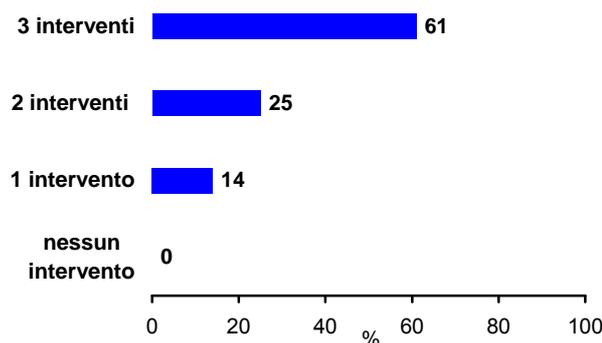
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale nel 2007, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto o sentito una campagna informativa. (Dati 2007)

- Nell'ASL9, il 61% (n=59) delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 25% (n=24) due interventi di promozione, il 14% (n=14) uno solo.

- I rispettivi valori piemontesi sono: 39%, 37% e 19% (dati 2007).

- Nell'ASL 9 tutte le donne hanno ricevuto almeno uno degli interventi di promozione considerati. In Piemonte invece il 5% delle intervistate dichiara di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test
ASL 9 -PASSI giugno 2007-marzo 2008 (97)



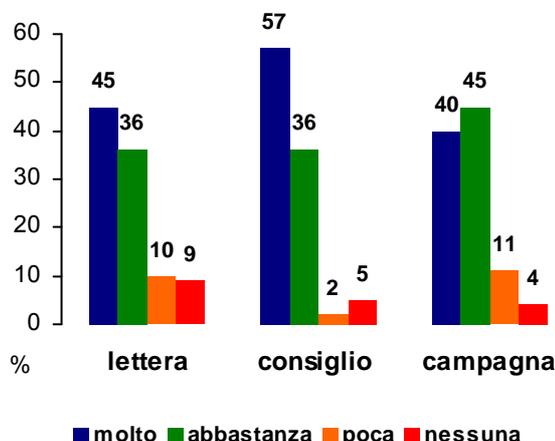
- A livello nazionale tra le ASL partecipanti il 28% delle donne tra 25 e 64 anni ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test, il 34% due ed il 28% uno solo. Le intervistate di 25-64 anni che dichiarano di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati sono l'11%. (Dati 2007)

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

- Nell'ASL 9 il 93% (n=57) delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (57% molta e 36% abbastanza), mentre il 2% (n=1) poca influenza sulla scelta ed il 5% (n=3) nessuna.
- In Piemonte la percentuale di donne che ritiene che aver ricevuto il consiglio del medico abbia avuto un'influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame è dell'83% (dato 2007).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test

ASL 9 -PASSI giugno 2007-marzo 2008 (97)



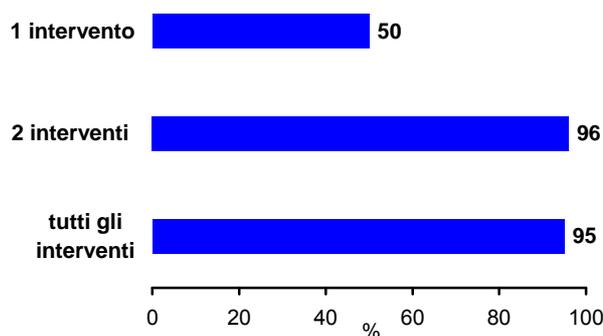
- L'85% (n=64) delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (40% molta e 45% abbastanza), mentre il 11% (n=8) poca influenza sulla scelta ed il 4% (n=3) nessuna. In Piemonte l'influenza positiva della campagna informativa è del 67% (dato 2007).
- L'81% (n=68) delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (45% molta e 36% abbastanza), mentre il 10% (n=8) poca influenza sulla scelta e ben il 9% (n=8) nessuna. In Piemonte l'influenza positiva della lettera è del 68% (dato 2007).
- Tra le ASL del Piemonte la percezione dell'influenza positiva del consiglio di un operatore sanitario ha un range compreso tra il 65% dell'ASL 18 e il 97% dell'ASL 9; l'influenza positiva della lettera va dal 54% dell'ASL 14 all'86% dell'ASL 7; per la campagna informativa si va dal 41% dell'ASL 14 all'80% dell'ASL 9 (dati 2007).

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

- Nell'ASL 9 ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati il 50% (n=7) delle donne che ha ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), la percentuale sale al 96% (n=23) con due interventi e al 95% (n=55) con tutti e tre gli interventi. Si osserva una differenza rilevante tra coloro che hanno ricevuto un solo intervento di promozione e coloro che ne hanno ricevuti più di uno.

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

ASL 9 -PASSI giugno 2007-marzo 2008 (85)

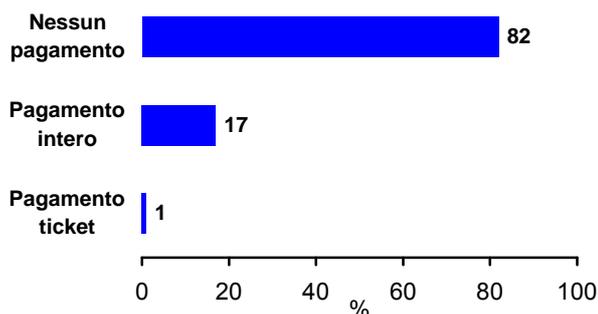


- In Piemonte, ha effettuato il Pap test nei tempi raccomandati il 53% delle donne che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione dell'esame. Questa percentuale sale al 72% tra le donne che dichiarano di aver ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna informativa),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

Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nell'ASL 9 l'82% (n=63) delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; l'1% (n=1) ha pagato solamente il ticket e il 17% (n=13) ha pagato l'intero costo dell'esame.
- In Piemonte il 62% delle intervistate che ha effettuato il Pap test negli ultimi tre anni dichiara di non aver pagato nulla per l'ultimo esame eseguito, il 14% ha pagato il ticket e il 24% l'intero costo dell'esame (dato 2007).
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

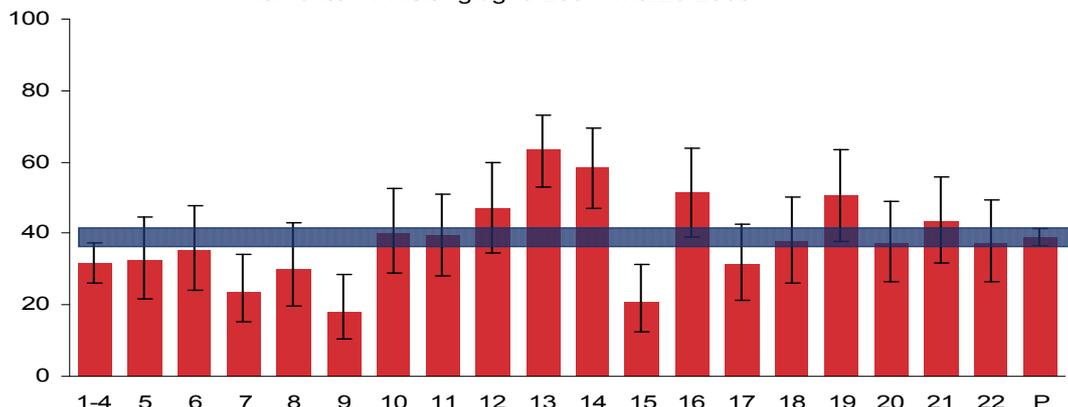
Costi del Pap test per le pazienti
ASL 9 -PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=77)



- Tra le ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening. Il dato è significativamente più basso rispetto alla media regionale (39%) nelle Asl 7, 9 e 15, mentre è significativamente più elevato nelle Asl 13 e 14 (range dal 18% dell'Asl 9 al 64% dell'Asl 13).

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

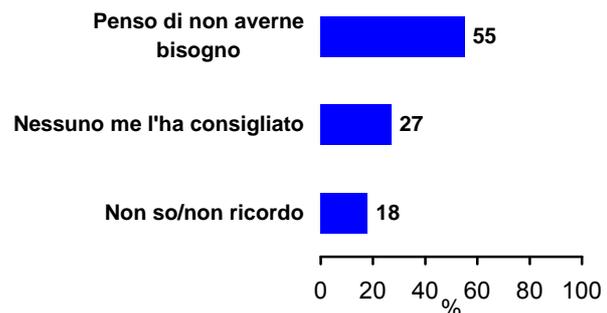


- Tra le Asl partecipanti a livello nazionale, le donne che hanno riferito di aver effettuato un pagamento per eseguire il Pap test sono il 51% (dato 2007).

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

- Nell'ASL 9 il 7% (n=7) delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 4% (n=4) di averlo effettuato oltre i 3 anni. In Piemonte questi valori sono rispettivamente dell'11% e dell'8% (dati 2007).

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ASL 9-PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=11)



- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 55% (n=6)
 - "nessuno me lo ha consigliato" 27% (n=3)
- In Piemonte questi valori sono rispettivamente del 37% e del 14% (dati 2007).
- Nell'ASL 9 nessuna donna sceglie come motivazione della mancata effettuazione del pap test una delle seguenti, pur presenti nel questionario:
 - "è fastidioso/doloroso"
 - "mi sento imbarazzata"
 - "ho paura dei risultati dell'esame"
 - "è difficile prenotare l'esame"
- In Piemonte queste opzioni di risposta sono scelte rispettivamente delle seguenti percentuali: 3%, 8%, 13% e 1% (dati 2007).
- Il 18% (n=2) delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo". Il dato Piemontese è pari al 19% (dato 2007).

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 9 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

La copertura osservata (89%) comprende sia le donne che hanno effettuato l'esame gratuitamente all'interno del programma regionale di screening Prevenzione Serena (82%) sia quelle che lo hanno effettuato al di fuori del programma (18%) in strutture pubbliche o private.

Anche il fatto che il Pap test a scopo preventivo risulti eseguito nel corso dell'ultimo anno dal 47% delle donne intervistate, contro un atteso teorico del 33% indica un'attività svolta con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (ogni tre anni).

Le azioni di promozione di questa attività di prevenzione secondaria sono molto diffuse, raggiungendo addirittura il totale delle intervistate; la probabilità di effettuare lo screening aumenta all'aumentare degli interventi ricevuti. Più della metà delle donne che non si sottopone all'esame per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero lo fa perchè pensa di non averne bisogno.

Singolare il fatto che, nonostante tutte le donne intervistate dichiarino di aver ricevuto la lettera di invito a partecipare allo screening organizzato firmata dal medico curante, 3 di queste dichiarino di non aver effettuato il Pap test perchè "nessuno me l'ha consigliato".

Sembra opportuno segnalare che la corrispondenza tra la percentuale di adesione al programma rilevata attraverso l'indagine PASSI (65%) e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (56%) conferma la buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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 in aumento a 5 anni dalla diagnosi è pari a 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 59 e i 69 anni risulta teoricamente inserito in un programma di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie della mammella, ma quelle che hanno ricevuto una lettera di invito per l'effettuazione della mammografia preventiva sono state circa il 50%.

In Piemonte il programma di screening è stato attivato nel 1992 a Torino ed esteso a tutto il territorio regionale a partire dal 1996; prevede l'invito per l'esecuzione di una mammografia ogni due anni alle donne tra i 50 e i 69 anni; nel 2006 le donne effettivamente invitate sono state il 70% di tutte quelle che avrebbero diritto allo screening. Nel programma di screening sono anche inserite con controlli annuali le donne tra i 45 e i 49 anni di età che ne fanno richiesta.

Nel Dipartimento di Screening 4, che comprende le ASL 6, 7 e 9, lo screening è stato attivato nel 2000. Nell'ASL 9 nell'anno 2007 è stato invitato il 100% delle donne in fascia d'età; si è avuta un'adesione all'invito del 60%.

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

- Nell'ASL 9 circa il 70% (n=38) delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle LG.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni sembra mostrare che l'esame è eseguito di più tra le donne più giovani, coniugate o conviventi, con alto livello di istruzione e senza molte difficoltà economiche.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa rispetto a quella a partire dalla quale è raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), su 26 donne intervistate, il 69% (n=18) ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 38 anni.
- Dati in linea con la situazione regionale 2007.

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=54)	
Caratteristiche	% di donne che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	70.4 (n=38) (IC95%:56.4-82.0)
Classi di età	
50- 59	76.5 (n=26)
60 -69	60.0 (n=12)
Stato civile	
coniugata	73.8 (n=31)
non coniugata	58.3 (n=7)
Convivenza	
convivente	75.7 (n=28)
non convivente	58.8 (n=10)
Istruzione**	
bassa	64.5 (n=20)
alta	78.3 (n=18)
Difficoltà economiche	
sì	58.3 (n=14)
no	80.0 (n=24)

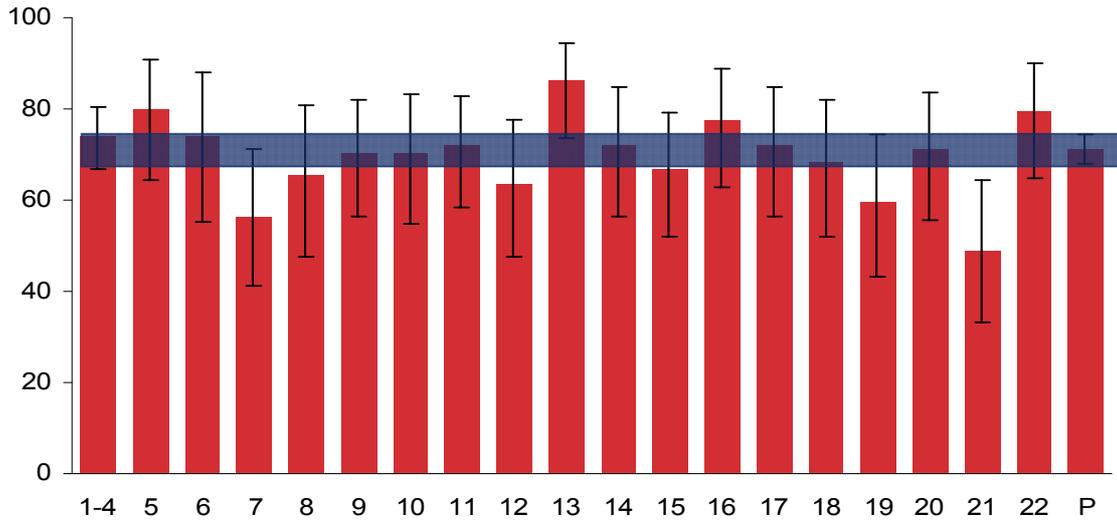
* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

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

- Tra le ASL della Regione, nell'Asl 21 la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni differisce significativamente dal valore regionale 71% (range dal 49% dell'Asl 21 al 86% dell'Asl 13). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

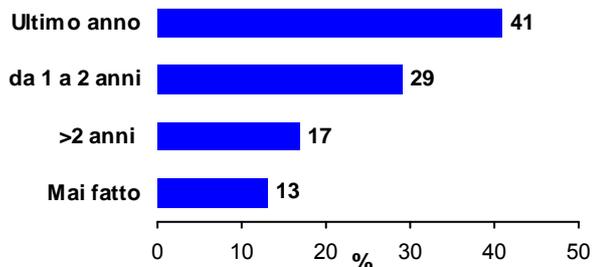


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è pari al 68%, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

Quando è stata eseguita l'ultima mammografia?

- Rispetto all'ultima mammografia effettuata:
 - Il 41% (n=22) ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno)
 - Il 29% (n=16) da uno a due anni
 - Il 17% (n=9) da più di due anni
- 13% (n=7) non ha mai eseguito una mammografia preventiva.
- Questi dati sono in linea con la situazione regionale 2007.

Mammografia e periodicità*
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=54)

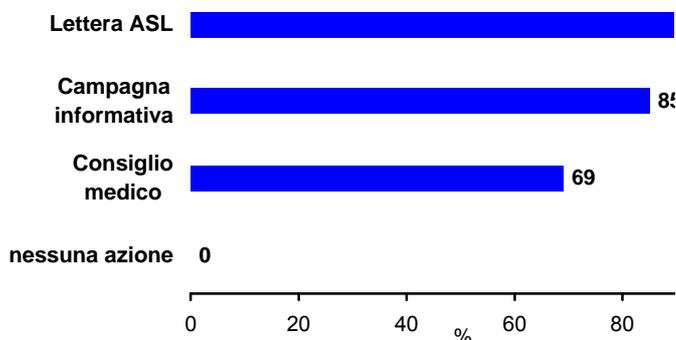


* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nell'ASL 9:
 - il 100% (n=54) delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - l'85% (n=46) ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 69% (n=37) ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.

Promozione della mammografia
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=54)

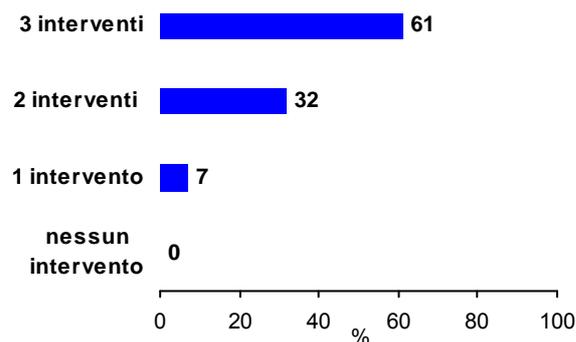


- I rispettivi valori piemontesi sono: 70%, 76% e 62%.

- Anche se i dati devono essere considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali, tra le ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità nella percentuale di donne che riferiscono di aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL (range dal 40% dell'ASL 21 al 97% dell'ASL 9), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 40% dell'ASL 21 all'85% dell'ASL 13), e di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 57% dell'ASL 21 al 93% dell'ASL 7). (Dati 2007)
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale nel 2007, il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto o sentito una campagna informativa. (Dati 2007)

- Nell'ASL9 il 61% (n=33) delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 32% (n=17) due interventi di promozione, il 7% (n=4) uno solo.

Interventi di Promozione dell'ultima mammografia
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=54)



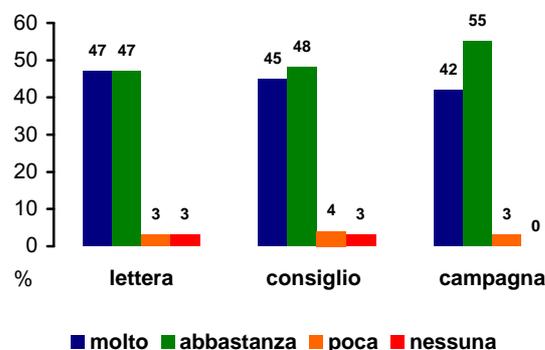
- I rispettivi valori piemontesi sono: 39%, 36% e 19%.
- Nell'ASL 9 tutte le donne hanno ricevuto almeno uno degli interventi di promozione considerati. In Piemonte invece il 6% delle intervistate dichiara di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

- A livello nazionale tra le ASL partecipanti il 34% delle donne tra 50 e 69 anni ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia, il 35% due ed il 22% uno solo. Le intervistate di 50-69 anni che dichiarano di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati sono l'8%. (Dati 2007)

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

- Il 97% (n=32) delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (42% molta e 55% abbastanza), mentre il 3% (n=1) poca influenza sulla scelta; nessuna donna ritiene che la campagna informativa non abbia avuto alcuna influenza.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=38)



- In Piemonte l'influenza positiva della campagna informativa è del 73% (dato 2007).

- Nell'ASL 9 il 94% (n=36) delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il mammografia (47% molta e 47% abbastanza), mentre il 3% (n=1) poca influenza sulla scelta ed il 3% (n=1) nessuna. In Piemonte l'influenza positiva della lettera è del 77% (dato 2007).

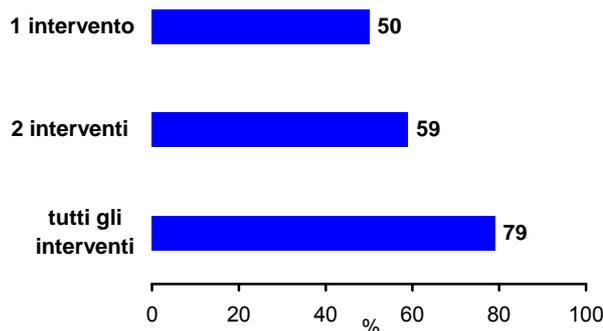
- Nell'ASL 9 il 93% (n=27) delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (45% molta e 48% abbastanza), mentre il 4% (n=1) poca influenza sulla scelta ed il 3% (n=1) nessuna. In Piemonte la percentuale di donne che ritiene che aver ricevuto il consiglio del medico abbia avuto un'influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame è dell'88% (dato 2007).

- Anche se i dati devono essere considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali, tra le ASL del Piemonte la percezione dell'influenza positiva del consiglio di un operatore sanitario ha un range compreso tra il 50% dell'ASL 12 al 100% dell'ASL 21 e della 6; l'influenza positiva della lettera va dal 50% dell'ASL 12 e 15 al 100% dell'ASL 21; per la campagna informativa si va dal 50% dell'ASL 15 al 100% dell'ASL 21 (dati 2007).

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nell'ASL 9 il 50% (n=2) delle donne di 50-69 che ha ricevuto almeno un intervento di promozione tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 59% (n=10) nelle donne che hanno ricevuto due interventi e al 79% (n=26) nelle donne con tutti e tre gli interventi.

Effettuazione della mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=54)

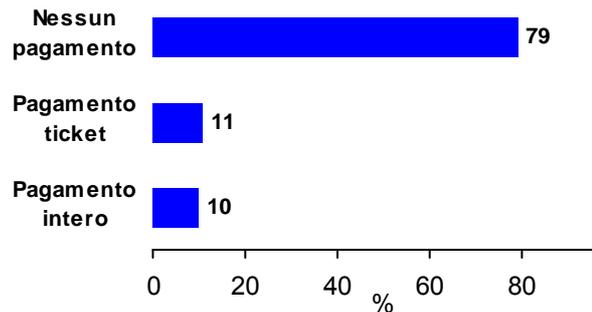


- In Piemonte, ha effettuato la mammografia nei tempi raccomandati il 32% delle donne che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione dell'esame. Questa percentuale sale al 56% tra le donne che dichiarano di aver ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna informativa), al 74% tra quelle che ne hanno ricevuti due e all'80% per quelle che riferiscono di averli ricevuti tutti (dati 2007).

Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- Nell'ASL 9 il 79% (n=30) delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; l'11% ha pagato solamente il ticket (n=4) e il 10% (n=4) ha pagato l'intero costo dell'esame.
- In Piemonte il 79% delle intervistate che ha effettuato la mammografia negli ultimi due anni dichiara di non aver pagato nulla per l'ultimo esame eseguito, il 15% ha pagato il ticket e il 6% l'intero costo dell'esame (dati 2007).
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

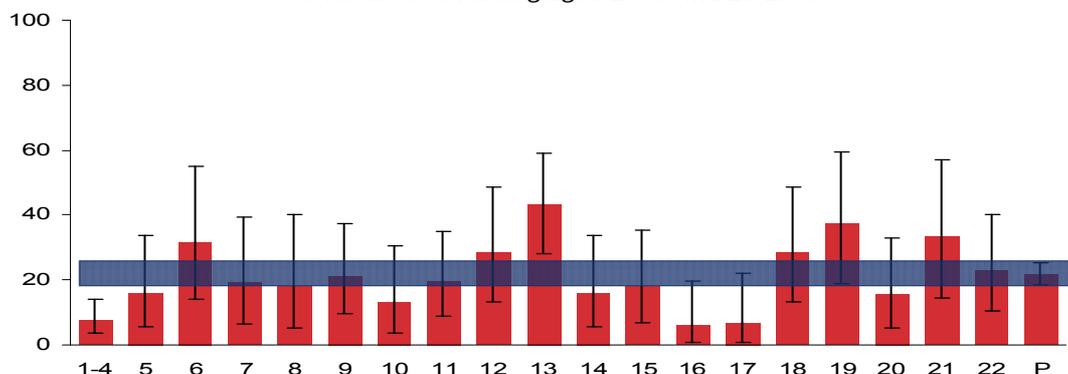
Costi della mammografia per le pazienti
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=38)



- Tra le ASL della Regione, nelle Asl 1-4 e 13 la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening differisce significativamente dal valore regionale 22% (range dal 6% dell'Asl 16 al 43% dell'Asl 13). L'Asl 9 non differisce significativamente dal 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 partecipanti a livello nazionale, le donne che hanno riferito di aver effettuato un pagamento per eseguire la mammografia preventiva sono il 27% (dato 2007).

Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nell'ASL 9 il 13% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la mammografia e il 17% di averla effettuata oltre i due anni. In Piemonte questi valori sono rispettivamente dell'11% e del 18% (dati 2007).

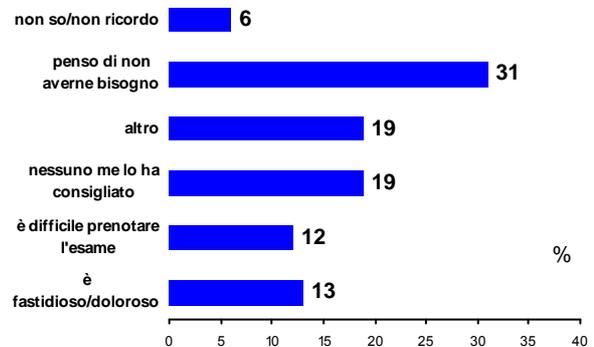
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 31% (n=5)
 - "altro" 19% (n=3)
 - "nessuno me lo ha consigliato" 19% (n=3)
 - "è difficile prenotare l'esame" 12% (n=2)
 - "è fastidioso/doloroso" 13% (n=2)

- In Piemonte questi valori sono rispettivamente del 41%, 11%, 15%, 2% e 8% (dati 2007).

- Nessuna donna sceglie come motivazione della mancata effettuazione della mammografia una delle seguenti, pur presenti nel questionario:
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari"
 - "mi sento imbarazzata"
 - "ho paura dei risultati dell'esame"
 In Piemonte queste opzioni di risposta sono scelte rispettivamente delle seguenti percentuali: 7%, 6% e 9% (dati 2007).

- Il 6% (n=1) delle donne che non hanno effettuato la mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo". Il dato Piemontese è pari al 24% (dato 2007).

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida
ASL 9- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=16)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 9 la percentuale delle donne tra i 50 e i 69 anni che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata (70%) la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste più della metà (41%) l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo i risultati di PASSI il 79% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia gratuitamente e quindi all'interno dei programmi regionali di screening, mentre il 21%, che riferisce di aver sostenuto un costo (ticket o prezzo intero), l'ha effettuata al di fuori dei programmi organizzati.

La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (70%) e dai flussi regionali screening (60%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI.

L'opportunità di mettere in campo azioni volte a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni di prevenzione del tumore della mammella è indicata dall'età media della prima mammografia (44 anni), ben prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, e dal fatto che il 17% delle donne intervistate dichiara di aver eseguito la mammografia preventiva a intervalli di tempo superiori ai due anni raccomandati.

Il 13% delle donne intervistate in età di screening non ha mai eseguito una mammografia preventiva nonostante dichiarino di avere almeno ricevuto una lettera di invito. È da segnalare il fatto che, tra queste, il 19% riferisce tra le motivazioni della non effettuazione dell'esame "nessuno me l'ha consigliato", e il 31% "pensa di non averne bisogno".

Nonostante gli interventi di sensibilizzazione della popolazione target (lettera di invito, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa) risultino ampiamente diffusi, persiste la necessità di reperire nuove strategie o di migliorare le esistenti per recuperare all'interno del programma le donne che ancora non attuano interventi di prevenzione secondaria del tumore della mammella.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

Considerando entrambi i sessi, i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500. In Piemonte si stimano circa 3600 nuovi casi all'anno.

Queste neoplasie sono responsabili di circa l'11% dei decessi per tumore, pari a 1.510 morti annui nel periodo nel 1998-2002. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 55%; la prevalenza stimata è 576,2 per 100.000 nel sesso maschile e 544,5 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 di età a coloro che non rientrano nell'offerta precedente. I programmi di screening per neoplasie del colon-retto non sono ancora stati attivati su tutto il territorio regionale, ma sono in fase di implementazione.

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

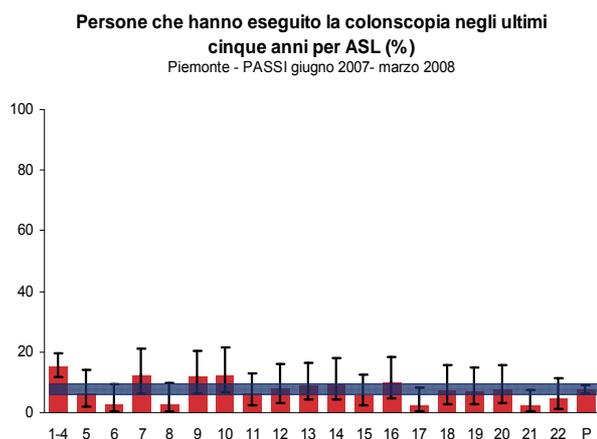
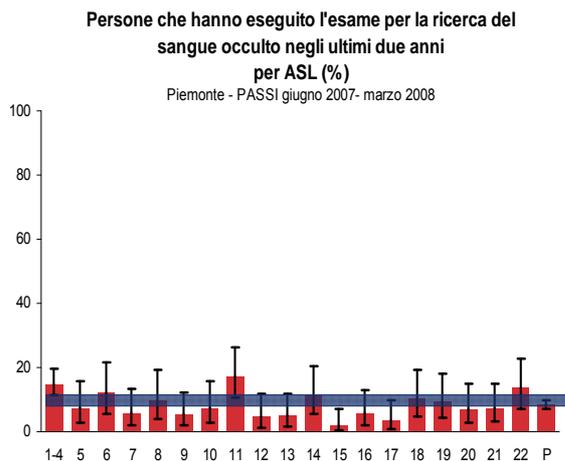
- Nell'ASL 9 il 18% (n=17) delle persone intervistate di età compresa tra i 50 e i 69 anni riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 5% (n=5) riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 12% (n=12) riferisce aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni.
- I rispettivi valori piemontesi sono: 17%, 9% e 8% (dati 2007).

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=96)

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	5.4 (n=5) (IC95% 1.8-12.1)	12.1 (n=12) (IC95% 6.4-20.2)
Classi di età		
50 - 59	1.9 (n=1)	9.1 (n=5)
60 - 69	10.0 (n=4)	15.9 (n=7)
Sesso		
uomini	6.8 (n=3)	11.1 (n=5)
donne	4.1 (n=2)	13.0 (n=7)
Istruzione		
bassa	3.5 (n=2)	11.7 (n=7)
alta	8.3 (n=3)	12.8 (n=5)
Difficoltà economiche		
sì	0.0 (n=0)	11.1 (n=4)
no	8.2 (n=5)	12.7 (n=8)

- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 1-4 la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni differisce significativamente dal valore regionale 9% (range dal 2% dell'Asl 15 al 17% dell'Asl 11). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL della Regione, solo nell'Asl 1-4 la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi cinque anni differisce significativamente dal valore regionale 8% (range dal 2% dell'Asl 21 al 15% dell'Asl 1-4). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

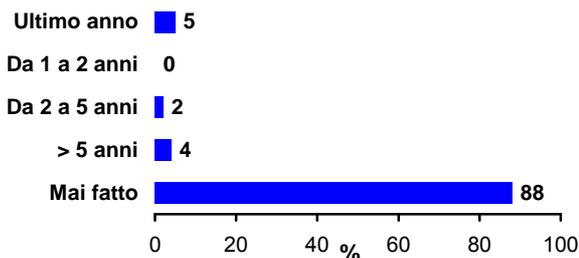


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, valore significativamente più alto rispetto a quello del Piemonte.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale circa il 9% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni, valore che non differisce in modo significativo da quello del Piemonte.

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

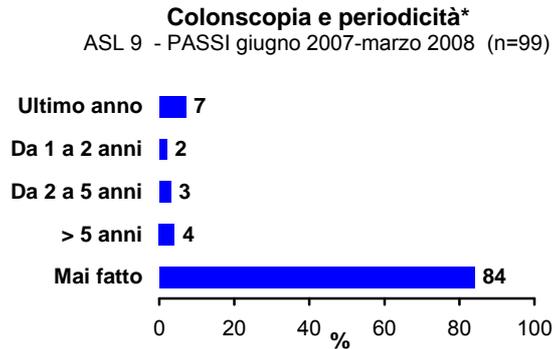
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuata tra gli intervistati di età compresa tra i 50 e i 69 anni:
 - il 5% (n=5) ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - nessuno da 1 a 2 anni
 - il 2% (n=2) da 2 a 5 anni
 - il 4% (n=4) da più di 5 anni
 - l'88% (n=82) non ha mai eseguito il test.

Sangue occulto e periodicità*
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=93)



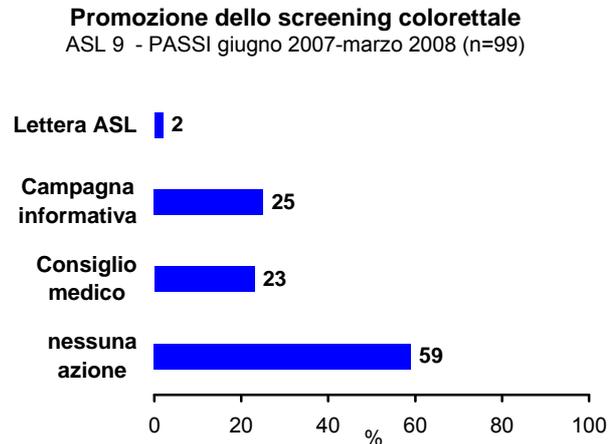
- I rispettivi valori piemontesi sono: 6%, 3%, 3%, 3% e 84% (dati 2007).

- Rispetto alla colonscopia:
 - il 7 (n=7) ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 2% (n=2) da 1 a 2 anni
 - il 3 (n=3) da 2 a 5 anni
 - il 4% (n=4) da più di 5 anni
 - l'84 (n=83) non ha mai eseguito il test.
- I rispettivi valori piemontesi sono: 4%, 2%, 2%, 2% e 90% (dati 2007).



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

- Nell'ASL 9:
 - Il 2% (n=2) delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 23% (n=23) ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colonretto.
 - il 25% (n=25) ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- I rispettivi valori piemontesi sono: 7%, 19% e 36% (dati 2007).
- Oltre la metà (59%) della popolazione intervistata ha riferito di non aver ricevuto nessuna azione di promozione, mentre il 9% riferisce di averne ricevuto più d'uno. I rispettivi valori piemontesi sono: 53% e 12% (dati 2007).



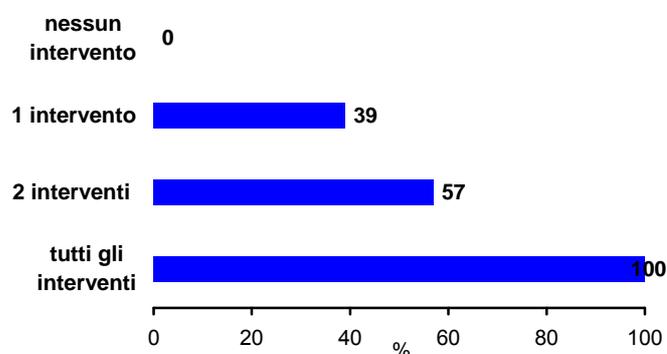
- Tra le ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità nella percentuale di soggetti che riferiscono di aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL (range dallo 0% di sette ASL al 31% dell'ASL 1-4), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 5% dell'ASL 17 al 27% dell'ASL 1-4), e di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 18% dell'ASL 5 al 50% dell'ASL 13). (Dati 2007)
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale nel 2007, il 22% dei soggetti ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto o sentito una campagna informativa. (Dati 2007)

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

- Nell'ASL 9 nessuno tra coloro che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 39% (n=12) nelle persone che hanno ricevuto almeno un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 57% (n=4) con due interventi e al 100% (n=1) con tutti e tre gli interventi. Si osserva una differenza rilevante tra coloro che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione e coloro che ne hanno ricevuto almeno uno.

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

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=96)



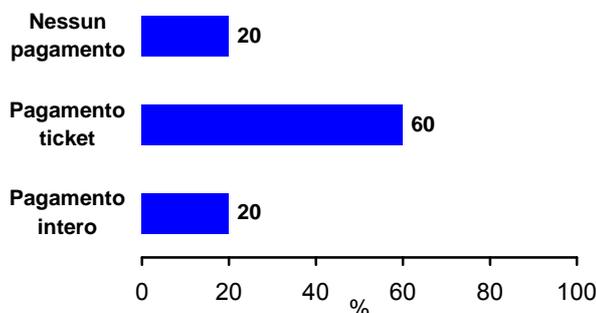
- In Piemonte, ha effettuato nei tempi raccomandati un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali: il 5% di coloro che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione dell'esame. Questa percentuale sale al 20% di coloro che dichiarano di aver ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna informativa), al 61% tra coloro che ne hanno ricevuti due e al 63% per coloro che riferiscono di averli ricevuti tutti.

Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nell'ASL 9 il 20% (n=1) delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 60% (n=3) ha pagato solamente il ticket e il 20% (n=1) ha pagato l'intero costo dell'esame.
- In Piemonte il 41% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni dichiara di non aver pagato nulla per l'ultimo esame eseguito, il 54% ha pagato il ticket e il 5% l'intero costo dell'esame (dato 2007).

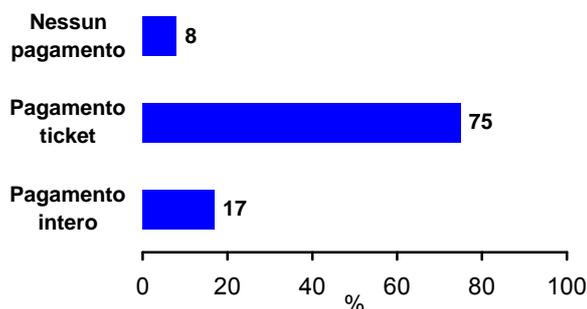
Costi della ricerca di sangue occulto

ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=5)



- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece l'8% (n=1) non ha effettuato alcun pagamento, il 75% (n=9) ha pagato esclusivamente il ticket ed il 17% (n=2) ha pagato per intero il costo dell'esame.

Costi della colonscopia
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=12)



- In Piemonte il 43% delle persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni dichiara di non aver pagato nulla per l'ultimo esame eseguito, il 45% ha pagato il ticket e il 12% l'intero costo dell'esame (dato 2007).

- Tra le ASL della Regione, solo nelle Asl 1-4 e 11 la percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening, differisce significativamente dal valore regionale 60% (range dal 24% dell'Asl 11 al 89% dell'Asl 14). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

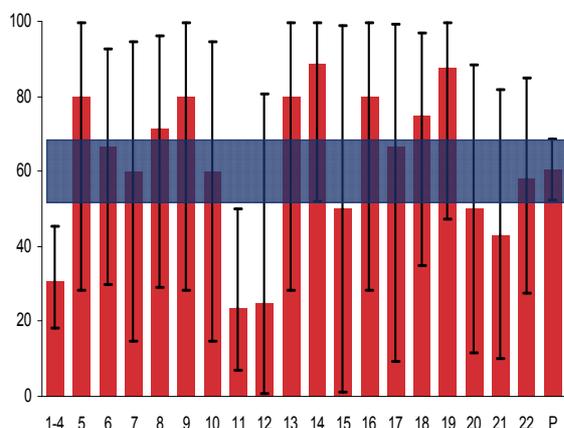
- Tra le ASL della Regione, non si riscontrano differenze statisticamente significative nella percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la colonscopia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening rispetto al valore regionale 59% (range dal 29% dell'Asl 20 al 100% delle Asl 6, 8, 15, 17, 21 e 22). L'Asl 9 non differisce significativamente dal valore regionale.

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

•

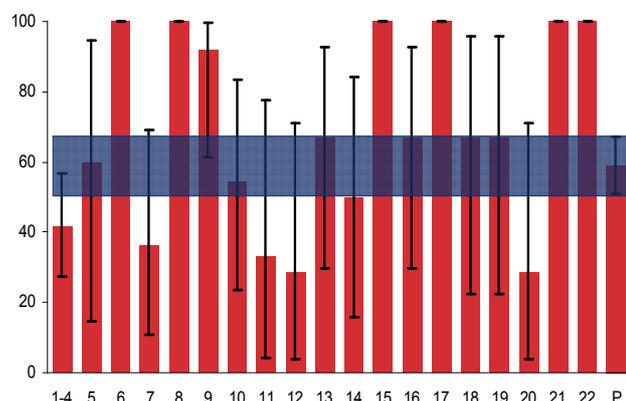
Persone che hanno pagato per ricerca SO per ASL (%)

Piemonte - PASSI 2007-2008



Persone che hanno pagato per ricerca CO per ASL (%)

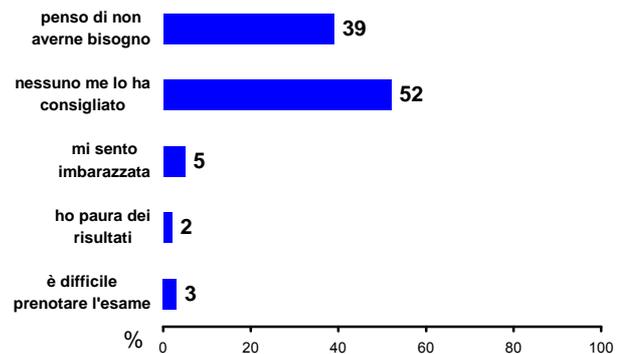
Piemonte - PASSI 2007-2008



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

- Nell'ASL 9 l'82% (n=79) delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia. In Piemonte questo valore è del 75% (dato 2007).
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 39% (n=24)
 - "nessuno me lo ha consigliato" 52% (n=32)
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 2% (n=2)
 - "è difficile prenotare l'esame" 3% (n=2)
 - "mi sento imbarazzato" 5% (n=3)
- Nessun soggetto sceglie come motivazione della mancata effettuazione dello screening una delle seguenti, pur presenti nel questionario:
 - "sono già stata operato/per altri motivi sanitari"
 - "è fastidioso/doloroso"
 - "altro"
- In Piemonte i valori per le prime due opzioni di risposta ("penso di non averne bisogno" e "nessuno me lo ha consigliato") sono rispettivamente del 37% e 50% (dati 2007). Ciascuna delle altre motivazioni riportate non ha ottenuto più del 3% delle risposte.
- Il 10% (n=7) delle persone ha risposto a questa domanda "non so/ non ricordo". Il dato Piemontese è pari al 4% (dato 2007).

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
ASL 9 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=69)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Asl 9 il programma di screening dei tumori del colon-retto al momento dell'effettuazione delle interviste non era ancora stato avviato. Ciò giustifica il numero esiguo di soggetti che dichiarano di essersi sottoposto ai test di screening, eseguiti probabilmente su indicazione del medico curante. Anche le attività di promozione riferite dagli intervistati sono da ricondurre ad attività informative estranee al programma organizzato.

Inoltre il programma di screening dei tumori del colon-retto della Regione Piemonte, che nell'Asl 9 sarà avviato nel corso dell'anno 2009, prevede come test di screening la sigmoidoscopia effettuata a 58 anni e il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni per i soggetti di età compresa tra 59 e 70 anni, e individua la colonscopia come test di secondo livello. Pertanto la sezione dell'indagine PASSI relativa allo screening dei tumori del colon-retto non è attualmente in grado di esplorare correttamente l'attitudine della popolazione a sottoporsi ai test consigliati.

Anche nel resto del Piemonte i programmi di offerta attiva sono in fase di implementazione. Ciò giustifica la ancora scarsa diffusione su tutto il territorio regionale dei test di screening dei tumori coloretali.

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per l'ASL di Ivrea, la Regione Piemonte e il Pool di ASL nazionale:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL di Ivrea 2007	90,3	9,7	7,9	1,8	98,8
ASL di Ivrea 2008	96,7	3,3	1,6	1,6	99,2
Regione Piemonte 2007	82,5	17,5	12,9	4,6	95,6
Pool ASL 2007	85	15	11	4,1	95,3

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

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano.
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nei comuni della ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- **Non eleggibilità:** le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè non residente nella ASL, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non a conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni diversi della settimana).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non voglia essere intervistata, per cui deve essere registrata come "rifiuta l'intervista" e sostituita.
- **Senza telefono rintracciabile:** di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili; devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato di popolazione (per sesso e classe di età).

• **Tasso di risposta**

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

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RR1 = \frac{n \text{ intervistati}}{(n \text{ intervistati} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \cdot 100$$

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

• **Tasso di sostituzione**

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

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

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

• **Tasso di rifiuto**

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

$$REF1 = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ intervistati} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \cdot 100$$

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

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

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

• **Tasso di non reperibilità**

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

$$NR = \frac{\text{non reperibili}}{n \text{ int} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \cdot 100$$

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

- **Tasso di eleggibilità "e"**

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

$$e = \frac{n_{\text{non reperibili}} + n_{\text{senza telefono rintracciabile}}}{n_{\text{non reperibili}} + n_{\text{senza telefono rintracciabile}} + n_{\text{eleggibili}}} \cdot 100$$

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

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato all'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 per l'ASL di Ivrea e la Regione Piemonte è presentata nella tabella seguente:

Motivi di non eleggibilità	ASL Ivrea 2007	ASL Ivrea 2008	Piemonte
È senza telefono	/	/	74%
Residente o domiciliato stabilmente altrove	50%	100%	15,3%
Istituzionalizzato*	/	/	2,4%
Deceduto	50%	/	1,1%
Non conoscenza lingua italiana	/	/	2,4%
Grave disabilità psico/fisica	/	/	4,8%

* (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)

- **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 per l'ASL di Ivrea e la Regione Piemonte è presentata nella tabella seguente:

Modalità di reperimento del numero telefonico	ASL Ivrea 2007	ASL Ivrea 2008	Piemonte
Gia' presente (anagrafe sanitaria)	54%	56,9%	47,5%
Pagine Bianche	12,4%	15,3%	16,8%
MMG	8,8%	3,8%	3,1%
Anagrafe comunale	1,8%	1,4%	3,1%
Altre fonti aziendali	15%	9,1%	23%
Parenti, vicini, ecc.	7,1%	8,1%	4,9%
Riferito dall'intervistato stesso	0,9%	5,3%	1,6%

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

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

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste per l'ASL di Ivrea e la Regione Piemonte è presentata nella tabella seguente:

Distribuzione oraria delle interviste	ASL Ivrea 2007	ASL Ivrea 2008	Piemonte
7-13	25,5%	23,5%	31,3%
13-15	19,5%	16,4%	20,6%
15-19	30,9%	40,3%	27,3%
19-20	8,1%	10,1%	7,2%
20 e oltre	16,1%	9,7%	13,8%

Distribuzione settimanale delle interviste	ASL Ivrea 2007	ASL Ivrea 2008	Piemonte
Feriale	89,3%	94,9%	92,8%
Sabato	4,0%	4,6%	3,6%
Festivo	6,7%	0,4%	1,1%

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=](http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano)
17. vuoto&lingua=italiano; ultima consultazione 30/08/2007.

18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atalanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
22. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S–5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
27. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai–Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community–based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;3:1–2.
32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI. 2007;3:3–4. Rapporti ISTISAN 07/30
33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7–8.
34. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR–13).
38. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettagliInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingu=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007

39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE – Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) – Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083–93.
42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79–85.
43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235–9.
44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionalescreening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf; 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.osservatorionazionalescreening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo> www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
53. 16. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore della mammella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
54. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
55. Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.

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

all'indirizzo:http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf;
 ultima consultazione:30/08/2007.

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

94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. Eur J Public Health 2004;14:94–100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. BMJ 2004;328:947–9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). L'epidemia del fumo in Italia. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1–11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, Zuccaro P. I giovani e il fumo. Indagine Doxa 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio "PASSI". 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 an Italian community sample using clinical interviewers. Psychother Psychosom 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. Psychother Psychosom 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.

126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749–56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
133. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411–22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
142. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
143. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate and high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
144. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta–analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518–27.
145. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost–benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655–63.
146. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
149. Fateh–Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS.* 19(9):i–ii.

150. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003–2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
151. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600–8.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine. *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
153. Horstmann DM, Schluenderberg 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. Carrozzini G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii–iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
164. Centers for Disease Control and Prevention. Health Related Quality of Life. HRQOL. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>; ultima consultazione: 28/01/2007.
165. CDC. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
166. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665–72.

167. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111–35.
168. Ounpuu S, Kreuger P, Vermeulen M, Chambers L. Using the U.S. Behavior Risk Factor Surveillance System health-related quality of life survey tool in a Canadian city. *Can J Public Health* 2000;91:67–72.
169. Schechter S, Beatty P, Willis GB. Asking survey respondents about health status: judgement and response issues. In: Schwarz N, Park DC, Knäuper B, Sudman S (Ed.). *Cognition, aging, and self-reports*. Philadelphia, Pennsylvania: Psychology Press, 1998.
170. Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema di indagini sociali multiscopo. *Famiglia e società. Metodi e norme* 2006;31. CDC. State differences in reported healthy days among adults—United States, 1993–1996. *MMWR* 1998;47:239–43. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. *Am J Public Health* (in press).
171. Scafato E, Ghirini S, Russo R. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998–2001). Roma: ISS, Osservatorio Nazionale Alcol – OssFAD; 2004.