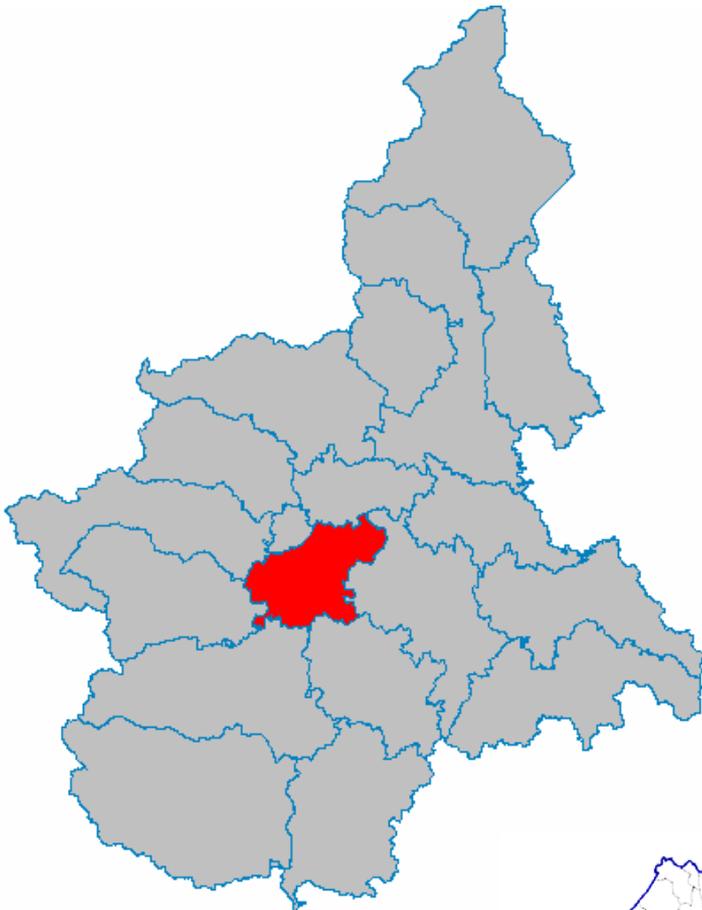


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale giugno 2007 – marzo 2008

ASL TO 5



A cura di:

dr. Giuseppe Valenza, Dr.ssa Margherita Gulino, CPSE Paolo Castagno, Dr.ssa Elisabetta Versino

Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

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

- a livello aziendale:

Elaborazione a cura del Gruppo di lavoro:

- 📄 *Dott. Giuseppe Valenza* – Coordinatore Passi Direttore S.C. Igiene e Sanità Pubblica asl TO 5
- 📄 *Dott. ssa Margherita Gulino* – Referente epidemiologa per i Profili e Piani di Salute (PePS) - S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione Asl TO 5
- 📄 *CPSE Infermiere Paolo Castagno* – Infermiere Coordinatore S.C. Igiene e Sanità Pubblica Asl To 5
- 📄 *Prof.ssa Elisabetta Versino* – Ricercatore – Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia – Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga – Università degli Studi di Torino

Coordinamento e interviste a cura di

Coordinatore: dr. Giuseppe Valenza; Intervistatori: Lodovica Boscolo, Renata Brotto, Paolo Castagno, Dellavalle Giovanna, Marisa Gentile, Laura Ponte

Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL, i Medici di Medicina Generale per la collaborazione fornita.

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

INDICE

Premessa	pag. 4
Confronto tra rapporto aziendale e regionale	pag. 7
Obiettivi dello Studio Passi	pag. 11
Metodi	pag. 14
Descrizione del campione aziendale	pag. 17
Percezione dello stato di salute	pag. 22
Attività fisica	pag. 25
Abitudine al fumo	pag. 29
Situazione nutrizionale	pag. 36
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag. 43
Consumo di alcol	pag. 46
Sicurezza stradale	pag. 52
Infortuni domestici	pag. 56
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 61
Vaccinazione antirosolia	pag. 65
Rischio cardiovascolare	pag. 69
Sintomi di depressione	pag. 83
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag. 87
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag. 94
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag. 103
Riepilogo delle conclusioni	pag. 110
Appendice	pag. 115
Bibliografia	pag. 131

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

Studio PASSI – ASL TO5

Lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviato due anni fa come sperimentazione di alcuni metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, è oggi il punto di partenza per un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni che vuole mettere a regime una sorveglianza di popolazione in tutte le Regioni e Aziende sanitarie locali del Paese. Si tratta di un'iniziativa originale non solo per l'Italia, ma anche per l'Europa: solo la Finlandia, infatti, realizza da qualche anno una sorveglianza di popolazione. In particolare, questa iniziativa nasce in Italia con una peculiarità unica: tarare questo strumento di sorveglianza soprattutto per un utilizzo dei dati a livello locale da parte delle Asl e delle Regioni.

Il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità, sta avviando un progetto di due anni che vedrà le Asl in prima linea nella sperimentazione e messa a regime di una sorveglianza di popolazione: l'obiettivo è costruire uno strumento utile per migliorare nei prossimi anni l'impatto e l'efficacia del nostro sistema di salute sulle malattie croniche.

Il contesto politico e strategico

Passi si inserisce nel cuore delle attività politiche e sanitarie intraprese in Italia per promuovere la prevenzione: l'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta. Nel 2005, un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità ha confermato che le patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza costante all'aumento anche dei relativi costi diretti e indiretti, che erodono in media il 77% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione europea.

Lo Stato italiano e le Regioni, nell'accordo del 6 aprile 2004, si sono impegnati a portare avanti la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e delle neoplasie (attraverso programmi di screening). Il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, definito nell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, e il contrasto all'obesità. L'accordo Stato-Regioni del 2002, individuando nei Dipartimenti di prevenzione una risorsa strategica delle Aziende sanitarie, indica la necessità di effettuare il monitoraggio degli obiettivi di salute. Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ribadisce che la prevenzione dei rischi per la salute si realizza anche attraverso la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del sistema sanitario. Più precisamente, sottolinea la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali. Il documento cita esplicitamente come importante esperienza a cui fare riferimento lo studio Passi, effettuato nel 2005 da Cnesps e Regioni, su incarico del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (Ccm).

Alla fine del 2004 il Ccm, insieme alle Regioni appartenenti alla Commissione “Mattoni” per il nuovo sistema sanitario, hanno dato l’incarico al Cnesps di testare in alcune Asl metodi e procedure per la sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione che coinvolgesse tutte le Regioni e le Asl del Paese, che consentisse di stimare l’evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, dieta, ecc) e la diffusione delle misure e interventi di prevenzione.

Confronto tra Rapporto Aziendale e Regionale

Quali sono i risultati principali?

PASSI ASL TO5 luglio 2007 – marzo 2008	PASSI Regionale 2007
<p>Descrizione del campione aziendale Nell'ASL TO5 è stato intervistato un campione casuale di 191 persone, di età compresa tra 18 e 69 anni, nel periodo luglio 2007-marzo 2008, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie dell'ASL. Il 50% degli intervistati è rappresentato da donne e il 50% da uomini. L'età media è di 44 anni. Poco meno della metà (48%) ha un livello di istruzione alto e il 72% riferisce un lavoro regolare.</p>	<p>Descrizione del campione regionale In Regione Piemonte nel 2007 è stato intervistato un campione casuale di 3.262 persone, selezionato dalla lista delle anagrafi sanitarie delle ASL. Il campione risulta ugualmente suddiviso tra uomini e donne, con età media di 44 anni. Più della metà ha un livello di istruzione alto e il 70% dichiara di avere un lavoro regolare.</p>
<p>Percezione dello stato di salute Il 96% degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, mentre questa condizione riguarda soltanto il 31% dei soggetti con almeno una patologia severa. La percezione positiva del proprio stato di salute risulta associata anche ad età, genere, istruzione ed alla condizione di non soffrire di patologie severe (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie).</p>	<p>Percezione dello stato di salute Oltre due terzi (67%) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, mentre questa condizione riguarda solo il 38% dei soggetti con almeno una patologia severa. La percezione positiva del proprio stato di salute risulta associata anche ad età, istruzione e difficoltà economiche.</p>
<p>Attività fisica È completamente sedentario il 29% del campione e solo il 37% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Circa un quinto (20%) dei sedentari ritiene di fare sufficiente attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta dai propri pazienti in un terzo dei casi (30%) e la consigliano genericamente in meno di un terzo dei casi (27%).</p>	<p>Attività fisica È completamente sedentario il 23% del campione e solo il 35% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Circa un terzo (31%) dei sedentari ritiene di fare sufficiente attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta e la consigliano solo ad un terzo dei propri pazienti.</p>
<p>Abitudine al fumo Il 28% degli intervistati si dichiara fumatore e il 20% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori (93%) hanno smesso di fumare da soli e nessuno dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 71% delle persone intervistate ritiene che il divieto sul fumo viene sempre rispettato sul luogo di lavoro; mentre soltanto il 65% degli intervistati riferisce che tale divieto è sempre rispettato nei luoghi pubblici. Non è consentito fumare nelle case del 75% degli intervistati, mentre il 25% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (4%) o in "alcuni luoghi" (20%).</p>	<p>Abitudine al fumo Il 28% degli intervistati si dichiara fumatore e il 21% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori (95%) hanno smesso di fumare da soli e il 40% dei fumatori ha cercato inutilmente di smettere di fumare nell'ultimo anno. Oltre il 70% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare sia sempre rispettato sul luogo di lavoro e nei locali pubblici. Non è consentito fumare nelle case di oltre l'80% dei non fumatori, ma neppure in quasi la metà delle case dei fumatori.</p>

PASSI ASL TO5 luglio 2007- marzo 2008	PASSI Regionale 2007
<p><i>Situazione nutrizionale e abitudini alimentari</i></p> <p>Il 33% del campione è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 6%. L'eccesso ponderale è trattato nel 36% dei casi con dieta e nel 68% con la pratica di un'attività fisica almeno moderata.</p> <p>Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se più di un terzo (39%) degli intervistati ne consuma soltanto 2 porzioni al giorno, mentre quasi la metà (45%) ne consuma da 3-4 porzioni e soltanto il 13% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone 5 o più porzioni al giorno.</p>	<p><i>Situazione nutrizionale e abitudini alimentari</i></p> <p>Il 30% del campione piemontese è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. L'eccesso ponderale è trattato nel 25% dei casi con dieta e nel 70% con la pratica di attività fisica almeno moderata.</p> <p>Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumarne cinque porzioni al giorno, mentre quasi la metà (45%) non ne consuma più di due.</p>
<p><i>Consumo di alcol</i></p> <p>Si stima che più della metà (62%) della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 19% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 9% beve fuori pasto, il 7% è bevitore "binge" e l'7% è forte bevitore). Per quanto riguarda i bevitori, gli operatori sanitari si informano solo raramente in 1 caso su 18 sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol, ma consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in 2 casi su 18.</p>	<p><i>Consumo di alcol</i></p> <p>Il 68% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 19% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 10% beve fuori pasto, l'8% è bevitore "binge" e il 5% è forte bevitore). Per quanto riguarda i bevitori, gli operatori sanitari si informano in 2 casi su 10 sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol, ma consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in meno di 1 caso su 10.</p>
<p><i>Sicurezza stradale</i></p> <p>L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: il 92% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 27% degli intervistati. Il 15% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.</p>	<p><i>Sicurezza stradale</i></p> <p>L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: il 92% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 28% degli intervistati. Il 15% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.</p>

PASSI ASL TO5 luglio 2007- marzo 2008	PASSI Regionale 2007
<p>Infortunati domestici Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in ASL TO5 non è elevata: il 93% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Un terzo degli intervistati (31%) ha ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici, principalmente da mass media e opuscoli, scarsamente da medici o altri operatori sanitari. Tra i soggetti informati, il 32% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.</p>	<p>Infortunati domestici Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Piemonte è scarsa: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Meno di un terzo degli intervistati (27%) ha ricevuto, principalmente da mass media e opuscoli, informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Tra i soggetti informati, il 27% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.</p>
<p>Vaccinazione antinfluenzale In media, solo il 25% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.</p>	<p>Vaccinazione antinfluenzale Solo il 24% degli intervistati tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinato lo scorso anno.</p>
<p>Vaccinazione antirosolia La metà delle donne intervistate tra 18 e 49 anni è immune alla rosolia, mentre il restante 50% non conosce il proprio stato immunitario, facendo pertanto ritenere che il numero di donne suscettibili è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita.</p>	<p>Vaccinazione antirosolia Oltre la metà delle donne tra 18 e 49 anni è immune alla rosolia, ma 4 donne su 10 non conoscono il proprio stato immunitario, facendo pertanto ritenere che il numero di donne suscettibili sia ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita.</p>
<p>Rischio cardiovascolare Si stima che l'8% della popolazione dell'ASL TO5 tra i 18 e 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa o non si ricorda. Tra coloro che l'hanno misurata più di un quinto (23%) riferisce di essere iperteso ed il 73% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (28%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. Tra coloro che hanno effettuato la misurazione del colesterolo, più di un quinto (23%) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 22% dichiara di essere in trattamento farmacologico. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 6% degli intervistati ultratrentacinquenni (35-69 anni) riferisce che il proprio medico ha valutato il rischio cardiovascolare attraverso l'uso del "punteggio" o della "carta del rischio".</p>	<p>Rischio cardiovascolare Si stima che l'8% 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 71% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (26%) dichiara di non aver mai controllato il colesterolo. Tra coloro che hanno effettuato la misurazione del colesterolo circa un quarto (26%) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi ultimi, il 24% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Solo il 4% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare attraverso l'uso del "punteggio" o della "carta del rischio".</p>

PASSI ASL TO5 luglio 2007- marzo 2008	PASSI Regionale 2007
<p>Sintomi di depressione Nell'ASL TO5, il 12% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. La metà di coloro che riferiscono sintomi di depressione, per questi problemi non chiede l'aiuto di nessuno.</p>	<p>Sintomi di depressione In Piemonte l'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne, le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. Quasi la metà di coloro che riferiscono sintomi di depressione, per questi problemi non chiede l'aiuto di nessuno.</p>
<p>Screening neoplasia del collo dell'utero Nell'ASL TO5 il 79% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap-test preventivo negli ultimi tre anni come raccomandato dalle linee guida nazionali, ma l'11% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. Ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria è il principale motivo riferito per non effettuare il Pap-test nei tempi previsti dal programma di screening.</p>	<p>Screening neoplasia del collo dell'utero In Piemonte l'80% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap-test negli ultimi tre anni, ma l'11% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. Ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria è il principale motivo riferito per non effettuare il Pap-test nei tempi previsti dal programma di screening.</p>
<p>Screening neoplasia della mammella Il 66% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva negli ultimi due anni come raccomandato dalle linee guida nazionali; mentre il 26% l'ha eseguita oltre due anni e il 9% delle donne non l'ha mai fatta nel corso della sua vita. Il principale motivo della non effettuazione di tale esame riferito dalle donne è "non so, non ricordo"ricordato.</p>	<p>Screening neoplasia della mammella Il 70% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva; anche in questo caso però l'11% non ne ha mai fatta una nel corso della sua vita e la principale motivazione consiste nel ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria.</p>
<p>Screening tumore del colon retto Nell'ASL TO5 soltanto il 13% degli ultracinquantenni (50-69 anni) ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon-retto in accordo con le linee guida nazionali, di cui il 10% riferisce di aver eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e il 3% di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni.</p>	<p>Screening tumore del colon retto In Piemonte il programma organizzato di screening per il tumore del colon retto è di recente attivazione ed è ancora in fase di implementazione. Per scopo preventivo, solo il 9% degli ultracinquantenni riferisce di avere eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e l'8% una flessosigmoidoscopia o una colonscopia.</p>

Obiettivi dello Studio PASSI

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione dell'Asl To 5 di età compresa fra i 18 e i 69 anni relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. *Aspetti socio-demografici*

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

2. *Salute e qualità di vita percepita*

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

3. *Attività fisica*

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

4. *Abitudine al fumo*

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

5. *Stato nutrizionale e abitudini alimentari*

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica)

- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

6. *Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura*

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

7. *Consumo di alcol*

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

8. *Sicurezza stradale*

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

9. *Infortuni domestici*

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

10. *Vaccinazione antinfluenzale*

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

11. *Vaccinazione antirosolia*

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

12. *Fattori di rischio cardiovascolare*

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

13. *Diagnosi precoci delle neoplasie*

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap-test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per il Pap-test e 3 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap-test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.

14. *Sintomi di depressione*

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e 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 TO5, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 208.037 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.

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 191 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. L'Asl To5 ha provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati dell'avvio dello Studio Passi.

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 del Dipartimento di Igiene e 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. La durata prevista per l'intervista telefonica prevedeva una media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

In alcuni casi, vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato dell'Asl TO5 con quelli della Regione Piemonte e delle 22 ex ASL, introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

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

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy. (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali). È stata chiesta una valutazione sul sistema PASSI da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico. La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi

portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 208.037 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL TO5 (1), di cui il 51% di sesso femminile. Sono state intervistate 191 persone in età 18-69 anni nel periodo luglio 2007 – marzo 2008, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria.

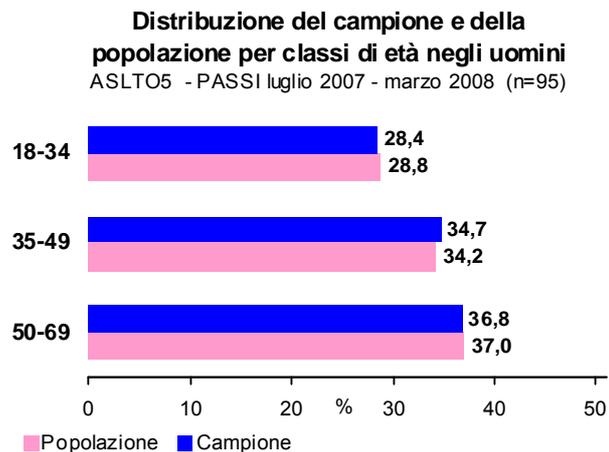
Nel periodo luglio 2007 – Marzo 2008 rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'81% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente (tasso di risposta¹); il tasso di sostituzione² è stato quindi del 19% con un tasso di rifiuto³ del 13%.

Ulteriori informazioni sul campione in studio e sulle strategie di campionamento sono riportate nel capitolo "Metodi", mentre altri indicatori di monitoraggio della sorveglianza sono illustrati nell'appendice "Monitoraggio luglio – dicembre 2007".

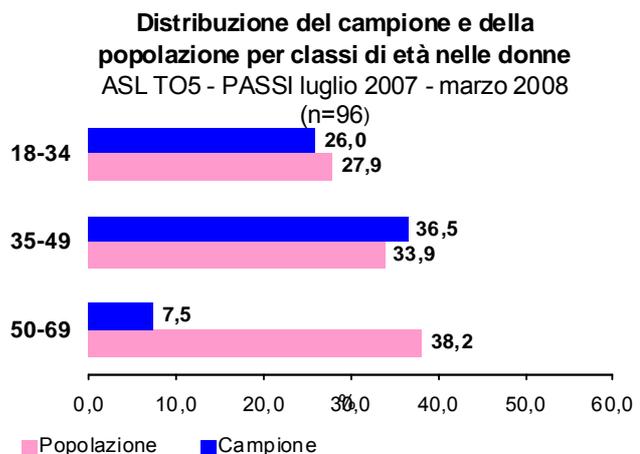
Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- Nella ASLTO5 il 50% del campione intervistato (191 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 27% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 36% in quella 35-49 e il 37% in quella 50-69.



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



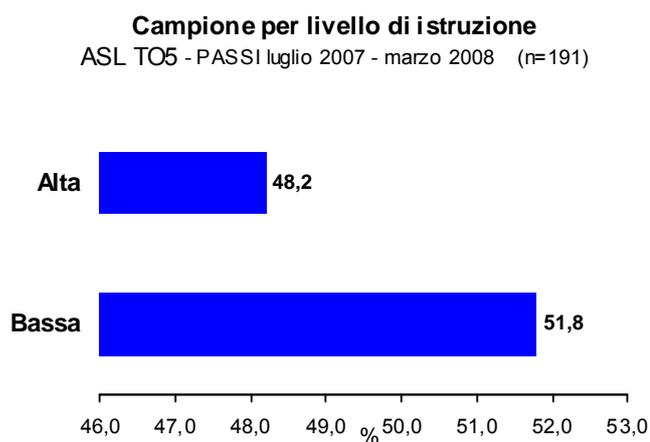
¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

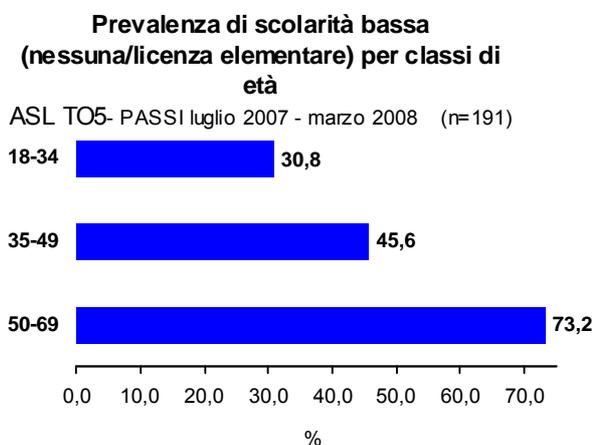
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

- Nella ASL TO5 il 48% del campione ha un titolo di studio alto, il 52% basso. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.

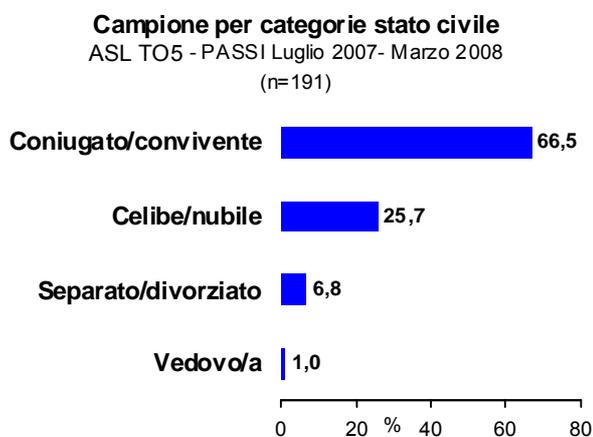


•



Lo stato civile

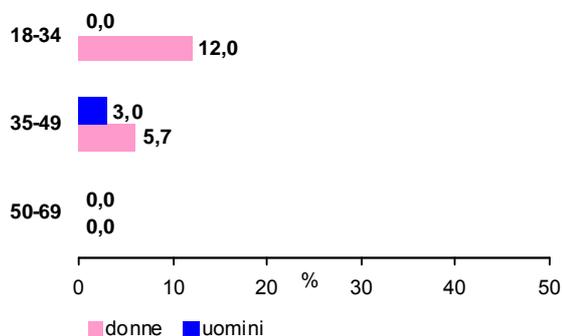
- Nella ASL TO5 i coniugati/conviventi rappresentano il 67% del campione, i celibi/nubili il 27%, i separati/divorziati il 7% ed i vedovi/e il 1%.



Cittadinanza

- Nella ASL TO5 il 97% del campione intervistato è italiano, il 3% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle donne delle classi di età più giovani. 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 TO5 - PASSI luglio 2007 - marzo 2008

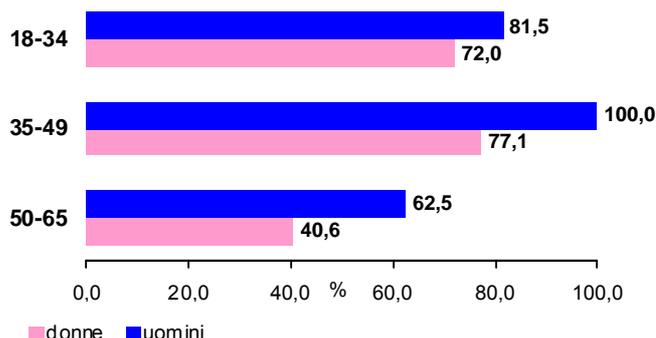


Il lavoro

- Nella ASL TO5 il 72% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (63% contro 82%). Gli intervistati ultra 50enni riferiscono in minor percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto le donne. Le differenze di occupazione per classe di età risultano statisticamente significative, inoltre risulta statisticamente significativa la differenza tra uomini donne nella fascia d'età intermedia

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 - marzo 2008

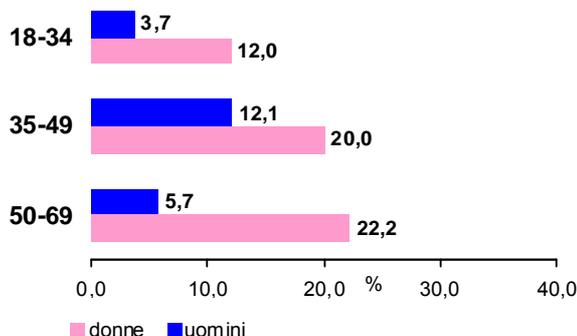


Difficoltà economiche

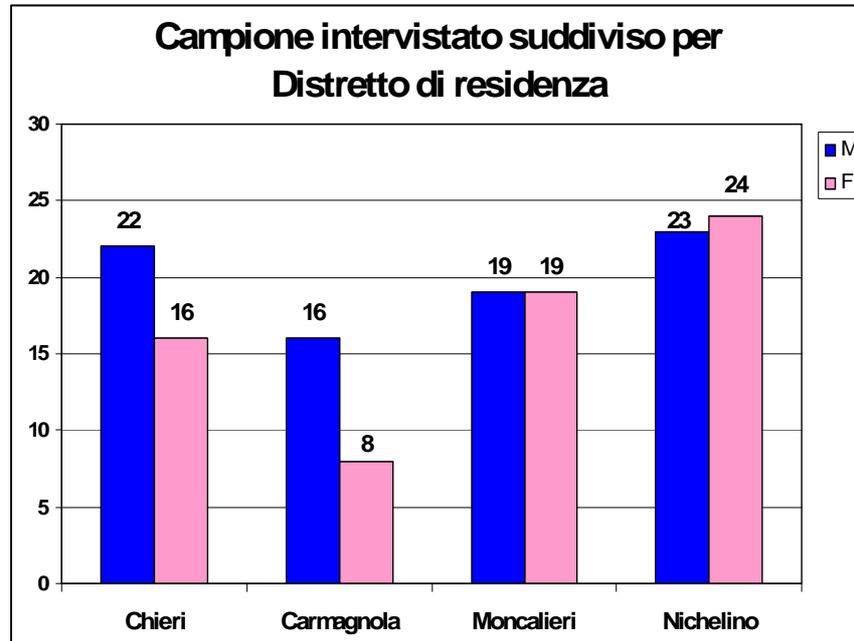
- Nella ASL TO5 il 13% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, 48% qualche difficoltà, il 38% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (19 contro 7%), soprattutto nelle classi d'età 35-49 e 50-69. Le differenze per classi di età e per sesso non raggiungono tuttavia la significatività statistica.

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

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 - marzo 2008 (n=191)



***Intervistati suddivisi per distretto di residenza
luglio – dicembre 2007 (N=147)***



Conclusioni

Il campione nella ASL TO5 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

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

Percezione dello stato di salute

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

In Piemonte, nel 1999, il 63% degli uomini e il 53% delle donne piemontesi dichiara di avere una buona salute.

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Stato di salute percepito positivamente*
ASLTO5- PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)

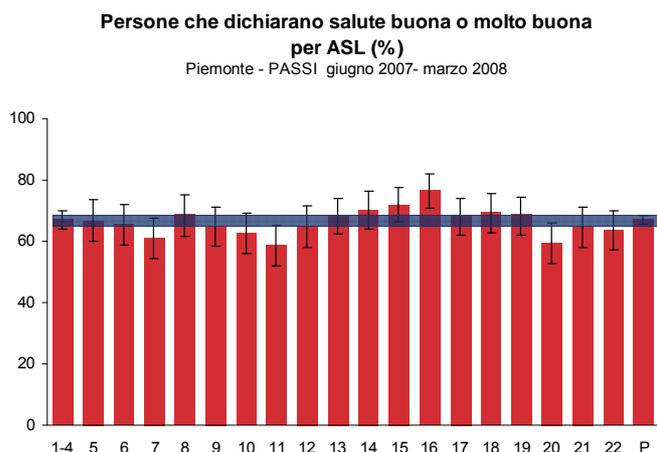
Caratteristiche	% (N)
Totale	68,6 (131) (IC95%: 61,5-75,1)
Età	
18 - 34	94,2 (49)
35 - 49	67,6 (46)
50 - 69	50,7 (36)
Sesso	
uomini	76,8 (73)
donne	60,4 (58)
Istruzione	
bassa	50,5 (50)
alta	88,0 (81)
Difficoltà economiche**	
sì	64,1 (75)
no	75,7 (56)
Patologia severa***	
presente	30,6 (11)
assente	77,4 (120)

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

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

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

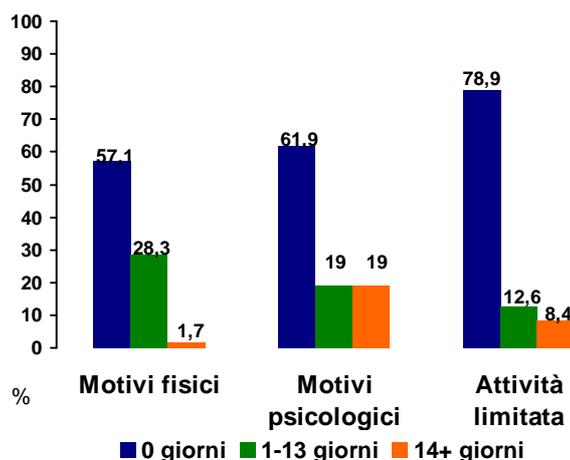
- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range dal 59% dell'ASL11 al 77% di dell'ASL 16).



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

- Nella ASLTO5 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (57% - n=109 in buona salute fisica, 62% - n=117 in buona salute psicologica e 79% - n=150 senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese 28 intervistati (15%) ha avuto cattiva salute per motivi fisici, 36 (19%) per motivi psicologici e 16 (8%) non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)



Giorni in cattiva salute percepita
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)

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

- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 5, per motivi psicologici è circa 6, mentre le attività abituali sono limitate per quasi 3 giorni al mese.
- Le donne dichiarano il doppio di giorni in cattiva salute degli uomini, sia per motivi fisici sia psicologici. Entrambi i dati sono statisticamente significativi.

Conclusioni e raccomandazioni

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

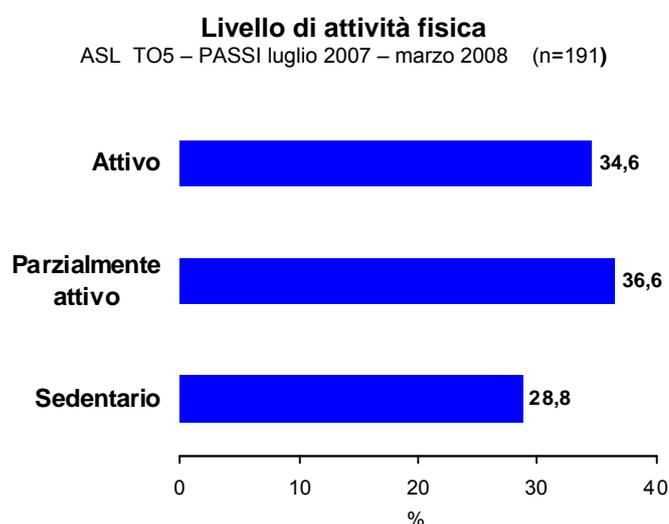
Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, esso oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

Il 30% della popolazione piemontese pratica attività fisica. Si rileva negli ultimi 10 anni in Piemonte un aumento nella percentuale di persone che si dedica alla pratica di attività fisica. La pratica di attività fisica è più frequente nella popolazione con titolo di studio elevato.

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL TO5 il 35% (n=66) delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 37% (n=70) non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 29% (n=55) è completamente sedentario.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

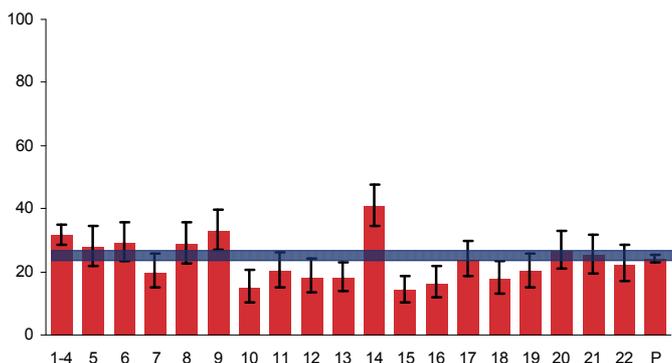
- Nella ASL TO5 non sono emerse differenze statisticamente significative tra persone con differente livello di istruzione.
- I sedentari sono i meno giovani delle classi di età 35-49 e 50-69; tale dato è statisticamente significativo; le donne e le persone con difficoltà economiche, questi ultimi dati sono statisticamente significativi.

Sedentari	
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)	
Caratteristiche	% (n)
Totale	28,8 (55) (IC95%: 22,5-35,8)
Classi di età	
18 - 34	13,5 (7)
35 - 49	38,2 (26)
50 - 69	31 (22)
Sesso	
uomini	22,1 (21)
donne	35,4(34)
Istruzione*	
bassa	29,3 (29)
alta	28,3 (26)
Difficoltà economiche	
sì	34,2 (40)
no	20,3 (15)

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

- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica, eccetto che per l'ASL14, la quale si discosta dal valore regionale (range dal 14% dell'ASL15 al 41% di dell'ASL 14).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 28% della popolazione è sedentario.

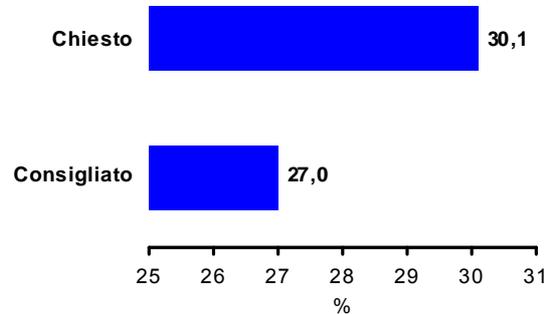
Sedentari per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ASL TO5 solo il 30% (n=47) 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 27% (n=41) dei casi.

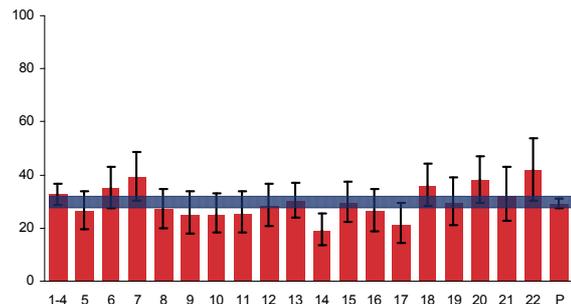
Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ASL TO5 – PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=156)



Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica (range dal 19% dell'ASL14 al 42% dell'ASL 22).

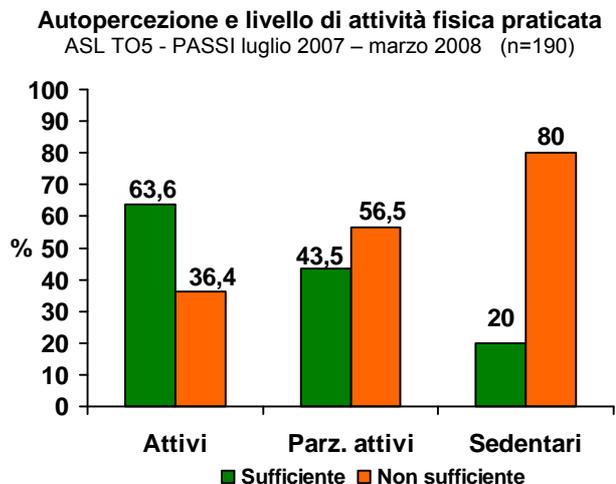
Persone consigliate dal medico di fare attività fisica per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nell'ASL TO5, 11 persone sedentarie (20%) percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente, tale dato è statisticamente significativo.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL TO5 il 35% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 29% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La letteratura scientifica suggerisce che la sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane, le donne e le persone con difficoltà economiche.

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

In meno di 1/3 dei casi i medici dell'ASL TO5 si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

Tuttavia l'attività degli operatori sanitari dovrebbe integrarsi con politiche di promozione della salute che tengano presente che:

- l'efficacia è maggiore quanto più i programmi sono coordinati: l'incoraggiamento dell'attività fisica, correlato al controllo delle abitudini alimentari e all'astensione dal fumo di sigaretta;
- le azioni dovrebbero essere volte alla riduzione degli ostacoli, agendo sia sull'individuo sia sugli ambienti di vita.

L'abitudine al fumo



Il fumo di sigaretta è un importante fattore di rischio per patologie tumorali, circolatorie e respiratorie. In Piemonte, tra la popolazione ultra quattordicenne, i fumatori sono circa 940.000, il 29,6% degli uomini e il 16,8% delle donne (anno 2000), percentuali leggermente inferiori a quelle medie italiane. Non si osservano invece differenze nel numero medio di sigarette fumate giornalmente (16,5 tra gli uomini italiani e 16,1 tra gli uomini piemontesi, 11,9 tra le donne sia italiane che piemontesi). Dal 1980 l'abitudine al fumo ha subito una riduzione del 40% tra gli uomini e un lieve aumento, del 9%, tra le donne. Tra i giovani (15-29 anni) fuma il 33,9% degli uomini ed il 19,6% delle donne. In entrambi i sessi la frequenza più elevata di fumatori si rileva nella fascia di età tra i 30 e i 44 anni. L'abitudine al fumo è associata al livello di istruzione, ma con andamenti diversi nei due sessi: negli uomini la prevalenza aumenta al decrescere del titolo di studio, mentre tra le donne il fenomeno è differente in base alle classi di età: tra le giovani la prevalenza ha un andamento inversamente proporzionale al titolo di studio mentre tra le anziane sono le più istruite a fumare di più. Questo andamento si ripresenta anche nelle generazioni successive: i figli di persone meno istruite sono quelli che iniziano a fumare più giovani ed il fenomeno è tanto più marcato nel caso in cui entrambi i genitori siano fumatori.

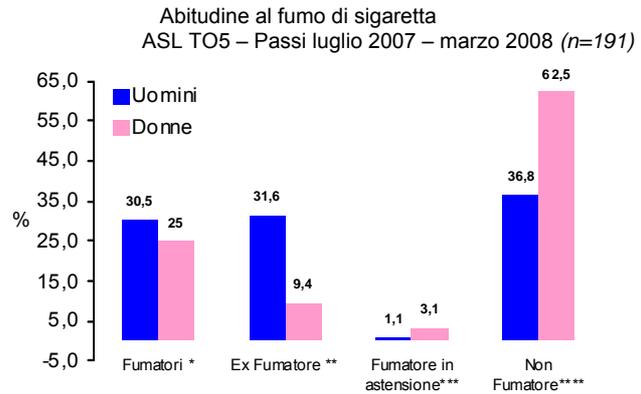
Il fumo è dunque un rilevante problema di Sanità Pubblica, contrastabile con interventi efficaci.

Esistono consistenti prove di efficacia:

- degli interventi clinici (nel rapporto medico-paziente e nei servizi sanitari) per la identificazione e il trattamento della abitudine al fumo;
- degli interventi comunitari per la riduzione dell'esposizione al fumo passivo (legge Sirchia);
- degli interventi comunitari per la riduzione dell'inizio della abitudine al fumo tra i pre-adolescenti e gli adolescenti;
- degli interventi comunitari per l'incremento della disassuefazione al fumo di tabacco.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL TO5 i fumatori sono pari al 28% (n=53), gli ex fumatori al 20% (n=39), e i non fumatori al 50% (n=95). A questi si aggiungono 4 persone (2%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- Tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (63% - n=60 versus 37%-n=35).

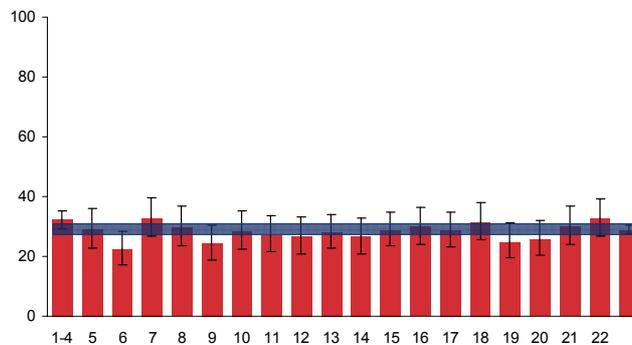


*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno
 **Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e
 ***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi
 ****Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 23% della ASL 6 al 33% della ASL 7).

Persone che fumano per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

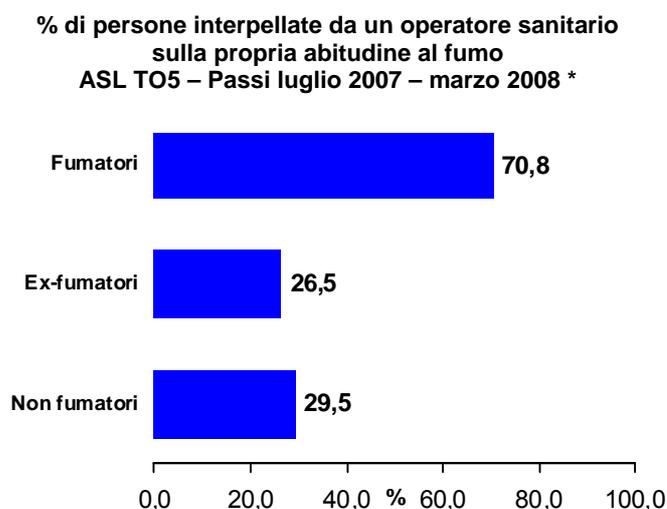
- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini e tra persone con difficoltà economiche, tuttavia solo il dato relativo all'età è statisticamente significativo
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 14 sigarette al giorno. Tra loro, il numero minimo di sigarette fumate è 2, il numero massimo 50 ed il 14% dei fumatori fuma più di 20 sigarette al dì (forte fumatore)

Fumatori	
<i>ASL TO5 Passi luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)</i>	
Caratteristiche demografiche	Fumatori* % (N)
Totale	29,8 (57) (IC95%: 23,5-36,9)
Età, anni	
18 - 34	42,3 (22)
35 - 49	29,4 (20)
50 - 69	21,1 (15)
Sesso	
Maschi	31,6 (30)
Femmine	28,1 (27)
Istruzione**	
bassa	28,3 (28)
alta	31,5 (29)
Difficoltà economiche	
si	35,0 (41)
no	21,6 (16)

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

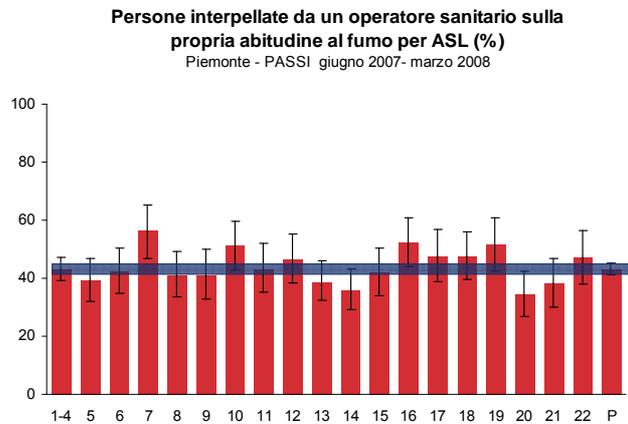
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più di un intervistato su tre (41% n=66) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferiscono di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben 34 fumatori (71%) 9 ex fumatori (27%) e 23 non fumatori (30%).



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 160)

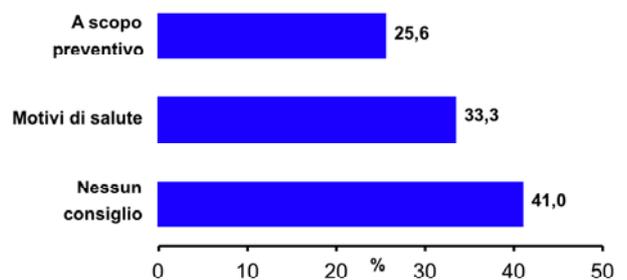
- Tra le ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate è più alta nelle ASL7 (56%), con un range dal 34% al 56%.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% degli intervistati.



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

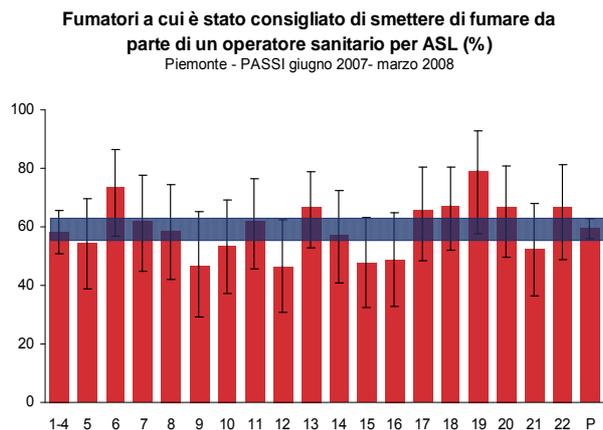
- Tra i 39 fumatori, soltanto 23 (59%) soggetti che sono stati dal medico ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- Dei 23 intervistati che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte del medico, a 13 di loro è stato dato prevalentemente per motivi di salute (33%).
- Tra i fumatori, 16 (41%) dichiarano 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 TO5 Passi luglio 2007 – marzo 2008 *



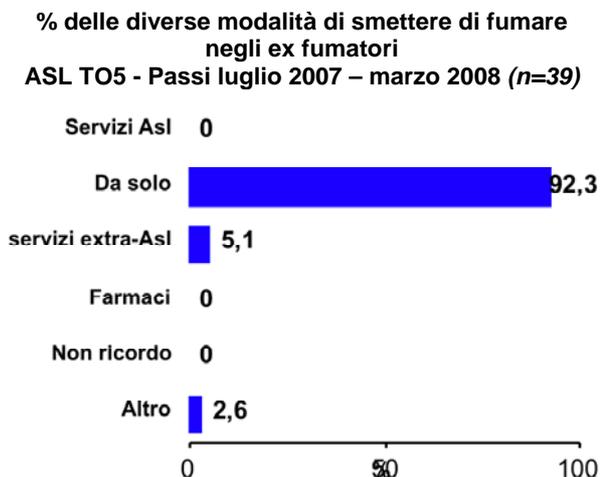
* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 39)

- Nelle ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 46% della ASL 12 al 79% della ASL 19)



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

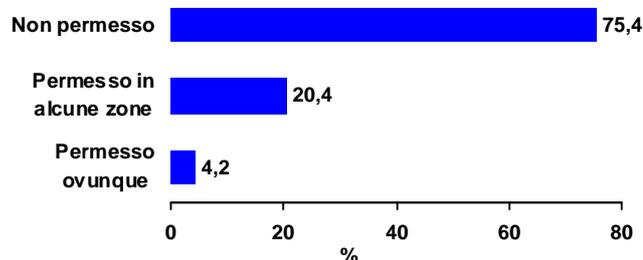
- Fra gli ex fumatori 36 (93%) hanno smesso di fumare da soli e nessuno riferisce di aver fruito di servizi ASL.
- Degli attuali 39 fumatori, soltanto 22 soggetti (42%) hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.
- Tra i 22 soggetti che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, ben 21 (96%) hanno tentato da soli.



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 75% (n=144) degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- Nel restante 25% (n=47) dei casi, 8 intervistati (4%) dichiarano che si può fumare ovunque, mentre 39 (20%) in alcuni luoghi od orari stabiliti.

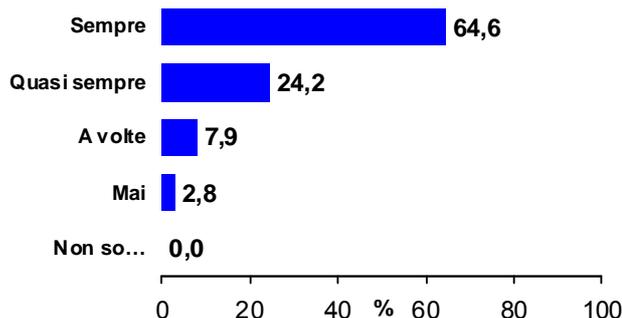
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ASL TO5 - Passi luglio 2007 – marzo 2008
(n=191)



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate riferiscono, nel 89% (n=158) dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Soltanto 19 intervistati (11%) dichiarano che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo
nei luoghi pubblici (n= 178 intervistati)
ASL TO5 - Passi luglio 2007 – marzo 2008*

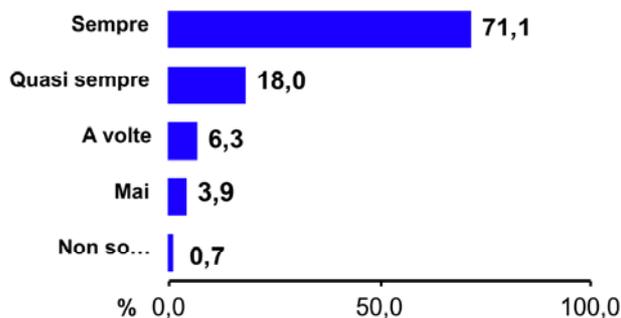


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

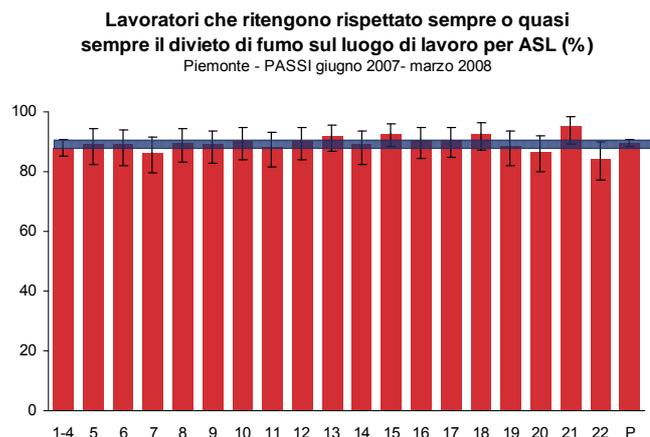
- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nell'89% (n=114) dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Soltanto 13 intervistati (10%) dichiarano che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo
sul luogo di lavoro (n= 128 lavoratori) *
ASL TO 5 - Passi, luglio 2007 – marzo 2008



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

- Nelle ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dal 84% della ASL 21 al 95% della ASL 22).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO5 si evidenzia un gruppo a rischio: i giovani adulti 18-34enni che contano più del 40% di fumatori .

Curiosamente non si rilevano differenze per lo stato sociale, in controtendenza rispetto ai dati regionali.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

In particolare diventano cruciali:

- Interventi di prevenzione primaria rivolti alla fascia giovanile;
- Interventi di cessazione dell'abitudine al fumo, in analogia con quanto proposto dalle Linee Guida regionali, che prevedono, tra l'altro, la valorizzazione dei centri antifumo.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Situazione nutrizionale



La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico – degenerative. Le prove dell'azione dannosa o protettiva delle abitudini alimentari correlate a malattie tumorali o cardiovascolari sono ormai consistenti e sono state tradotte in raccomandazioni alimentari pratiche.

In Piemonte le abitudini alimentari scorrette sono largamente diffuse (59% tra uomini 54% tra donne), soprattutto tra le persone meno istruite e di bassa classe sociale; esse inoltre risultano più frequenti nei comuni di montagna.

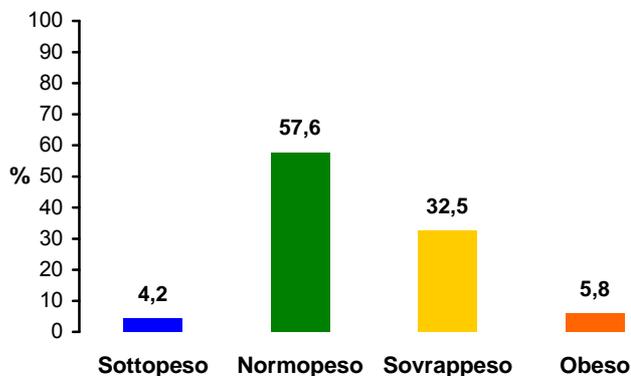
La prevalenza di persone sovrappeso (5,3% nelle donne 7,5% negli uomini) è lievemente inferiore a quella italiana nelle donne e comparabile rispetto alla stima nazionale negli uomini; essa è fortemente correlata con la bassa posizione sociale.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL TO5, la situazione nutrizionale riferita dagli intervistati risulta la seguente:
 - 8 intervistati (4%) in condizioni di sottopeso;
 - 110 intervistati (58%) in condizioni di normopeso;
 - 62 intervistati (33%) in condizioni di sovrappeso;
 - 11 intervistati (6%) in condizioni di obesità.
- Complessivamente si stima che il 38% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.

Situazione nutrizionale della popolazione
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)



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

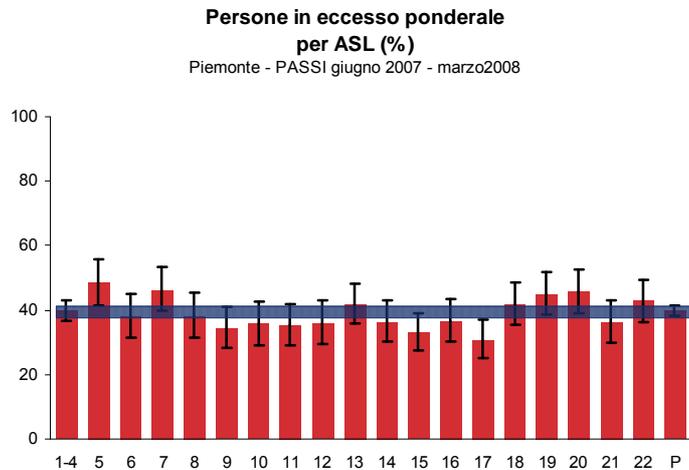
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età e con il sesso risultando maggiore negli uomini rispetto alle donne (49% vs 28%) e nelle persone con basso livello di istruzione, con differenze sempre statisticamente significative.
- Le difficoltà economiche invece non influenzano l'eccesso ponderale.

Eccesso ponderale
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=118)

Caratteristiche	Eccesso ponderale % (n)
Totale	38,2 (73) (31,3%-45,5%)
Classi di età	
18 - 34	23,1 (12)
35 - 49	36,8 (25)
50 - 69	49,3 (36)
Sesso	
uomini	48,4 (46)
donne	28,1 (27)
Istruzione*	
bassa	45,5 (45)
alta	30,4 (28)
Difficoltà economiche	
sì	36,8 (43)
no	40,5 (30)

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

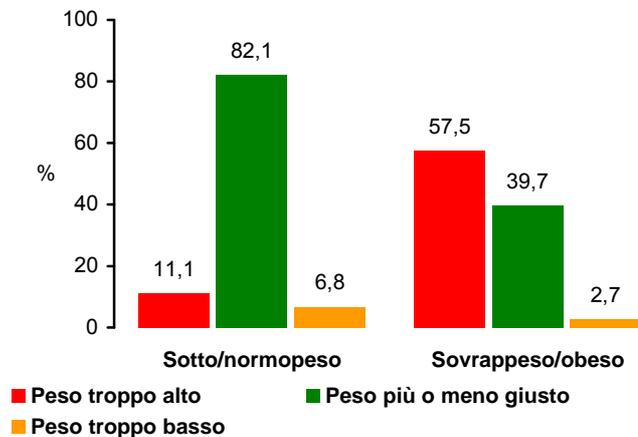
- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 31% dell'ASL17 al 49% dell'ASL 5).



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ASL TO5 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (82% - n=96), mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 58% (n=42) ha una percezione coincidente tale dato è statisticamente significativo.

Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 - marzo 2008 (n=191)



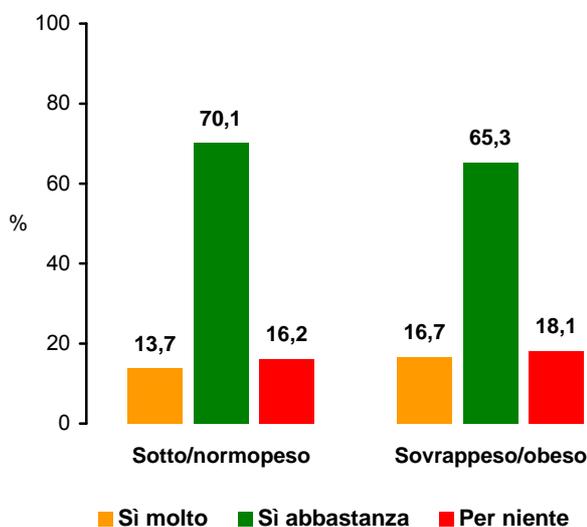
Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso:
tra le donne sotto/normopeso il 75% (n=51) considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 92% (n=45) degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso/obese il 19% (n=5) rispetto al 52% (n=24) degli uomini. Tali differenze sono statisticamente significative.

Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL TO5 mediamente l'83% (n=157) degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: l'84% (n=98) dei sottopeso/normopeso, il 82% (n=59) dei sovrappeso/obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?

ASL TO 5 - PASSI marzo 2007 – luglio 2008 (n=189)

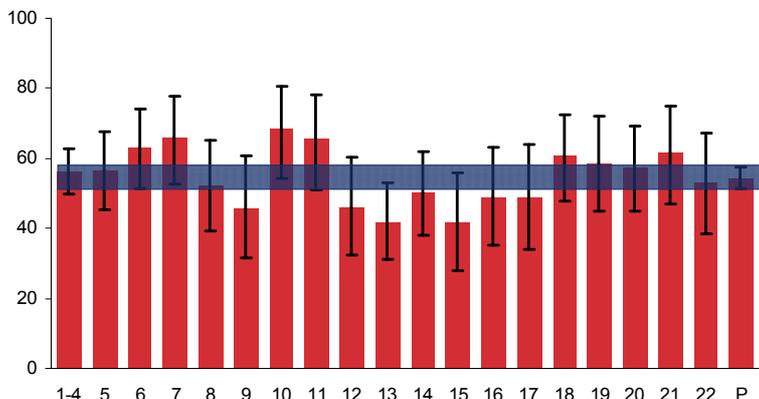


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASL TO5, 33 persone intervistate (52%) in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio 24 soggetti (45%) in sovrappeso e 9 (90%) obesi
- 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 (range dal 42% dell'ASL15 al 69% dell'ASL10).

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

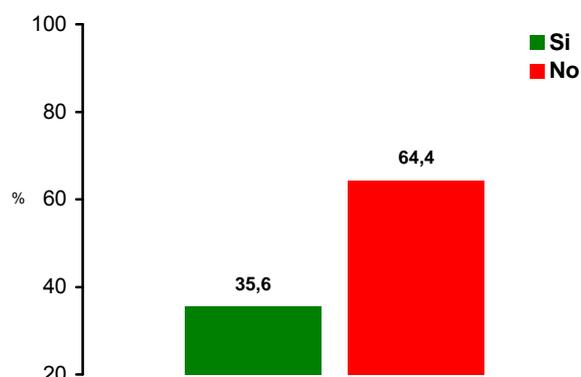
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Solo 26 delle persone in eccesso ponderale (36%) ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
 - nelle donne (48% vs il 28% degli uomini);
 - negli obesi (46% vs il 34% dei sovrappeso) (n=5 vs n=21);
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (n=15 cioè il 46%, vs n=5 ossia il 19% di coloro che ritengono il proprio peso "più o meno giusto"), questo dato è statisticamente significativo.

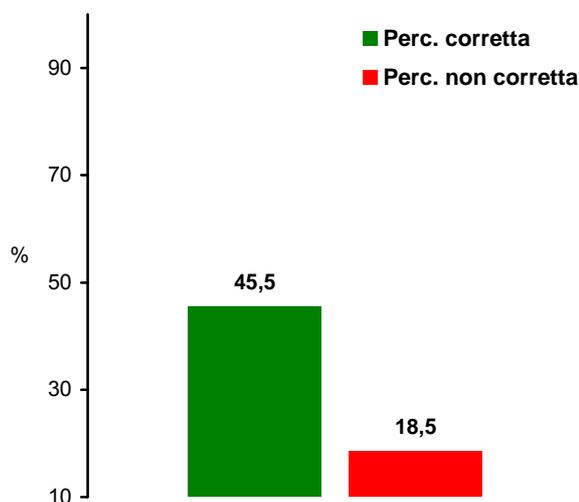
Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=73)



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

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=60)



Le persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario sono 15 (46%) vs 18 (55%) che non seguono il consiglio.

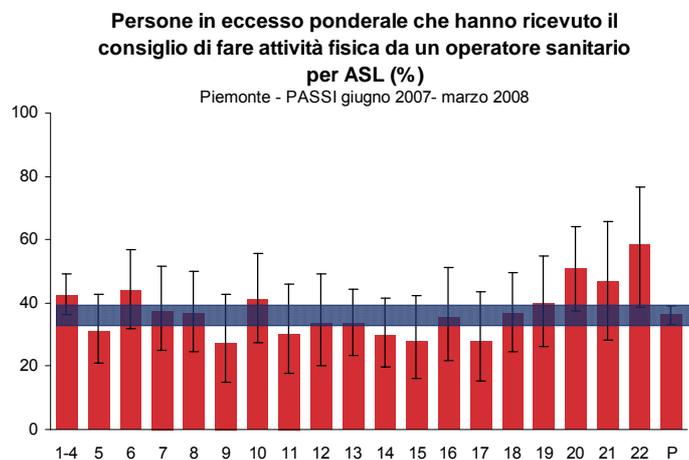
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

Nella ASL TO5, 22 intervistati (30%) in eccesso ponderale sono sedentari: tra questi, 15 intervistati (24%) sono in sovrappeso e 7 (64%) sono obesi, tale dato è statisticamente significativo.

Il consiglio di fare attività fisica da parte di operatore sanitario è stato ricevuto da 22 persone intervistate con eccesso ponderale (37%); in particolare hanno ricevuto questo consiglio 19 delle persone in sovrappeso (38%) e 3 di quelle obese (30%).

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, 15 soggetti (68%) praticano almeno un'attività fisica moderata, rispetto ai 25 soggetti (66%) che praticano lo stesso tipo di attività pur non avendo ricevuto tale consiglio.

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 (range dal 27% dell'ASL 9 al 59% dell'ASL 22).



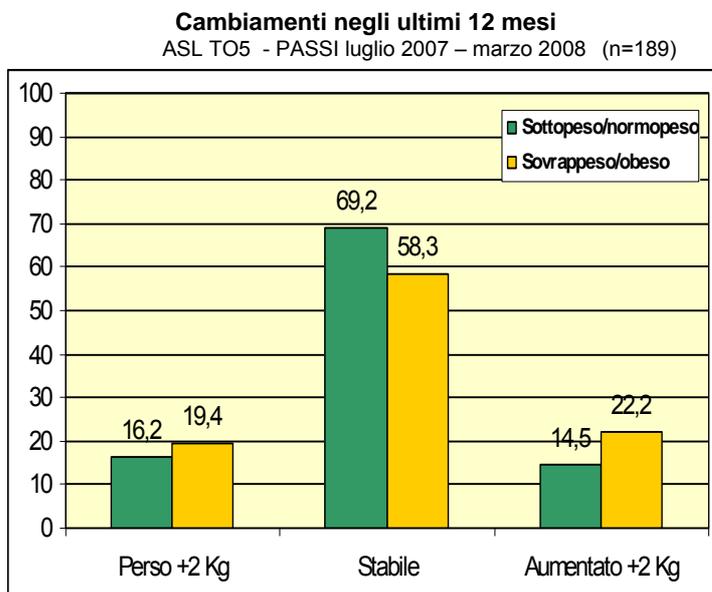
Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

Nella ASL TO5, 33 intervistati (18%) hanno riferito che il loro peso è aumentato di almeno 2 kg.

La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è simile:

- tra le varie fasce di età (18-34 anni 18%; 35-49 anni 19% - n=10; 50-69 anni 16% - n=11);
- nelle persone in eccesso ponderale (22% - n=16 negli obesi/soprappeso vs 15% - n=17 dei sottopeso/normopeso).

Non emergono differenze tra donne (19% - n=14) e uomini (16% - n=19).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO5 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese (6%), particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in soprappeso (33%). In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 56% percepisce il proprio peso come "troppo alto" (46% tra gli uomini e 78% tra le donne), la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e il 18% della popolazione intervistata (il 15% dei sottopeso/normopeso e il 22% dei soprappeso/obesi) una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 36% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (68%).

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.

Prove di efficacia di crescente consistenza indicano che la promozione della salute nell'ambito dell'alimentazione è capace di ottenere guadagni di salute ad un costo minore rispetto ai trattamenti medici, sia nei gruppi a rischio che nei pazienti. Gli interventi di comunità hanno una maggiore efficacia quando l'azione educativa è abbinata a misure strutturali (organizzative, normative, legislative...) che facilitano e rinforzano cambiamenti sostenibili nelle abitudini alimentari.

Abitudini alimentari:

il consumo di frutta e verdura

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

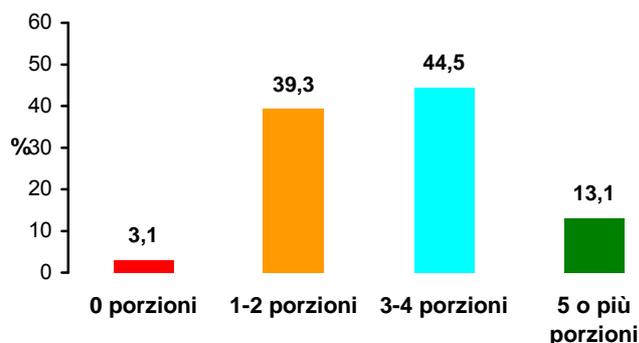


Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Nella ASL TO5 il 39,3% (N=75) degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo 25 soggetti (13,1%) però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 44,5% (N=85) mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Il consumo di almeno 5 porzioni al giorno è simile:
 - tra le fasce di età (18-34 aa 12% - n=6, 35-49 aa 13% - n= 9, 50-69 aa 14% - n= 10);
 - nei due sessi (uomini 14% - n=13 donne 13% - n=12);
 - nelle persone con differenti livelli di istruzione (basso livello 14% - n=14, alto livello 12% - n=11);
 - nelle persone con differente condizione economica (con difficoltà 14% - n=16, senza difficoltà 12% - n=9).

Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone in eccesso ponderale (18% - n=13 sovrappeso/obeso vs 10% - n=12 sotto/normopeso), ma tale dato non è statisticamente significativo.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL TO5 – PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=191)



Consumo di frutta e verdura ASL TO 5 - PASSI 2007 (n=191)		
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* % (N)	
Totale	13,1 (25) (IC95% 8.7-18.7)	
Classi di età		
18 - 34	11,5 (6)	
35 - 49	13,2 (9)	
50 - 69	14,1 (10)	
Sesso		
uomini	13,7 (13)	
donne	12,5 (12)	
Istruzione**		
bassa	14,1 (14)	
alta	12 (11)	
Difficoltà economiche		
sì	13,7 (16)	
no	12,2 (9)	
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	10,2 (12)	
sovrappeso/obeso	17,8 (13)	

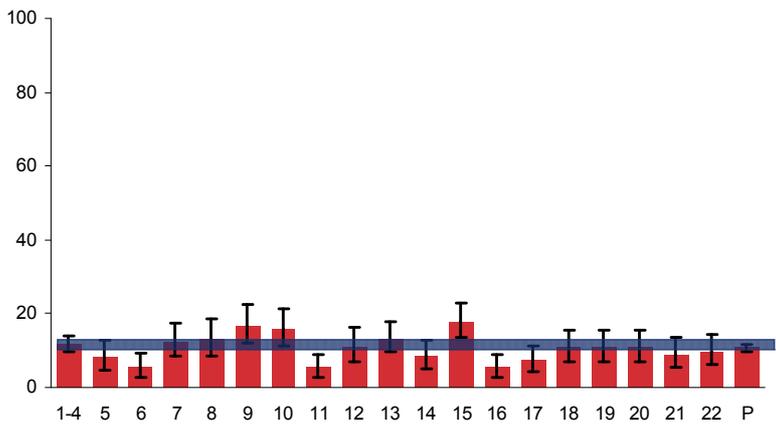
* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 5% dell'ASL 16 e 11 al 18% dell'ASL 15).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



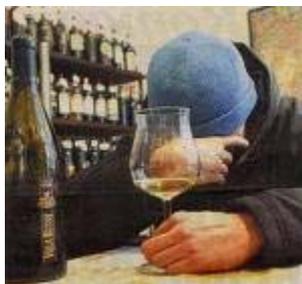
Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà (45%) ne assume almeno 3 porzioni, ma solo il 13% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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.

Prove di efficacia di crescente consistenza indicano che la promozione della salute nell'ambito dell'alimentazione è capace di ottenere guadagni di salute ad un costo minore rispetto ai trattamenti medici, sia nei gruppi a rischio che nei pazienti. Gli interventi di comunità hanno una maggiore efficacia quando l'azione educativa è abbinata a misure strutturali (organizzative, normative, legislative...) che facilitano e rinforzano cambiamenti sostenibili nelle abitudini alimentari.

Consumo di alcol



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

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

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

Il numero di utenti alcol dipendenti in carico ai servizi è aumentato negli anni: nel 2004 sono stati trattati 4705 utenti. L'aumento è dovuto principalmente agli utenti già in carico (n=3.216) ed in minore misura ai nuovi utenti (n=1.489). Il tasso regionale per 100.000 abitanti (2004) è 109,72 utenti, con una notevole variabilità (16 volte) intra-regionale. La classe di età 40-49 anni concentra il maggior numero di utenti sia tra quelli già in carico (33% tra i maschi e 38% tra le femmine) sia tra i nuovi (30% tra i maschi e 35% tra le femmine). Nel 2003 sono stati ricoverati in Piemonte 970 soggetti con una diagnosi di disturbo da uso di alcol, nuovamente, con una distribuzione eterogenea tra le ASL; il 22% di costoro è stato inviato dai SerT.

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

Quante persone consumano alcol?

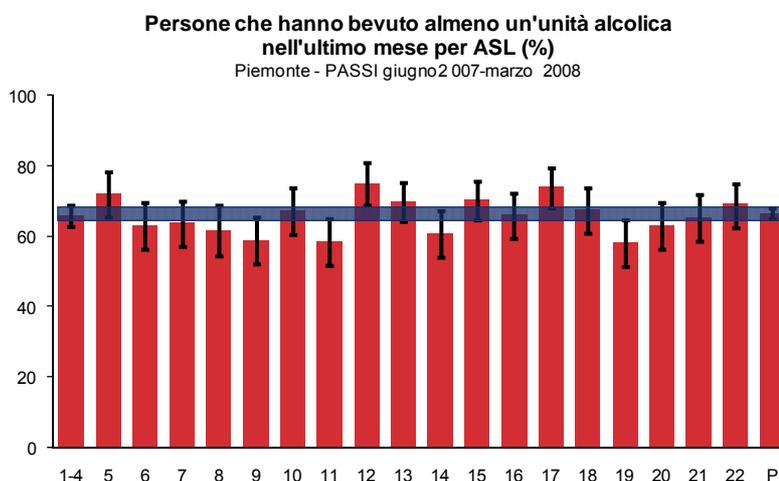
- Nella ASL TO5 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 62%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 50-69 aa. Gli uomini consumano più delle donne ($p=0,0004$) e le persone senza difficoltà economiche più di quelle con difficoltà ($p=0,003$) ed entrambi i dati sono statisticamente significativi.
- Il 59% consuma alcol prevalentemente durante la settimana mentre il 42% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
ASL TO 5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=188)	
Caratteristiche	persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica* % (N)
Totale	61,7 (116) (IC95%:54,3-68,7)
Classi di età	
18 - 34	64 (32)
35 - 49	57,4 (39)
50 - 69	64,3 (45)
Sesso	
uomini	75 (69)
donne	49 (47)
Istruzione**	
bassa	63,9 (62)
alta	59,3 (54)
Difficoltà economiche	
sì	53,5 (61)
no	74,3 (55)

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

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

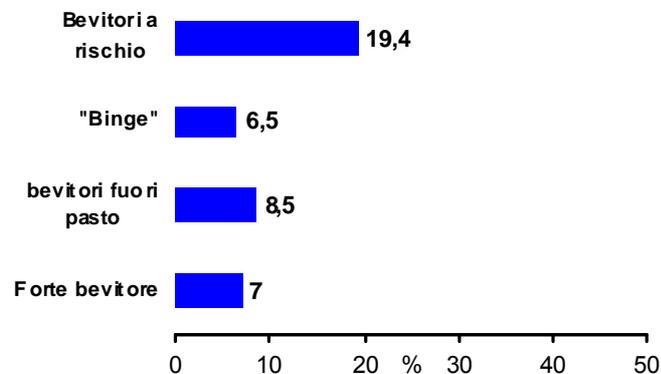
- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 58% nell'ASL 19 al 75% nell'ASL 12).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori era nel 2007 del 62%.



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente 36 intervistati (19%) possono essere ritenuti dei consumatori a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- 16 intervistati (9%) riferiscono di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Tra gli intervistati, 12 (7%) sono bevitori "binge" (hanno bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Dei soggetti intervistati, 13 (7%) possono essere considerati forti bevitori (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

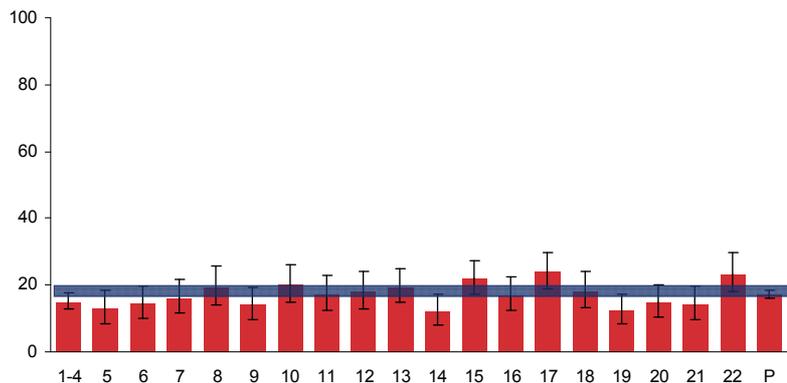
Bevitori a rischio* per categorie
ASL TO 5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=188)



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

- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative nella proporzione di bevitori a rischio (range dal 12% di ASL19 al 24% di ASL17).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale nel 2007, il 16% degli intervistati era bevitore a rischio di cui il 7% consumatore 'binge'.

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



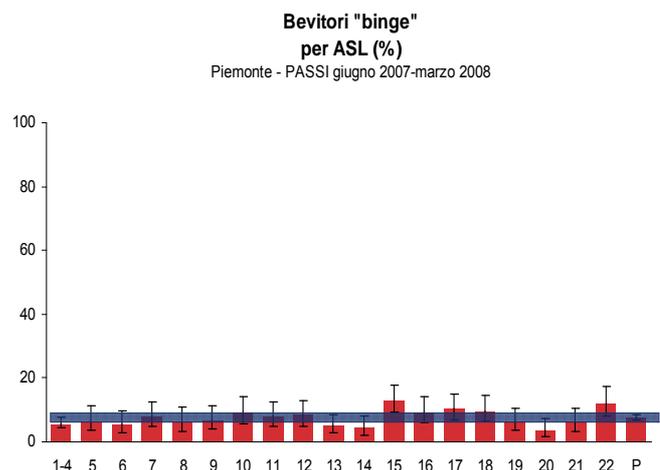
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

Il consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 7% degli intervistati e risulta diffuso solo negli uomini, nella fascia di età 35-49 anni, ed in chi ha basso livello di istruzione. Tuttavia solo il sesso ha un effetto statisticamente significativo.

Consumo "binge" (ultimo mese)	
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=186)	
Caratteristiche	bevitori "binge"*
	% (N)
Totale	6,5 (12) (IC95%: 3,4-11)
Classi di età	
18 - 34	6,1 (3)
35 - 49	8,8 (6)
50 - 69	4,3 (3)
Sesso	
uomini	13,3 (12)
donne	0 (0)
Istruzione**	
bassa	8,3 (8)
alta	4,4 (4)
Difficoltà economiche	
sì	6,3 (7)
no	6,8 (5)

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

- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative (range dal 4% di ASL 20 al 13% di ASL 15).

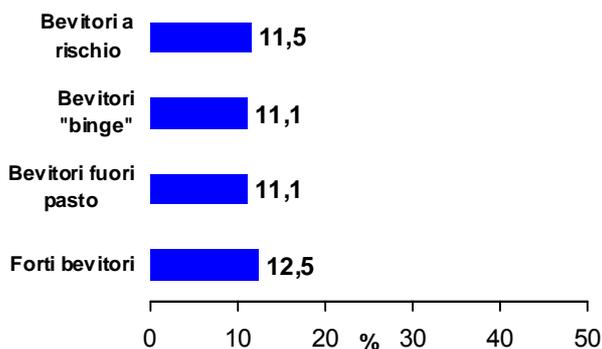


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nella ASL TO 5 solo 18 intervistati (12%) che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferiscono che un 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, solo 2 intervistati (9%) hanno ricevuto il consiglio di bere meno. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto da un bevitori "binge" (11%); da un bevitori fuori pasto (11%) e da un forte bevitore (13%)

% 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 TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=157)

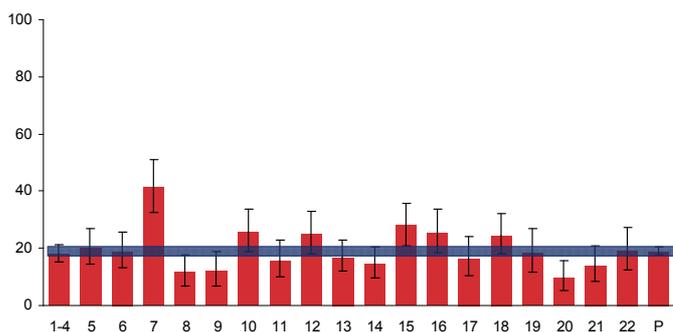


* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative, eccezion fatta per l'ASL 7 (range dall'10% di ASL20 al 28% di ASL 15).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, nel 2007, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO5 si stima che circa due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

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

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

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

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

Sicurezza stradale



Stoccarda - Cartello che indica il recente investimento di un pedone da parte di un'automobile

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese.

Tra il 2001 e il 2006, il numero di persone che in Piemonte, per infortunio o per morte, sono state vittime della strada ha subito un progressivo ridimensionamento.

Infatti, i morti per incidenti stradali passano da 13,1 per 100.000 abitanti nel 2001, a 9,3 nel 2006, con una diminuzione di circa il 30%.

Più in particolare, al 2006, gli incidenti del Piemonte, pari a 14.871 unità, rappresentano l'1,3% degli incidenti avvenuti nei paesi dell'Europa a 15 (1.121.050), quelli dell'Italia il 21%. I morti in Piemonte, 404 persone, sono circa l'1,4% delle vittime in Europa (29.516); quelli dell'Italia (5.669) sono il 19,2% .

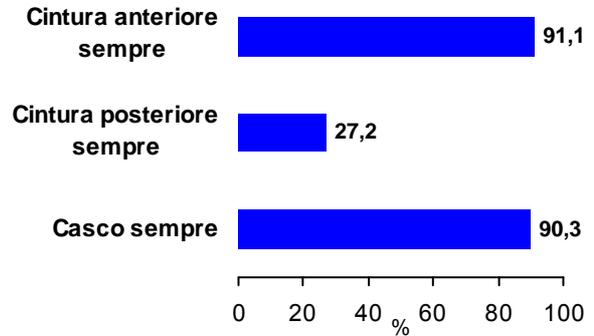
Tra il 2005 e il 2006 le vittime della strada in Piemonte diminuiscono in misura considerevole (10,8%). In Italia e nell'Unione Europea la riduzione è più modesta, rispettivamente -2,6% e -5,9%. Anche gli incidenti in Piemonte subiscono una lieve flessione (-1,7%), comunque superiore a quella rilevata per l'Italia (-0,8%). Nell'Europa a 15 la diminuzione degli incidenti è percentualmente simile a quella del Piemonte. Per contro il numero dei feriti nella regione cresce lievemente (+0,5%), mentre in Italia e in Europa si ridimensiona di poco (-0,6% e -0,5%, rispettivamente).

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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

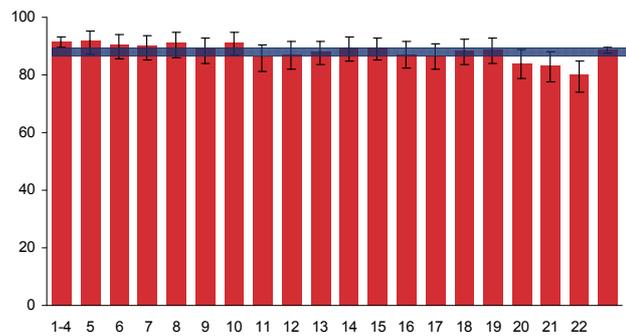
- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 91%, (N=174) l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (N=43 - 27%)
- Nella ASL TO5 tra le 31 persone che vanno in moto o in motorino, 28 (90%) riferiscono di usare sempre il casco

Uso dei dispositivi di sicurezza
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008



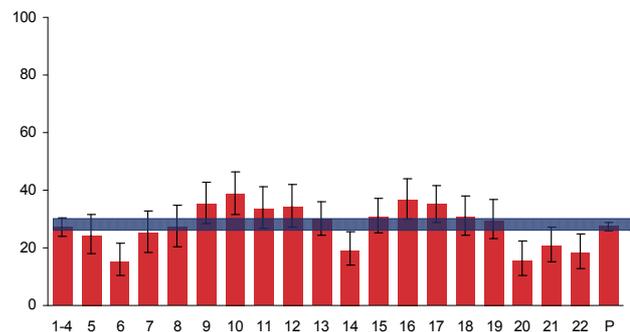
- Nelle ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, tranne l'ASL22 che presenta valori inferiori in modo statisticamente significativo (range dall'80% dell'ASL22 al 92% delle ASL1-4 e 5 per la cintura anteriore e dal 15% dell'ASL6 al 39% dell'ASI10 per quella posteriore).

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



- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è simile/maggiore/inferiore al dato regionale, essendo del 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore.

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 generale intervistata, 17 soggetti (15%) dichiarano che nell'ultimo mese hanno 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 15%; questa abitudine è diffusa tra gli uomini (N=16 - 23%) dieci volte di più rispetto alle donne (N=1 - 2 %) in modo statisticamente significativo; mentre non emergono differenze né tra le classi d'età, né tra chi ha difficoltà economiche rispetto a chi non ne ha, né tra diversi livelli di istruzione.
- Degli intervistati, 20 soggetti (11%) riferiscono di essere stati trasportati da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, eccezione fatta per l'ASL 7, che presenta valori più alti (range dal 7% dell'ASL 9 al 24% dell'ASL 7).

Guida sotto l'effetto dell'alcol* ASL TO5 - PASSI 2007 (n=116)

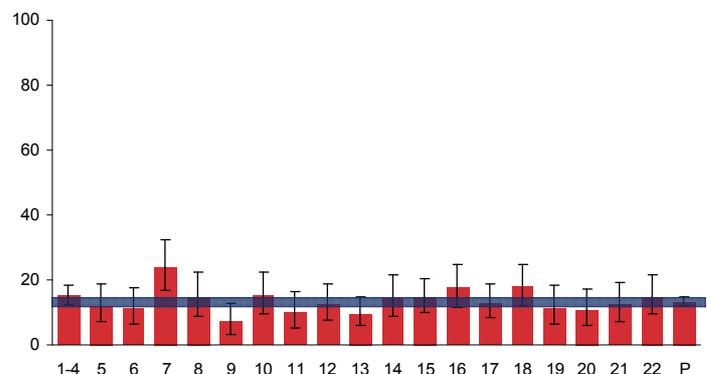
Caratteristiche	di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**% (N)
Totale	14,7 (N=17) (IC95%: 8,8-22,4)
Classi di età	
18-34	18,8 (6)
35 - 49	20,5 (8)
50 - 69	6,7 (3)
Sesso	
uomini	23,2 (16)
donne	2,1 (1)
Istruzione	
bassa	25,7 (10)
alta	36,6 (7)
Difficoltà economiche	
sì	14,8 (9)
no	14,8 (8)

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO5 si registra un discreto livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza per quanto riguarda l'impiego delle cinture di sicurezza anteriori e sull'uso del casco, mentre risulta insufficiente l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. Uno studio condotto da Servadei nel 2003 stima che dopo l'introduzione della norma che rende obbligatorio il casco per i ciclomotori, il numero di accessi in pronto soccorso per incidenti con motociclo si sia ridotto del 66%.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema piuttosto diffuso, soprattutto nella popolazione maschile. Nell'ASL TO5 soltanto il 15% della popolazione studiata riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol.

La letteratura scientifica internazionale suggerisce che la guida sotto influsso di alcolici sia efficacemente prevenibile con interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione all'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare riguardo al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Infortuni domestici



Gli infortuni domestici rappresentano un problema di sanità pubblica rilevante sia in termini di mortalità e morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

In Italia, i dati più recenti sono quelli forniti dal Sistema informativo nazionale sugli infortuni in ambienti di civile abitazione relativi al biennio 2005-2006 (SINIACA-1). Secondo queste stime, ogni anno nel

nostro Paese, gli incidenti domestici mandano al pronto soccorso 1 milione e 728 mila persone, 130 mila sono i ricoverati e 7000 i decessi.

Tra i ricoverati per incidente in casa oltre il 70 % è caduto, tra questi ultimi il 75% ha 65 anni e più e per la maggior parte si tratta di donne (56%). Si può stimare anche, sulla base delle statistiche correnti, che le cadute degli ultra-settantacinquenni determinino il 65% di tutte le morti per incidente domestico.

Si stima che in Piemonte i decessi dovuti agli incidenti domestici siano circa 740 morti all'anno. La popolazione più a rischio per infortunistica domestica è costituita da bambini e anziani, e fra questi ultimi dalle donne. La caduta rappresenta la principale causa di incidente domestico, seguita da ustione, urto, taglio. Il principale carico di disabilità conseguente agli incidenti domestici è dovuto alla frattura del femore nell'anziano.

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

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

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

Bassa percezione del rischio infortunio domestico

ASL TO5 (n=191) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

- Nella ASL TO5 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è molto bassa. Infatti il 93% degli intervistati ritiene il rischio infortunistico basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne che è statisticamente significativa; non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi non ha difficoltà (anche in questo caso il dato non è statisticamente significativo). La percezione del rischio non è influenzata dalla presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) .

Caratteristiche demografiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico* % (N)
Totale	93,2 (178) (IC 95%: 88,6-96,3)
Età	
18 - 34	90,4 (47)
35 - 49	94,1 (64)
50 - 69	94,4 (67)
Sesso	
Uomini	97,9 (93)
Donne	88,5 (85)
Istruzione**	
bassa	96 (95)
alta	90,2 (83)
Difficoltà economiche	
si	94 (110)
no	91,9 (68)
Persone potenzialmente a rischio***	
si	90,7 (49)
no	94,2 (129)

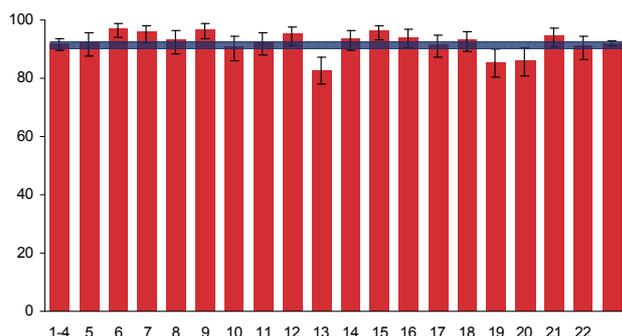
*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

- Nelle varie ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, alcune ASL (13,19,20) presentano valori inferiori in modo statisticamente significativo rispetto ai valori regionali (range dal 83% dell'ASI13 al 97% dell'ASL6).
- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91%.

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



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

- Nella ASL TO5 solo 59 intervistati (31%) dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Percentuali leggermente più alte si hanno nelle donne, negli intervistati con meno difficoltà economiche, tra coloro che hanno grado di istruzione elevata.
- La prevalenza di coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni nelle classi di età 35-49 e 50-69 è praticamente doppia rispetto alla classe di età 18-34. Tale differenza è statisticamente significativa

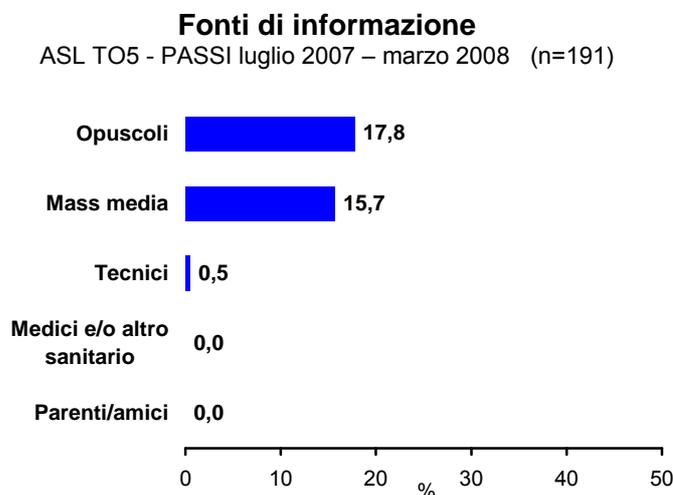
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
ASL TO5 (n=191) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

Caratteristiche demografiche	persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni % (N)
Totale	30,9 (59) (IC 95%: 24,4-38)
Età	
18 - 34	17,3 (9)
35 - 49	36,8 (25)
50 - 69	35,2 (25)
Sesso	
Uomini	30,5 (29)
Donne	31,3 (30)
Istruzione*	
bassa	29,3 (29)
alta	32,6 (30)
Difficoltà economiche	
si	29,1(34)
no	33,8 (25)
Persone potenzialmente a rischio**	
si	35,2 (19)
no	29,2 (40)
Percezione del rischio	
alta	30,8 (4)
bassa	30,9 (55)

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

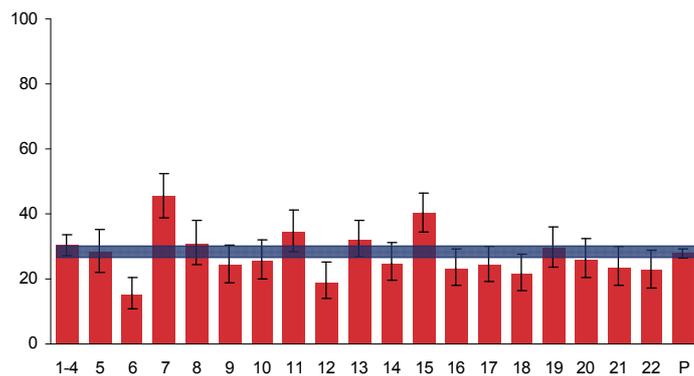
**si: presenza di anziani e/o bambini

- Gli intervistati riferiscono che le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state: per 34 soggetti (18%) gli opuscoli; per 30 soggetti (16%) i mass media; soltanto un soggetto (0,5%) ha ricevuto tali informazioni da tecnici. Nessuno ha ottenuto informazioni da personale sanitario o amici/parenti.



- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi nelle ASL 6 e 12, che presentano valori inferiori alla regione (range dal 15% dell'ASL6 al 46% dell'ASL7).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI a livello nazionale la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio è del 28%.

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



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

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
ASL TO5 (n=41) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

- Nella ASL TO5 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, soltanto 13 soggetti (32%) hanno modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio, tra le donne, tra chi ha basso livello d'istruzione e non ha difficoltà economiche, né tra le classi di età.
- Nelle ASL della regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive nell'ASL15 e 17 (range dal 7% dell'ASL17 al 49% dell'ASL 13).
- Nelle pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

Caratteristiche demografiche	persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione % (N)
Totale	31,7 (13) (IC 95%: 18,1 -48,1)
Età	
18 - 34	33,3 (1)
35 - 49	31,6 (6)
50 - 69	31,6 (6)
Sesso	
Uomini	26,1 (6)
Donne	38,9 (7)
Istruzione*	
bassa	38,1 (8)
alta	25,1 (5)
Difficoltà economiche	
si	27,3 (6)
no	36,8 (7)
Persone potenzialmente a rischio **	
si	28,6 (4)
no	33,3 (9)
Percezione del rischio	
alta	75 (3)***
bassa	27 (10)****

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

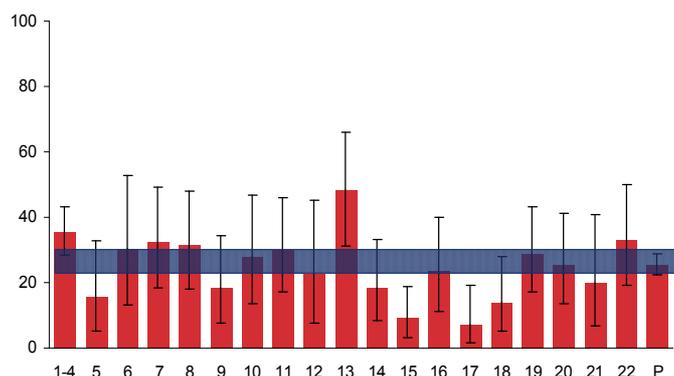
**si: presenza di anziani e/o bambini

*** gli intervistati con alta/molto alta percezione del rischio sono 4

**** Gli intervistati con assente/bassa percezione del rischio sono 37

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 nella ASL TO5 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

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

Risulta dunque rilevante la pianificazione di interventi preventivi programmati almeno su due differenti livelli:

1. attivazione di campagne di informazione e di educazione alla sicurezza;
2. realizzazione di interventi strutturali sul patrimonio edilizio pubblico e privato, da attuarsi in collaborazione con gli altri enti istituzionalmente deputati (comuni, province, etc.).

Si evidenzia complessivamente la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Vaccinazione antinfluenzale



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

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

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

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

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

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

**Vaccinazione antinfluenzale 2006-07
(18-64 anni; n=32)**

ASL TO5 - Passi, luglio 2007 – marzo 2008 (n=32)

- Nella ASL TO5 nel periodo considerato solo un soggetto della classe di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinato. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute.
- Data la bassissima numerosità del campione, non emergono differenze legate al sesso, al titolo di studio, alla condizione economica.

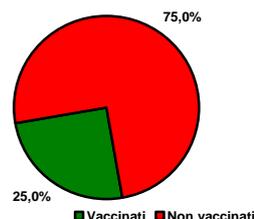
Caratteristiche	Vaccinati % (N)
Totale	3,1 (1) (IC95%: 0,1- 16,2)
Età	
18-34	0,0 (0)
35-49	0,0 (0)
50-64	7,7 (1)
Sesso	
uomini	0,0 (0)
donne	5,6 (1)
Istruzione*	
bassa	6,7 (1)
alta	0,0 (0)
Difficoltà economiche	
sì	0,0 (0)
no	4,2 (1)

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

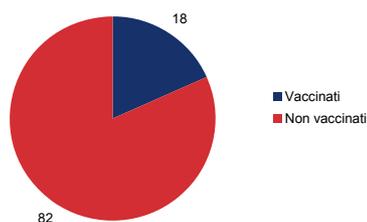
- Tra i 4 soggetti intervistati di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, solo un soggetto (25%) risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 18% tra i portatori di almeno una patologia cronica.

**Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di
18-64 anni con almeno una patologia cronica**

ASL TO 5 (n=4)



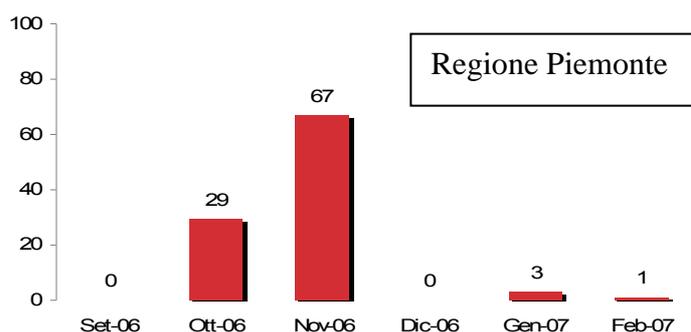
Regione Piemonte



% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese

ASL TO5 - Passi luglio 2007 – marzo 2008 (n=1)

- Nella fascia di età 18-64 aa, l'unico soggetto che si è vaccinato lo ha fatto nel mese di novembre.



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Nell'anno 2005-6, nonostante la massiccia campagna informativa regionale e gli innumerevoli interventi di sensibilizzazione alla vaccinazione effettuati dai mezzi di comunicazione nazionali la copertura vaccinale stimata nella popolazione ultra sessantacinquenne è risultata pari al 59% con un incremento del solo 6% rispetto alla precedente campagna vaccinale. Nel corso della campagna vaccinale 2005-2006 complessivamente sono state somministrate 745.387 dosi di vaccino antinfluenzale, pari al 14% in più della precedente campagna vaccinale.

E' confermato l'aumento delle dosi di vaccino somministrate dai medici di medicina generale (MMG) rispetto alle dosi totali somministrate dai servizi vaccinali delle ASL piemontesi; l'aumento è registrato in progressione a partire dalla stagione 2000-2001 e nella stagione 2005-2006 le dosi somministrate dai MMG sono risultate pari al 75% del totale.

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

La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia (1).

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

Nel 2008 sono state notificati alla S.C. Igiene e Sanità Pubblica dell'Asl TO % 77 casi di rosolia conclamata. Di questi, la popolazione femminile rappresenta il 51% (N. 39): di questi, il 54% (N. 21) dei casi era compreso nella fascia di età 18-49 aa.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

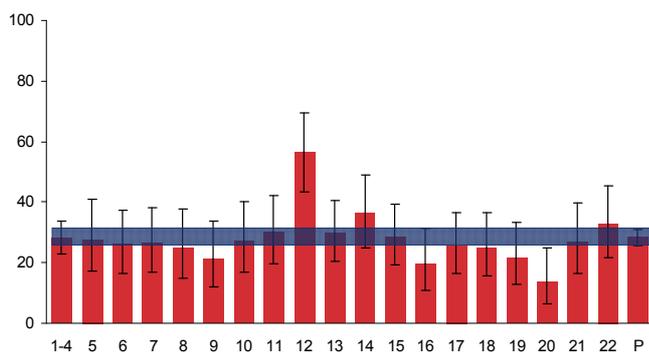
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=60) ASL TO5 - Passi luglio 2007 – marzo 2008

Caratteristiche demografiche	Vaccinate % (N)
Totale	25.0 (15) (IC95%: 14.7 – 37.9)
Età	
18-24	50 (3)
25-34	31,6 (6)
35-49	17,1 (6)
Istruzione*	
bassa	18,2 (4)
alta	28,9 (11)
Difficoltà Economiche	
sì	23,8 (10)
no	27,8 (5)

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, con valori più alti per l'ASL 12 (57%) e più bassi per l'ASL 20 (14%).
- Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32 %.

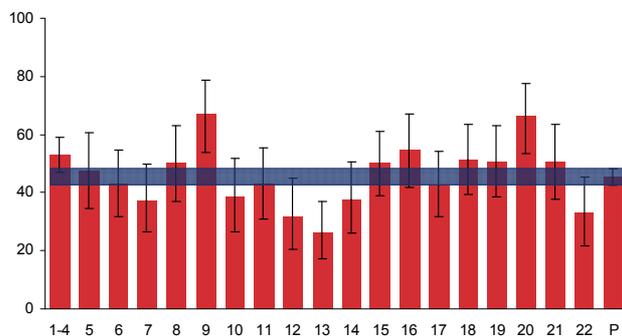
Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL TO5, 30 donne intervistate (50%) di 18-49 anni sono immuni alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (N= 15 - 25%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (N= 15 - 25%).
- Una donna (2 %) è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinata e con un rubeotest negativo.
- Le restanti 29 donne intervistate (48%) non sono sicuramente vaccinate, ma, non essendo stato eseguito il rubeotest o non essendo noto l'esito, non si può affermare che siano suscettibili.

Vaccinazione antirosolia e immunità	
(donne 18-49 anni; n=60)	
ASL TO5 - Passi luglio 2007 – marzo 2008	
	% (N)
	50 (30)
Immuni	
Vaccinate	25 (15)
Non vaccinate con rubeotest positivo	25 (15)
Suscettibili/stato sconosciuto	
Non vaccinate; rubeotest negativo	1,7 (1)
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,3 (2)
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	45 (27)

- Tra le ASL della Regione con campione rappresentativo, si notano differenze statisticamente significative, con la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia nell'ASL 9 (67%), la più bassa alla ASL 13 (26%).

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

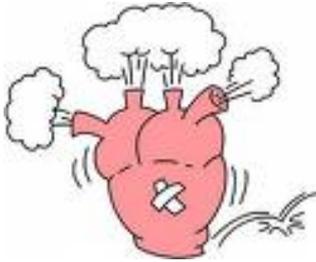


Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto.

Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche)

Rischio cardiovascolare



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

Ogni anno, in Piemonte, si verificano circa 5.000 decessi (54% tra gli uomini e 46% tra le donne) per malattie ischemiche del cuore, pari all'11% del totale, e oltre 18.000 persone subiscono un ricovero. Inoltre si verificano circa 6.300 decessi (37% tra gli uomini e 63% tra le donne) per malattie cerebrovascolari, pari al 13% di tutti i decessi, e oltre 15.000 persone vengono ricoverate per un evento maggiore (escludendo cioè gli attacchi ischemici transitori).

La mortalità è in continuo declino: per le malattie ischemiche dal 1990 la riduzione è stata del 29% tra gli uomini e del 33% tra le donne, superiore a quella registrata nel resto dell'Italia, in modo particolare tra le donne; per le malattie cerebrovascolari essa è stata del 37% sia tra gli uomini che tra le donne.

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

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

Ipertensione arteriosa



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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL TO 5 (n = 191) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (N)
Totale	85,9 (164) (IC95%: 80,1 % 90,5 %)
Classi di età	
18 - 34	76,9 (40)
35 - 49	82,4 (56)
50 - 69	95,8 (68)
Sesso	
M	84,2(80)
F	87,5 (84)
Istruzione*	
bassa	89,9 (89)
alta	81,5 (75)
Reddito**	
difficoltà economiche	83,8 (98)
Non diff. economiche	89,2 (66)

- Nella ASL TO 5, l' 86% degli intervistati riferisce di essersi fatto misurare la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 6% più di 2 anni fa. Il restante 8% non ricorda o non l'ha mai misurata.

- Si rilevano differenze statisticamente significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età (35-49 e 50-69 rispetto a 18-34), in base al reddito ma non al livello di istruzione.

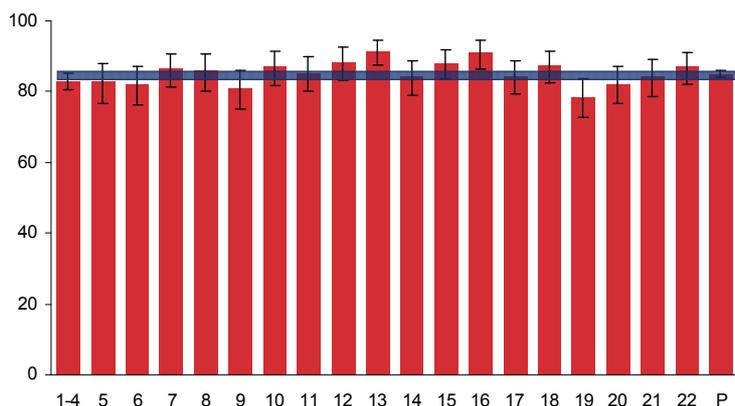
- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non ci sono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dal 79% al 92%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' 83%.

*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 stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL TO5, 40 soggetti intervistati (23%), cui è stata misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: 27 soggetti (39%) del gruppo 50 - 69 anni riferisce di essere iperteso. La differenza tra le classi di età è statisticamente significativa.
- Emergono differenze statisticamente significative per il livello di istruzione, ma non per il reddito.
- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non ci sono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la proporzione di soggetti cui è stata posta diagnosi di ipertensione (range dal 13% al 28%).

Ipertesi ASL TO5 (n= 191) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

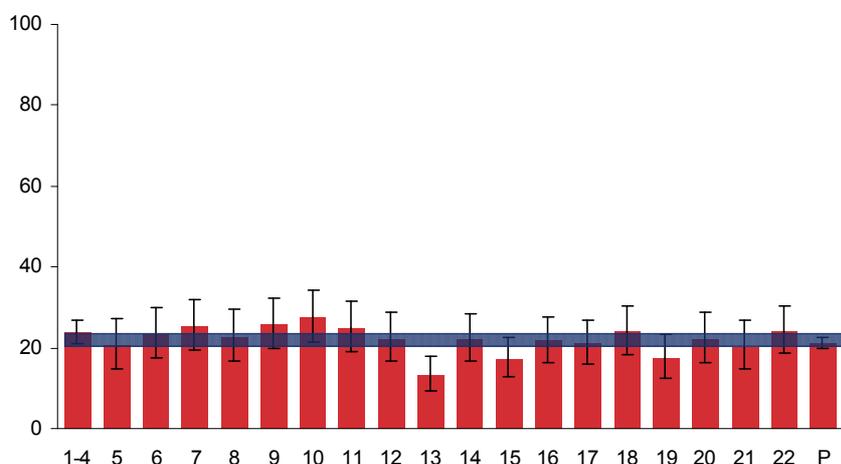
Caratteristiche demografiche		Ipertesi % (N)
Totale		22,7 (40) (IC95%: 16,8% - 29,6%)
Età		
	18 - 34	4,5 (2)
	35 - 49	17,7 (11)
	50 - 69	38,6 (27)
Sesso		
	M	24,1 (21)
	F	21,3 (19)
Istruzione*		
	bassa	32,3 (30)
	alta	12,0 (10)
Difficoltà economiche **		
	sì	22,3 (23)
	no	23,3 (17)

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

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

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

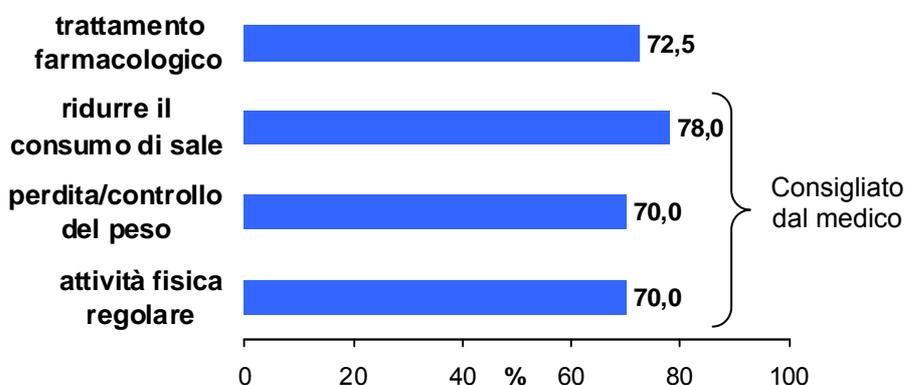
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Tra gli intervistati, 29 ipertesi (73%) riferiscono di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, 31 ipertesi (78%) hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale; 28 soggetti (70%) ridurre o mantenere il peso corporeo e infine 28 soggetti (70%) di svolgere regolare attività fisica.

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico*
ASL TO 5 (PASSI, luglio 2007 – marzo 2008)

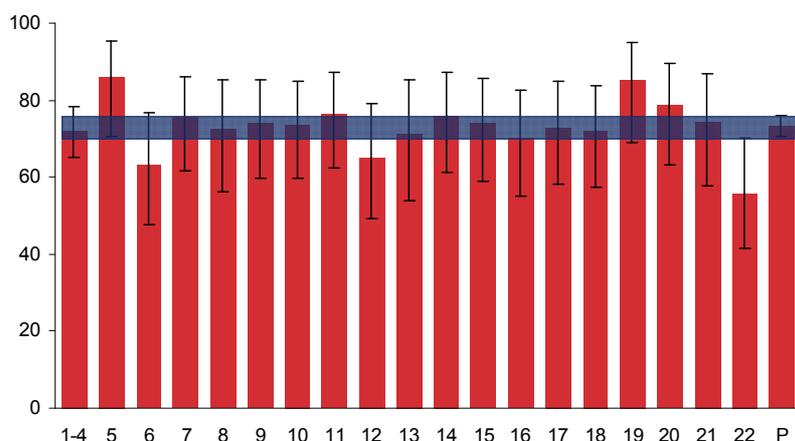


* ognuno considerata indipendentemente

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

Persone ipertese in trattamento con farmaci
per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

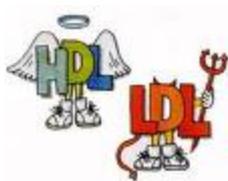


Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO 5 si stima che sia iperteso circa il 23% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 38% degli ultracinquantenni e il 5% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione (8%) 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; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia



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

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

- Nella ASL TO5 soltanto il 72% (N=137) degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia. Tra i 191 intervistati, il 52% (N=100) riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 12% (N=22) tra 1 e 2 anni fa, l'8% (N=15) più di 2 anni fa, mentre il 28% (N=54) non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dai 26 soggetti (50%) nella classe 18-34 anni ai 63 soggetti (89%) nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito.
- Mentre le differenze tra le classi di età sono statisticamente significative, quelle per sesso, istruzione e livello economico non lo sono.

Colesterolo misurato almeno una volta ASL TO5 (n= 191) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato % (N)
Totale	71,7 (137) (IC95%: 64,8% 78%)
Classi di età	
18 - 34	50 (26)
35 - 49	70,6 (48)
50 - 69	88,7 (63)
Sesso	
M	68,4 (65)
F	75 (72)
Istruzione*	
bassa	75,8 (75)
alta	67,4 (62)
Difficoltà economiche**	
sì	67,5 (79)
no	78,4 (58)

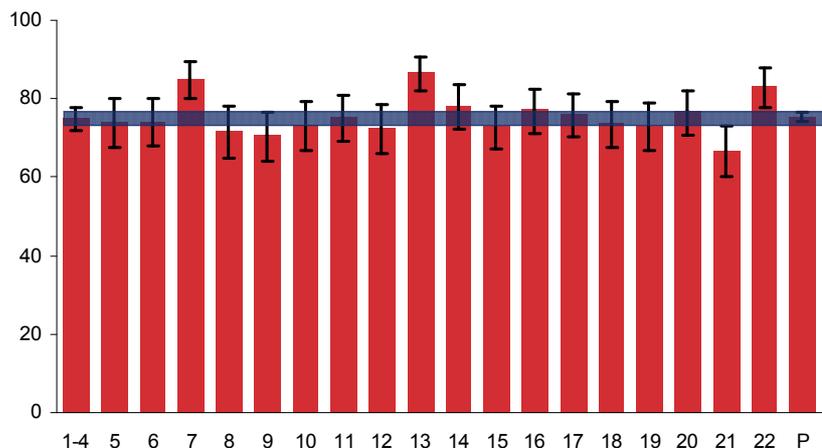
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo a carico dell'ASL21 (range dal 67% all'87%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari all'77%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra i 137 soggetti coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, 32 (23%) hanno avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- La probabilità di dichiarare l'ipercolesterolemia è superiore nelle classi di età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione e nei soggetti con difficoltà economiche. Mentre la differenza tra le classi di età è statisticamente significativa, quelle per l'istruzione e situazione economica non lo sono.

Ipercolesterolemia riferita ASL TO 5 (n = 191) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia % (N)
Totale	23,4 (32) (IC95%: 16,6 % - 31,3 %)
Età	
18 - 34	3,8 (1)
35 - 49	20,8 (10)
50 - 69	33,3 (21)
Sesso	
M	23,1 (15)
F	23,6 (17)
Istruzione*	
bassa	26,7 (20)
alta	19,4 (12)
Difficoltà economiche**	
sì	24,1 (19)
no	22,4 (13)

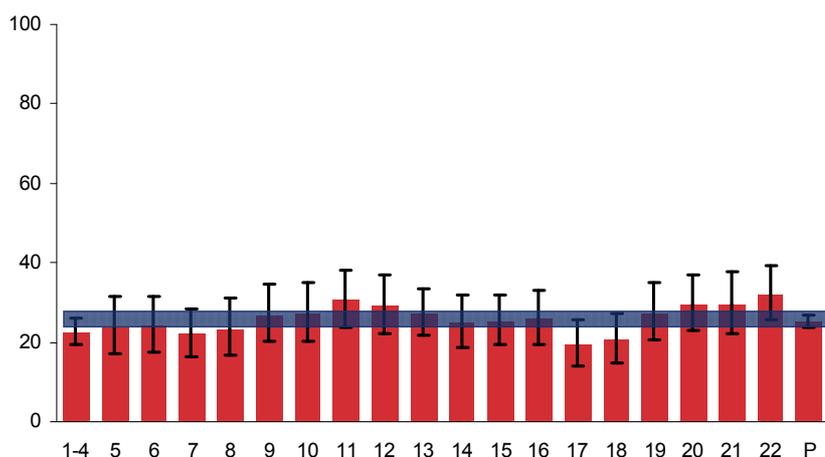
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 20% al 32%).

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



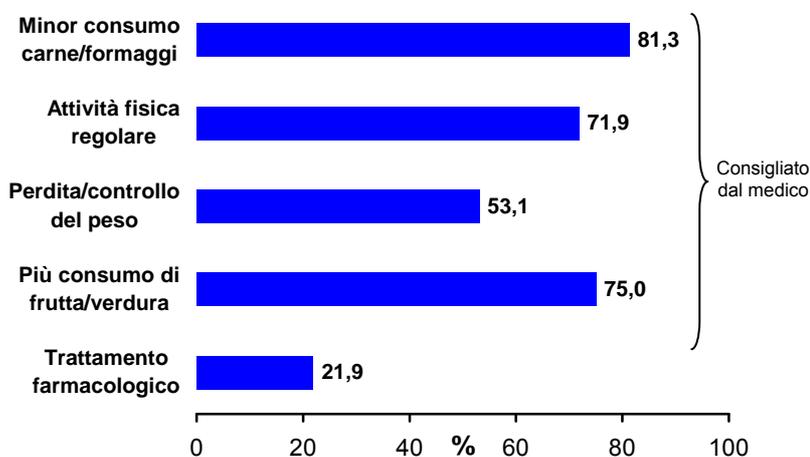
Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Tra gli ipercolesterolemici intervistati, 7 (22%) riferiscono di essere in trattamento farmacologico.

- Tra gli ipercolesterolemici intervistati, 26 (81%) hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, 24 (75%) di aumentare il consumo di frutta e verdura, 17 (53%) di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e 23 (72%) di svolgere regolare attività fisica.

- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci solo a carico dell'ASL21; si rileva inoltre un'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dall'10 % al 43%).

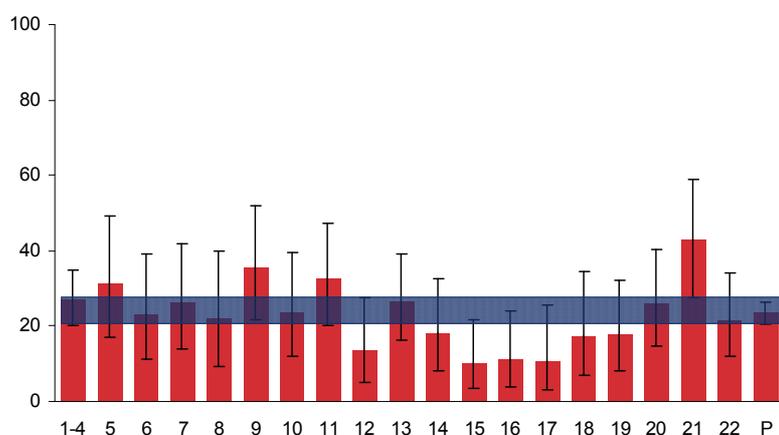
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL TO 5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=32)



* considerati indipendentemente

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 17% della popolazione di 18-69 anni della Regione Piemonte non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 28% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 40% tra le persone di 50-69 anni.

Nella ASL TO5, il 28% della popolazione con età di 18-69 anni risulta non sia stato mai stato sottoposto a misurazione del livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 23% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 66% tra le persone di 50-69 anni.

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

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato ed in linea con le migliori prove di efficacia disponibili 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?

Persone (35-69 anni, senza patologie CV n=132) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
ASL TO5 (n=132) - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

- Nella ASL TO5, 8 persone (6%) sulle 132 intervistate di 35-69 anni riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare viene effettuato nelle classi di età 50-69, con una frequenza pari a 10 volte superiore a quella della classe di età 35-49. Questo dato è statisticamente significativo

- Tra le ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (range dal 1 % al 11%).

- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'7%.

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato % (N)
Totale	6,1 (8) (IC95%: 2,7 % - 11,6 %)
Classi di età	
35 - 49	1,5 (1)
50 - 69	10,8 (7)
Sesso	
M	3,1 (2)
F	8,8 (6)
Istruzione*	
bassa	6,5 (5)
alta	5,5 (3)
Difficoltà economiche**	
basso	7,5 (6)
alto	3,8 (2)
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	6,1 [§] (6)
no	5,9 (2)

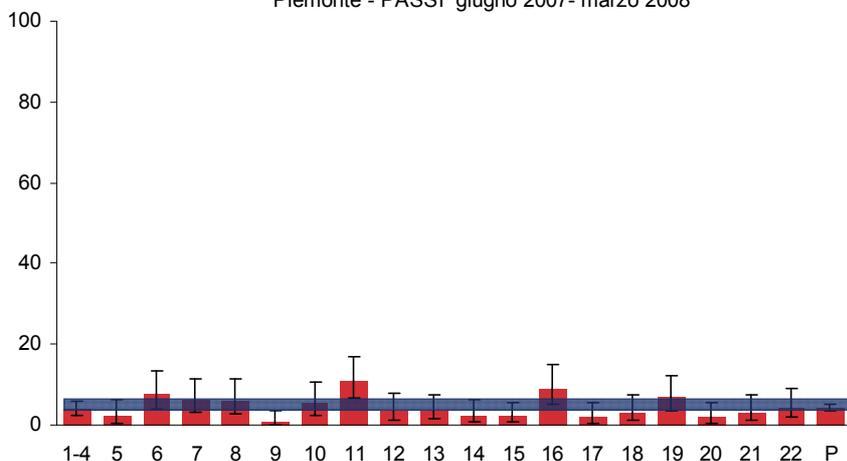
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

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

Nel 2007 è stata effettuata in Piemonte un'indagine per studiare le conoscenze e le modalità di rilevazione del rischio cardiovascolare tra i medici di famiglia, la conoscenza della diffusione e dell'impatto di alcuni fattori di rischio nella popolazione regionale e le principali strategie assistenziali messe in atto con i pazienti a rischio.

Da tale analisi emerge che, accanto alla necessità culturale di integrare la clinica con la prevenzione, vi è un chiaro bisogno di rivedere l'impianto organizzativo dell'attività ambulatoriale per favorire non solo l'uso della carta del rischio, ma anche la gestione degli interventi che dal suo utilizzo possono derivare: richiami dei pazienti per successivi controlli, monitoraggio delle terapie, valutazione di esito.

Sintomi di depressione



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

Depressione e schizofrenia insieme al disturbo da uso di alcol sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del Global Burden of Disease in termini di anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa.

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 hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED -2).

Nell'anno 2003, 240.774 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di 1.766.305 prescrizioni. La prescrizione di antidepressivi è più frequente nelle donne e nei soggetti residenti nei comuni con indice di deprivazione medio, meno frequente nel contesto semi-urbano e rurale e nei residenti nei comuni di montagna.

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

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

- Nella ASL TO5, su 185 intervistati, 21 persone (11%) riferiscono di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL TO5 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (N= 13 su 93 intervistate - 14%) rispetto agli uomini (N= 8 su 92 intervistati - 9%), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con difficoltà economiche. Tra gli intervistati, 10 soggetti (29%) con almeno una malattia cronica, riferiscono sintomi di depressione; tale dato assume significatività statistica.

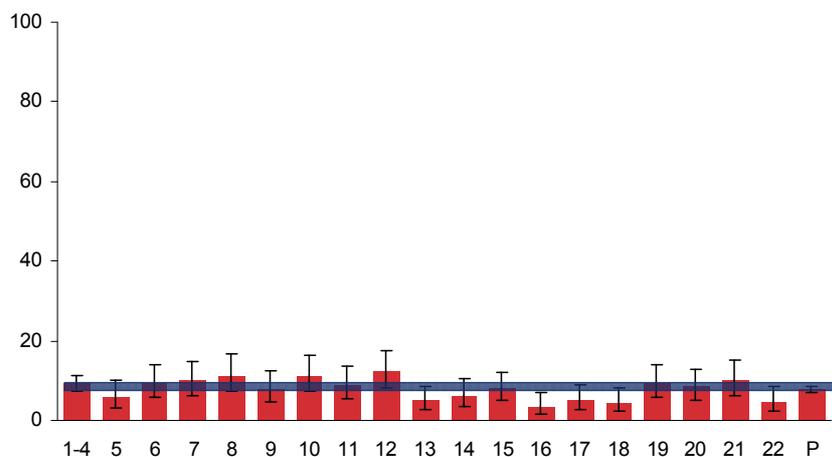
Sintomi di depressione	
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=185)	
Caratteristiche	persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3) % (N)
Totale	11,4 (21) (IC95%: 7,2-16,8)
Classi di età	
18-34	11,5 (6)
35 - 49	9,2(6)
50 - 69	13,2 (9)
Sesso	
Maschi	8,7 (8)
Femmine	14(13)
Istruzione*	
bassa	12,6 (12)
alta	10 (9)
Difficoltà economiche	
sì	13,4 (15)
no	8,2 (6)
Stato lavorativo	
Lavora	11,4 (15)
Non lavora	11,3 (6)
Malattie croniche	
Almeno una	28,6 (10)
Nessuna	7,3 (11)

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

Tra le AUSL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che riferiscono di avere entrambi i sintomi di depressione (range dal 4% dell'ASL 16 al 12% dell'ASL12).

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

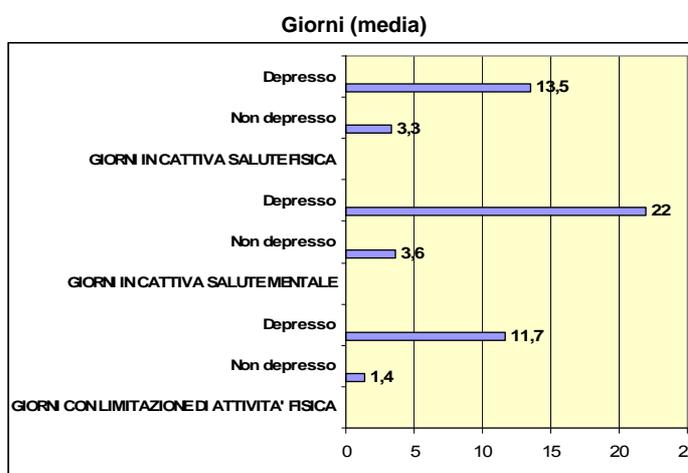
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, 10 persone (48%) hanno descritto il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, versus il 72% (N=118) delle persone non depresse: la differenza è statisticamente significativa.
- La media di giorni in cattiva salute fisica, mentale e con limitazioni di attività è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione, rispettivamente 13,5 giorni contro 3,3 giorni, 22 giorni contro 3,6 giorni.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione con 11,7 giorni contro 1,4.

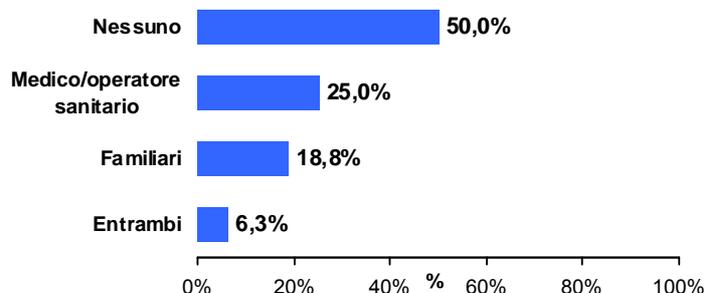
Giorni in cattiva salute fisica e mentale
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=185)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL TO5 (n=16) – PASSI luglio 2007 – marzo 2008

- Nella ASLTO5 tra le 16 persone intervistate con sintomi di depressione, 8 soggetti (50%) si sono rivolte a qualcuno per essere aiutati.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, la metà (N=8) non ne ha parlato con nessuno; 4 persone (25%) si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario.

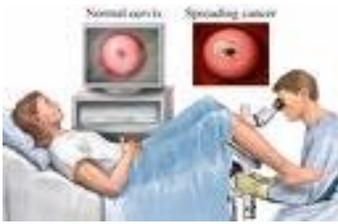


Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero



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

I dati più aggiornati per il Piemonte (2002) stimano 329 nuovi casi di malattia, pari ad un tasso standardizzato di 11,6/100.000 e corrispondenti al 2,8 % di tutti i nuovi casi di tumore nel sesso femminile. Il numero annuo medio di decessi per questa patologia è pari a 253, corrispondente al 4,4 % di tutte le

morti per cause tumorali (1).

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 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64% della popolazione femminile in quella fascia d'età); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Piemonte, nel corso del 1998 e del 1999 si è predisposta l'organizzazione, che ha permesso, nel 1999, di attivare lo screening del collo dell'utero in tutti i Dipartimenti Interaziendali Piemontesi. In accordo col Programma Prevenzione serena, la regione offre un Pap-test ogni tre anni a 1 200 000 donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni.

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

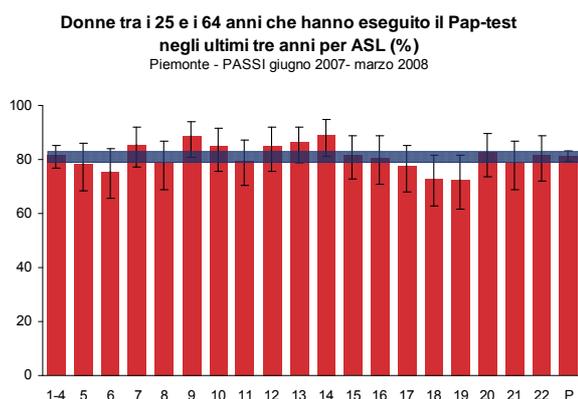
- Nella ASL TO5, tra le 85 donne intervistate nella fascia 25-64 aa considerata a rischio per neoplasia del collo dell'utero, 67 soggetti (79%) hanno riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap-test preventivo siano soprattutto quelle delle fasce di età 35-49 e 50-64 anni,; senza molte difficoltà economiche; con un livello di istruzione più basso. Inoltre l'adesione al protocollo preventivo risulta maggiore in 50 donne che sono coniugate (85%): tale dato è statisticamente significativo.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL TO5 – PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=85)	
Caratteristiche	% donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni* % (N)
Totale	78,8 (67) (IC95%:68,6-86,9)
Classi di età	
25 - 34	63,2 (12)
35 - 49	82,9 (29)
50 - 64	83,9 (26)
Stato civile	
coniugata	84,7 (50)
non coniugata	65,4 (17)
Convivenza	
convivente	79,4 (50)
non convivente	77,3 (17)
Istruzione**	
bassa	79,5 (35)
alta	78 (32)
Difficoltà economiche	
sì	70,4 (38)
no	93,5(29)

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

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

- Nelle ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 72% dell'ASL 19 all'89% dell'ASL 14).

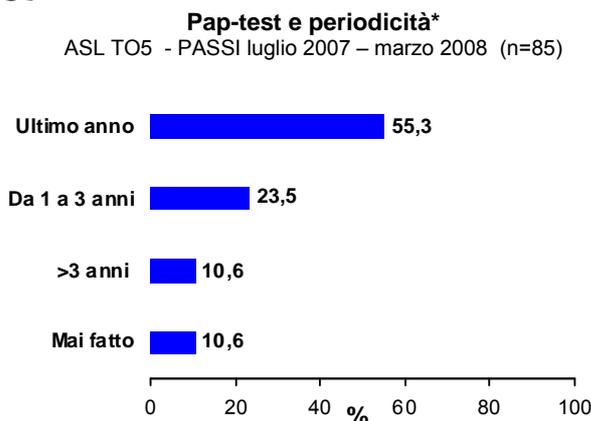


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni.

Periodicità di esecuzione del Pap-test

Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:

- 47 intervistate (55%) hanno riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- 20 intervistate (24%) da uno a tre anni
- 9 intervistate (11%) da più di tre anni.
- Tra le donne intervistate, 9 (11%) non hanno mai eseguito un Pap-test preventivo.

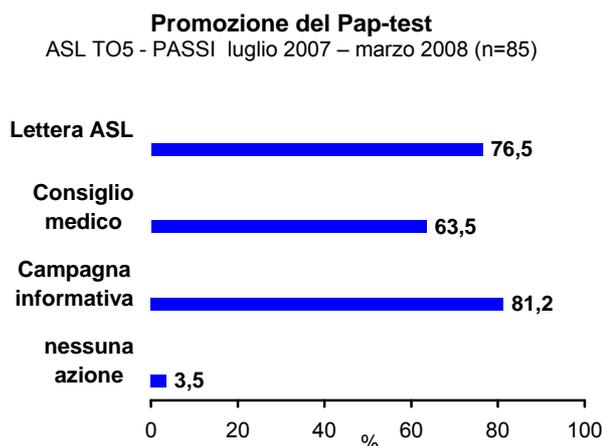


* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Promozione del Pap-test

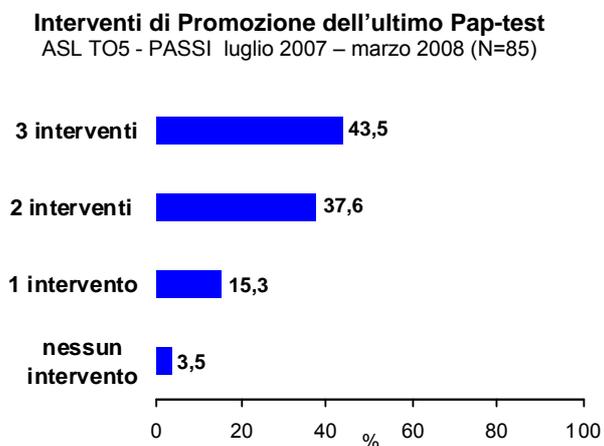
Nella ASL TO5, tra le 85 donne intervistate nella fascia 25-64 aa, considerate a rischio per neoplasia del collo dell'utero:

- 65 donne (77%) con età > o uguale a 25 aa (escluse le isterectomizzate*) hanno riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL;
- 54 donne (64%) hanno riferito di essere state consigliate da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test;
- 69 donne (81 %) hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa



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

- 37 donne (44%) hanno riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), 32 donne (38%) due interventi di promozione 13 donne (15%) un solo intervento.
- Solo tre donne (4%) non hanno ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test

- Nella ASL TO5 si può osservare come tra le donne intervistate nella fascia 25-64 aa considerata a rischio per neoplasia del collo dell'utero, sia diversa la percezione dell'influenza degli interventi di promozione del pap-test:

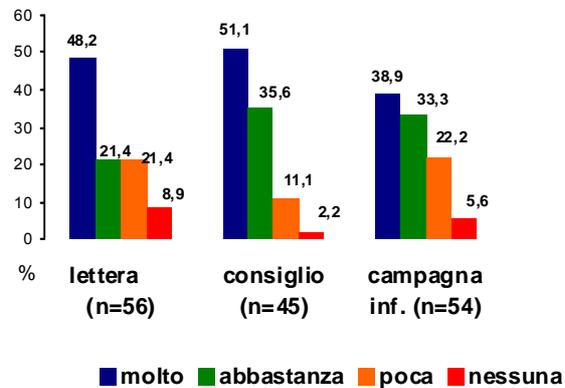
- le donne che hanno ricevuto una lettera sono il 77% (N=65); di queste soltanto 56 donne (86%) riferiscono una diversa percezione dell'influenza degli interventi di promozione del pap-test: 27 donne (48%) sono state molto influenzate in questa scelta; 12 donne (21%) abbastanza; 12 donne (21%) poco influenzate sulla scelta e infine 5 donne (9%) riferiscono nessuna influenza.

- le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte del medico sono il 64% (N=54); di queste soltanto 45 donne (83%) riferiscono una diversa percezione dell'influenza che tale consiglio ha potuto apportare sulla scelta di effettuare lo screening: 23 donne (51%) molta influenza sulla scelta, 16 donne (36%) abbastanza influenza, mentre 5 donne (11%) poca influenza sulla scelta ed infine una donna (2%) nessuna influenza.

- le donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa sono l'81% (N=69); di queste 54 donne (78%) riferiscono una diversa percezione dell'influenza che tale intervento ha potuto apportare sulla scelta di effettuare lo screening: 21 donne (39%) ritengono che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta; 18 donne (33%) abbastanza influenza; mentre 12 donne (22%) poca influenza sulla scelta ed solo tre donne (6%) nessuna influenza

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

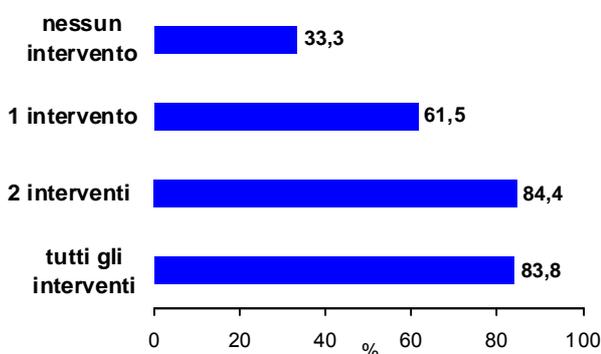


Efficacia della promozione per l'effettuazione del Pap-test

- Nella ASL TO5 solo una donna (33%) tra i 25-64 aa che non ha ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la numerosità sale a 8 (62%) nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), a 27 (84%) con due interventi ed è solo di 31 donne (84%) nonostante siano stati intrapresi tutti e tre gli interventi, non aumentando quindi considerevolmente.

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

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=85)



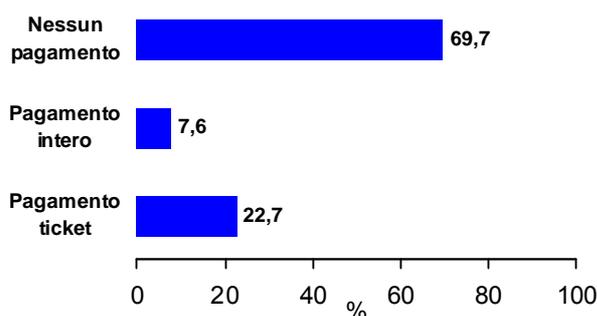
Ha avuto un costo l'ultimo Pap-test?

- Nella ASL TO5, 46 donne (70%) ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap-test; 15 donne (23%) hanno pagato solamente il ticket e 5 (8%) ha pagato l'intero costo dell'esame.

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

Costi del Pap-test per le pazienti

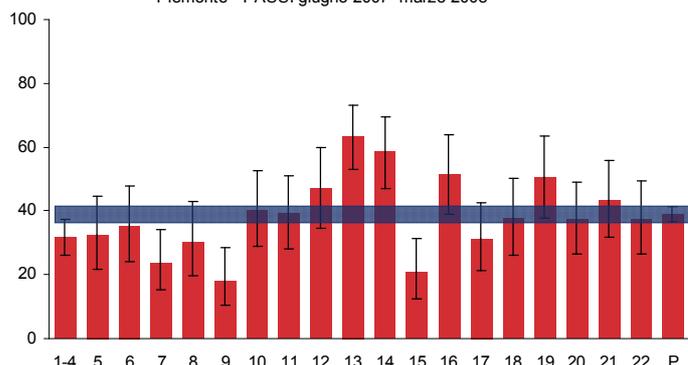
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=66)



Nelle ASL della Regione non si rilevano in generale 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 (range dal 18% dell'ASL 9 al 64% dell'ASL 13), tuttavia, per le ASL 7, 9, 15 la proporzione è inferiore al valore media regionale.

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

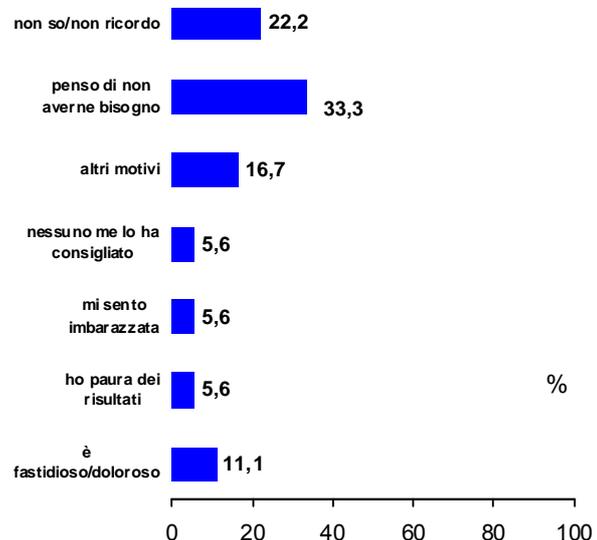
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ASL TO5, 9 donne (11%) di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap-test e 9 donne (11%) di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" per 6 donne (33%)
 - "altri motivi" per 3 donne (17%)
 - "nessuno me lo ha consigliato" per una donna (6%)
 - "mi sento imbarazzata" per una donna (6%)
 - "ho paura dei risultati dell'esame" per una donna (6%)
 - "è fastidioso/doloroso" per 2 donne (11%)
 - Nessuna delle donne intervistate ha riferito tra le motivazioni: "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" o "è difficile prenotare l'esame".
- Solo 4 donne (22%) riferiscono che non ricordano il motivo per cui non hanno effettuato il Pap-test secondo le linee guida.

Motivazione della non effettuazione del Pap-test secondo le linee guida per le pazienti ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=18)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO5 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap-test a scopo preventivo negli ultimi tre anni è alta (79%) anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente ("Prevenzione Serena") e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI aziendale fornisce utili notizie circa la copertura totale (79%) poiché include sia le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (70%), sia quelle che lo hanno effettuato al di fuori del programma, in strutture pubbliche o private (30%). Quest'ultimo tipo di attività rappresenta circa un terzo del totale, considerato che il 23% delle donne paga solo il ticket ed l'8% paga interamente il costo del test. A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (79%) e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (78%), rappresenti una conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap-test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 55% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Le azioni di promozione di questa attività di prevenzione secondaria sono molto diffuse, avendo coinvolto il 79% delle intervistate; la probabilità di effettuare lo screening aumenta all'aumentare del numero di interventi ricevuti – costituiti da lettera dell'asl, consiglio dell'operatore sanitario, campagna informativa (84% con tre interventi; 84% con due interventi), mentre diminuisce la percentuale di donne che aderisce al protocollo quando riceve un solo intervento (62%) o nessun intervento (33%) rispetto ai tre previsti. Delle 18 donne che riferiscono i motivi per cui non si sottopongono all'esame per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero, un terzo delle intervistate (N= 6, cioè il 33%) pensa di non averne bisogno, mentre è interessante il dato che evidenzia come solo 4 donne (22%) non sanno riferire la motivazione o addirittura non ricordano.

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 al 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.

I dati più aggiornati per il Piemonte (2002) stimano 3272 nuovi casi di malattia, pari ad un tasso standardizzato di 118,5/100 000 e corrispondenti al 27,7% di tutti i nuovi casi di tumore nel sesso femminile. Il numero annuo medio di decessi per questa patologia è pari a 1.039, corrispondente al 18% di tutte le morti per cause tumorali.

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. In Piemonte, nel corso del 1998 e del 1999 si è predisposta l'organizzazione, che ha permesso, nel 1999, di attivare lo screening del collo dell'utero in tutti i Dipartimenti Interaziendali Piemontesi. Per lo screening del carcinoma mammario 8 Dipartimenti su 9 erano attivi al termine del 2000, mentre, dal maggio 2001 l'attività si è diffusa in tutti i Dipartimenti, anche se non omogeneamente in tutte le ASL .

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

- Nella ASL TO5, 23 donne (66%) intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.

- Le variabili prese in considerazione nella tabella non influenzano in modo statisticamente significativo la probabilità di dichiarare di aver eseguito la mammografia preventiva negli ultimi due anni, tranne che per l'età: in effetti nella classe 50-59 la probabilità è 1,6 volte superiore a quella della classe di età 60-69 ed il risultato è al limite della significatività statistica.

- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa rispetto a quella alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), 16 donne (62%) hanno riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 37 anni.

- Nelle AUSL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative ad eccezione dell'ASL 21 che presenta valori inferiori a quelli regionali (range dal 49% dell'ASL 21 all'86% dell'ASL 13).

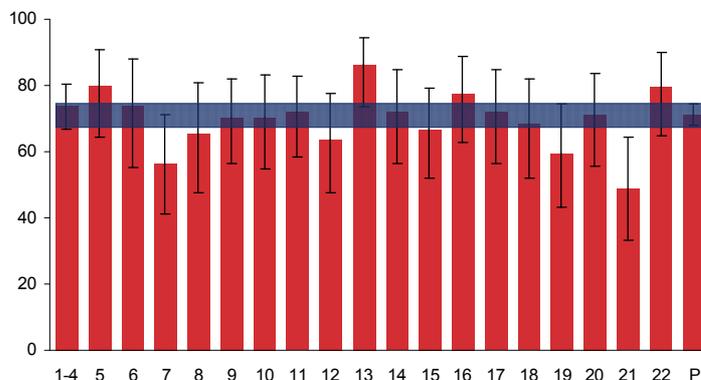
Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL TO5 – PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=35)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni* % (N)
Totale	65,7 (23) (IC95%:47,8-80,9)
Classi di età	
50- 59	82,4 (14)
60 -69	50 (9)
Stato civile	
coniugata	64,3 (18)
non coniugata	71,4 (5)
Convivenza	
convivente	65,5 (19)
non convivente	66,7 (4)
Istruzione**	
bassa	59,3 (16)
alta	87,5 (7)
Difficoltà economiche	
sì	60 (12)
no	73,3 (11)

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

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

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



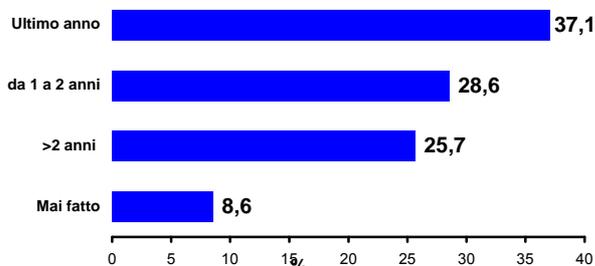
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Mammografia e periodicità*
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=35)

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- 13 donne (37%) hanno riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- 10 donne (29%) da uno a due anni
- 9 donne (26%) da più di tre anni.
- Tre donne (9%) non hanno mai eseguito una mammografia preventiva.



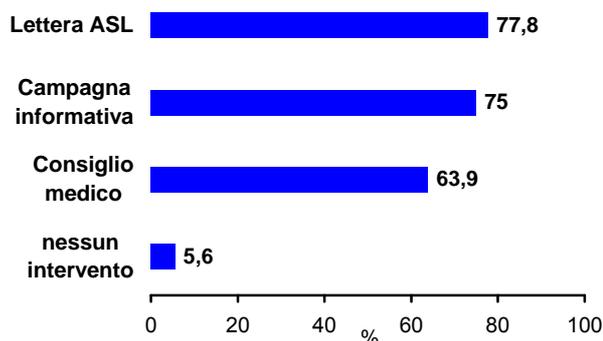
* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

Promozione della mammografia
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=36)

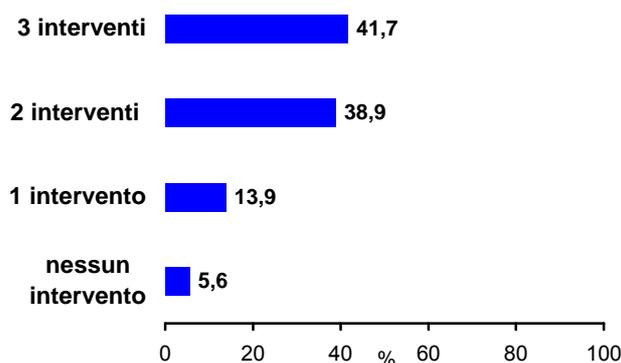
Nella ASL TO5:

- 28 donne intervistate (78%) con 50 anni o più hanno riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL;
- 27 intervistate (75%) ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
- 23 donne (64%) ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.



Interventi di Promozione dell'ultima mammografia
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=36)

- Quindici donne (42%) hanno riferito di aver ricevuto tutti e tre gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), 14 intervistate (39%) due interventi di promozione e 5 donne (14%) uno solo.
- Solo due donne intervistate (6%) non hanno ricevuto alcun intervento di promozione considerati.



Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia

Nella ASL TO5, 28 donne (78%) hanno ricevuto la lettera da parte dell'ASL; tra queste, 20 intervistate (71%) hanno riferito una differente percezione dell'influenza che tale intervento ha avuto sulla scelta di effettuare la mammografia:

- 9 donne (45%) hanno riferito molta influenza;
- 7 donne (35%) abbastanza influenza
- 3 donne (15%) poca influenza sulla scelta
- una sola donna (5%) nessuna influenza

Nell'Asl TO5, 23 donne (64%) hanno ricevuto un consiglio di eseguire la mammografia da parte del medico; tra queste, 18 donne (78%) hanno riferito una differente percezione dell'influenza che tale intervento ha avuto sulla scelta di effettuare la mammografia:

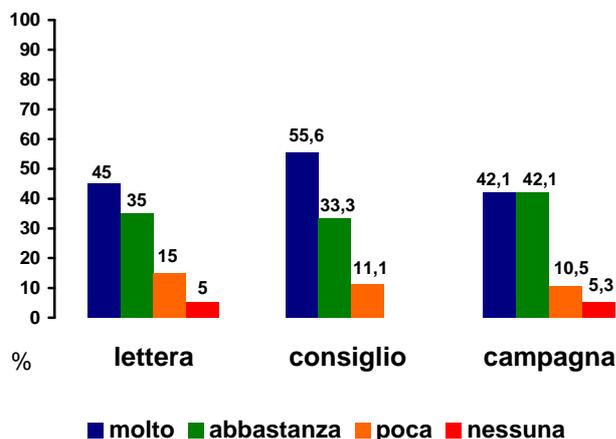
- 10 donne (56%) hanno riferito molta influenza;
- 6 donne (33%) abbastanza influenza;
- 2 donne (11%) poca influenza

Nell'Asl TO5, 27 donne (75%) hanno ricevuto visto o sentito la campagna informativa sulla mammografia; tra queste, 19 donne (70%) hanno riferito una differente percezione dell'influenza che tale intervento ha avuto sulla scelta di effettuare la mammografia:

- 8 donne (42%) hanno riferito molta influenza;
- 8 donne (42%) abbastanza influenza;
- 2 donne (11%) poca influenza
- una donna (5%) nessuna influenza.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=20)



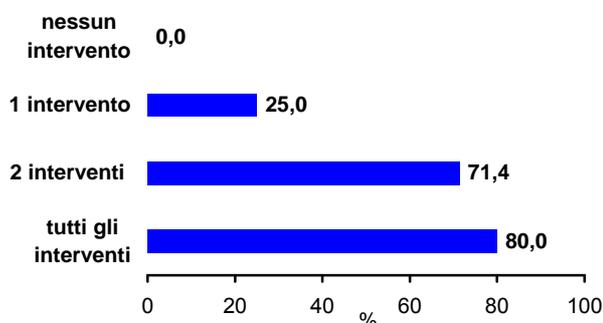
Valutazione dell'efficacia di una promozione per l'effettuazione della Mammografia

Nella ASL TO5 nessuna delle donne di 50-69 aa che non ha ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; l'adesione delle donne al protocollo si incrementa con l'aumentare del numero di interventi di promozione e tale incremento è statisticamente significativo:

- una intervistata (25%) che ha ricevuto almeno un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna) ha aderito al protocollo
- 10 intervistate (71%) che hanno ricevuto due interventi, hanno aderito al protocollo;
- 12 intervistate (80%) che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi hanno aderito al protocollo.

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

ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=35)

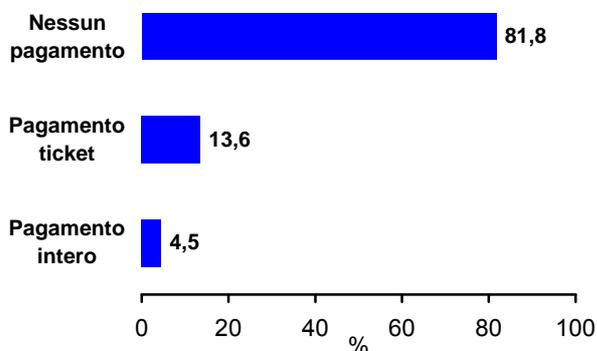


Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL TO5, 18 donne (82%) hanno riferito di non aver effettuato nessun pagamento per la effettuazione dell'ultima Mammografia; tre donne (14%) ha pagato solamente il ticket e una sola donna (5%) ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della mammografia per le pazienti

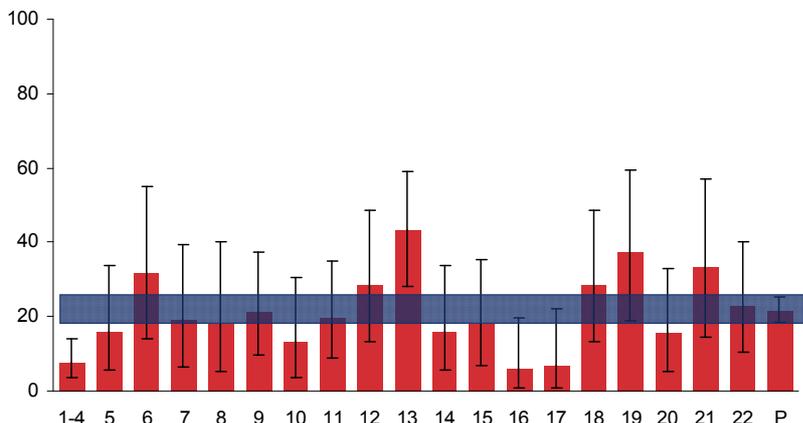
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=22)



- Nelle ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 6% dell'ASL16 dell'ASL13).

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

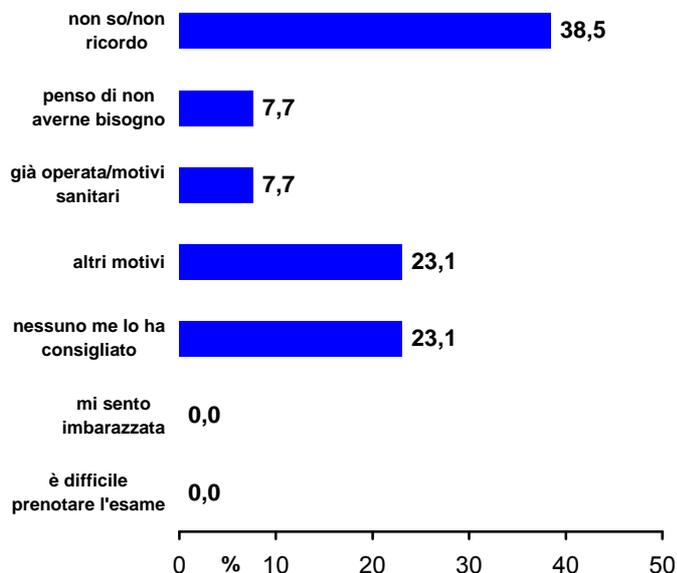
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL TO5, tre donne di 50-69 anni (9%) hanno riferito di non aver mai effettuato la Mammografia e 9 donne (26%) di averla effettuata oltre i 2 anni.

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n= 13)



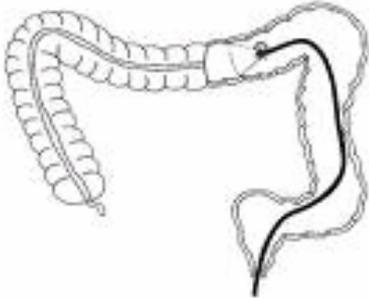
- Le motivazione della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - Una donna (8%) "penso di non averne bisogno"
 - Tre donne (23%) "altri motivi"
 - Tre donne (23%) "nessuno me lo ha consigliato"
 - Una donna (8%) "sono già stata operata/per altri motivi sanitari"
 - Cinque donne (39%) che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".
- Nessuna delle donne intervistate ha annoverato, tra le motivazione di non effettuazione della mammografia i seguenti motivi: "mi sento imbarazzata", "è difficile prenotare l'esame"

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL TO5 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo non è elevata (66%) nonostante la presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Nella popolazione osservata, è emerso che soltanto il 29% delle donne della fascia di età 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, mentre questo dato risulta più elevato nella fascia di età 40-49 aa (62%). Nella fascia 50-69 anni, risulta più elevato il controllo eseguito nel corso dell'ultimo anno (37%), mentre il 26% l'ha eseguita dopo più di 2 anni.

Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata. La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto



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

Nella Regione Piemonte gli ultimi dati disponibili (2002) indicano 1.795 nuovi casi all'anno tra gli uomini e 1.808 tra le donne, corrispondenti ad un tasso standardizzato di 59,4/100.000 negli uomini e 54,6 nelle donne). Queste neoplasie sono mediamente responsabili dell'11-12% dei decessi per tumore, pari a 1.498 nel 2001.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoido - colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 40% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

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

In Piemonte, a partire dal 2003 il programma preventivo di "PREVENZIONE SERENA" offre a tutte le persone che compiono 58 anni d'età la possibilità di eseguire una sigmoidoscopia (FS) una tantum per la prevenzione del tumore al colon-retto. Per chi ha tra 59 e 69 anni e per chi rifiuta di eseguire la sigmoidoscopia il programma offre il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) da effettuare ogni due anni.

Il programma di screening è stato avviato nei Dipartimenti di:

- Torino: dal 2003 con la FS e dal 2004 con il FOBT;
- Novara (ASL 13 e 14): dal 2004 con la FS. L'offerta del FOBT è stata attivata nel 2006 ed estesa a tutto il Dipartimento nel 2007;
- Biella - Vercelli (ASL 11 e 12): dal 2005 sono attivi nella ASL 12 sia il programma FS che il programma che prevede l'offerta del FOBT; nella ASL 11 il programma, dopo una breve fase pilota, riprenderà entro la fine del 2006;
- Asti-Casale (ASL 19 e 21): è stato avviato il programma con FOBT nel corso del 2005; l'attivazione del programma con FS è prevista per l'inizio del 2007;
- Alessandria (ASL 20 e 22): da Dicembre 2005 sono attivi sia il programma FS che il programma FOBT;
- Collegno – Pinerolo (ASL 5 e 10): dall'estate 2005 è attivo il programma con FS; l'avvio dell'offerta del FOBT è previsto per la fine del 2006.

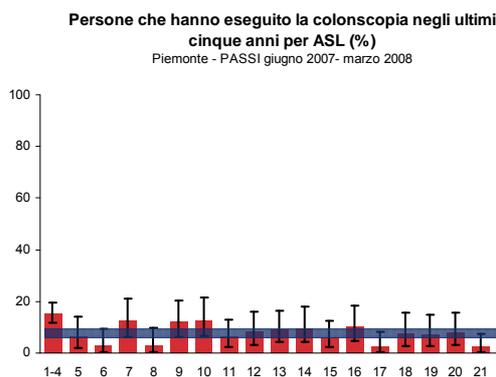
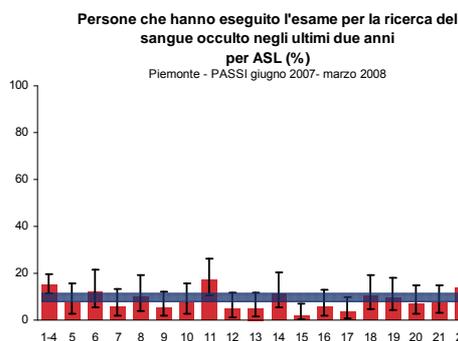
Sono in fase di completamento le procedure preliminari all'avvio del programma nei Dipartimenti di Ivrea (ASL 6, 7, 9), Moncalieri (ASL 8) e Cuneo (ASL 15,16,17,18).

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

- Nella ASL TO5 9 intervistati (13%) riferiscono di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Sette persone intervistate (10%) riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Due persone intervistate (3%) riferiscono aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida		
Colon-retto (50-69 anni)		
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 - marzo 2008 (n=71)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale % (N)	Colonscopia % (N)
Totale	9,9 (7) (IC95% 4,1-19,3)	2,8 (2) (IC95% 0,3-9,8)
Classi di età		
50 - 59	13,2 (5)	5,3 (2)
60 - 69	6,1 (2)	0 (0)
Sesso		
uomini	14,3 (5)	2,9 (1)
donne	5,6 (2)	2,8 (1)
Istruzione		
bassa	11,5 (6)	1,9 (1)
alta	5,3 (1)	5,3 (1)
Difficoltà economiche		
sì	7,9 (3)	2,6 (1)
no	12,1 (4)	3 (1)

- Nelle USL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni non mostra differenze statisticamente significative (range dal 2% dell'ASL15 al 17% dell'ASL11).
- Nelle AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative (range dal 2% dell'ASL 21 all'15% dell'ASL 1-4).



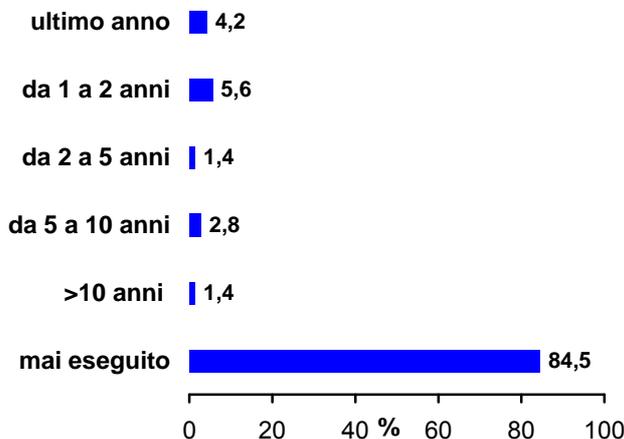
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali?

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- Tre intervistati (4%) hanno riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- Quattro intervistati (6%) da uno a due anni
- Un intervistato (1%) da due a cinque anni
- Due intervistati (3%) da 5 a 10 anni
- Un intervistato (1%) da più di 10 anni
- Sessanta intervistati (85%) non hanno mai eseguito il test.

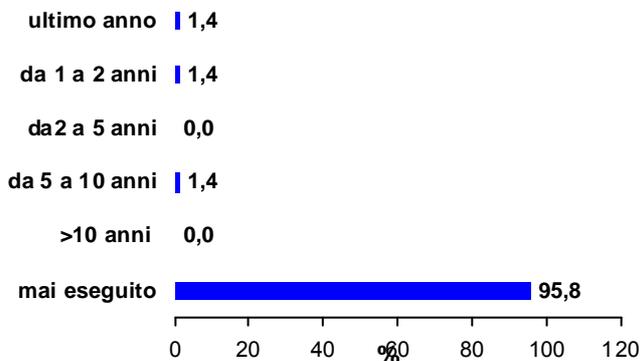
Sangue occulto e periodicità*
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=71)



Rispetto alla colonscopia:

- Un intervistato (1%) ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- Un intervistato (1%) ha riferito l'effettuazione da uno a due anni
- Un intervistato (1%) ha riferito l'effettuazione da cinque a dieci anni;
- sessantotto intervistati (96%) non hanno mai eseguito il test.

Colonscopia e periodicità*
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=71)

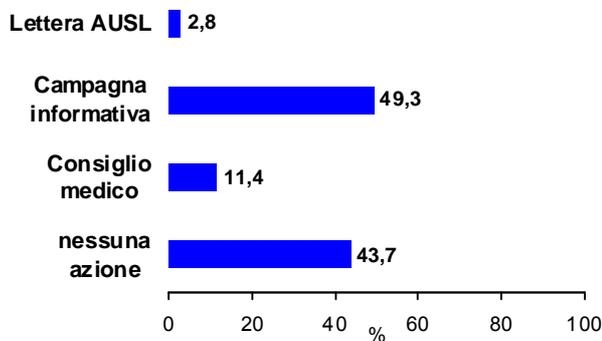


Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali?

Nella ASL TO5:

- due intervistati (3%) con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL;
- otto intervistati (11%) hanno riferito di essere stati consigliati da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto;
- trentacinque intervistati (49%) hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
- trentun intervistati (44%) hanno riferito di non aver recepito alcun tipo di intervento.

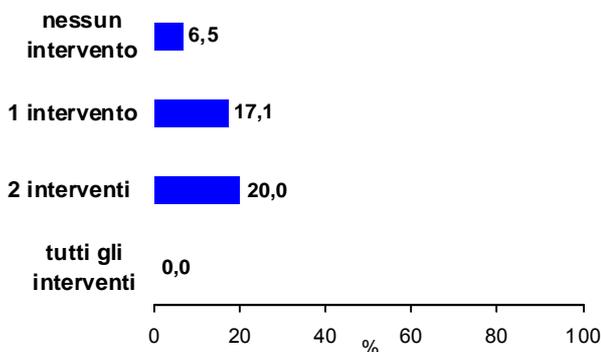
Promozione dello screening colon-rettale
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (N=71)



Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali?

- Nella ASL TO5, tra i 31 intervistati di 50-69 aa che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, solo due (7%) hanno effettuato l'esame nei tempi raccomandati;
- Tra i 35 intervistati che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), sei (17%) hanno effettuato l'esame nei tempi raccomandati;
- Tra i 5 intervistati che hanno ricevuto due interventi tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), un intervistato (20%) ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati;

Interventi di promozione e effettuazione dello screening colon-rettale secondo le Linee Guida
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008

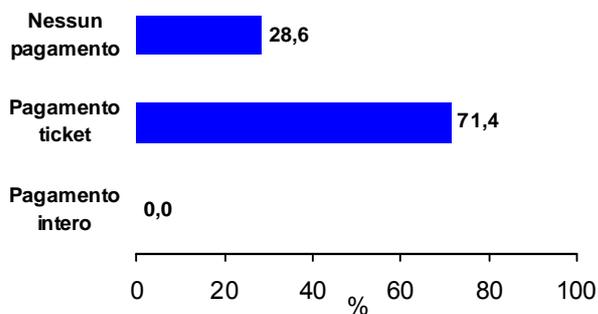


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL TO5 due (29%) 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, mentre 5 (71%) ha pagato solamente il ticket.

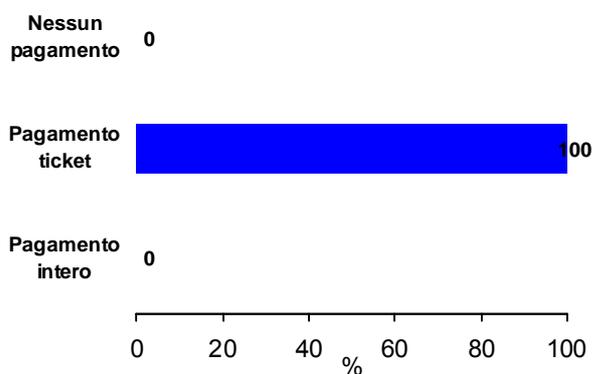
Le uniche due persone hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni hanno pagato entrambe il ticket.

Costi della ricerca di sangue occulto
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=7)

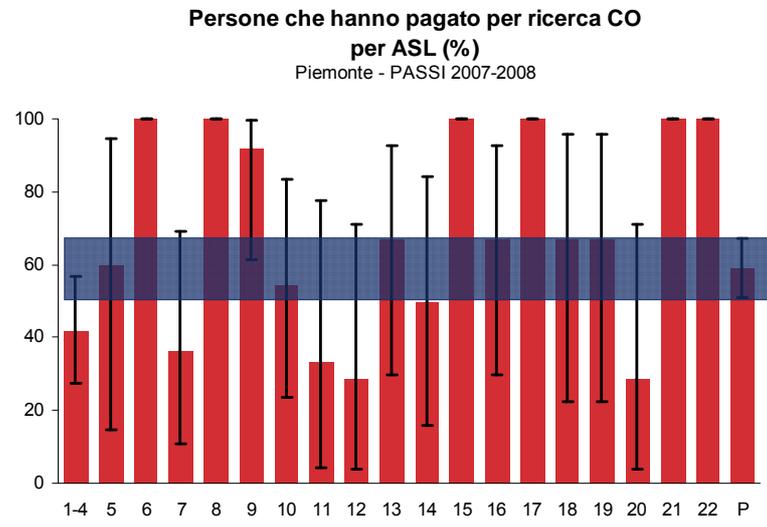
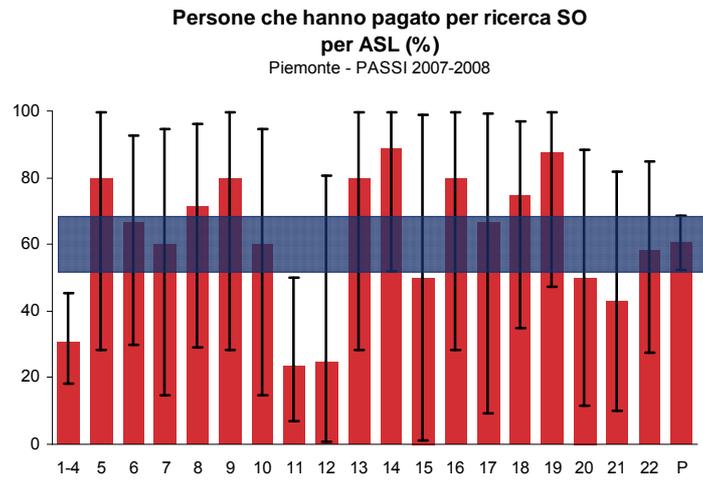


Costi della colonscopia
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=2)

Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento) o in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket), con una prevalenza di interventi al di fuori del programma di screening.



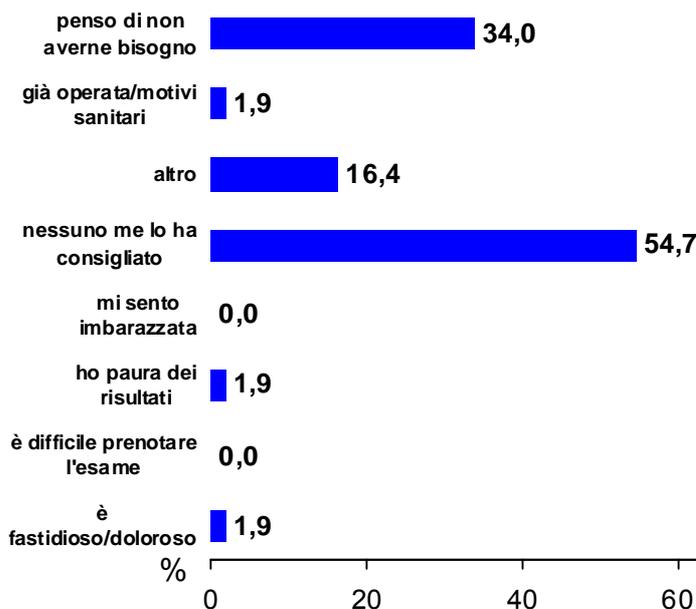
- Nelle AUSL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 24% dell'ASL 11 al 89% dell'ASL 14).
- Per quel che riguarda la colonscopia, non ci sono differenze statisticamente significative tra le AUSL della regione (range dal 29% dell'ASL 20 al 100% delle ASL 8, 15, 21, 22).



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

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
ASL TO5 - PASSI luglio 2007 – marzo 2008 (n=53)

- Nella ASL TO5 l'80% (N=57) delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
 - 18 intervistati (34%) riferiscono "penso di non averne bisogno"
 - 3 intervistati (6%) riferiscono "altro"
 - 29 intervistati (55%) riferiscono "nessuno me lo ha consigliato";
 - Un intervistato (2%) riferisce "ho paura dei risultati dell'esame";
 - Un intervistato (2%) riferisce "sono già stata operato/per altri motivi sanitari";
 - 1 intervistato (2%) riferisce "è fastidioso/doloroso".



Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle ASL della Regione Piemonte è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

RIEPILOGO DELLE CONCLUSIONI

Il campione nella ASL TO5 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

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

La percezione della salute

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

Si stima che nella ASL TO5 il 35% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 29% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La letteratura scientifica suggerisce che la sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane, le donne e le persone con difficoltà economiche.

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

In meno di 1/3 dei casi i medici dell'ASL TO5 si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

Tuttavia l'attività degli operatori sanitari dovrebbe integrarsi con politiche di promozione della salute che tengano presente che:

- l'efficacia è maggiore quanto più i programmi sono coordinati: l'incoraggiamento dell'attività fisica, correlato al controllo delle abitudini alimentari e all'astensione dal fumo di sigaretta;
- le azioni dovrebbero essere volte alla riduzione degli ostacoli, agendo sia sull'individuo sia sugli ambienti di vita.

Abitudine al fumo

Nella ASL TO5 si evidenzia un gruppo a rischio: i giovani adulti 18-34enni che contano più del 40% di fumatori.

Curiosamente non si rilevano differenze per lo stato sociale, in controtendenza rispetto ai dati regionali.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

In particolare diventano cruciali:

- Interventi di prevenzione primaria rivolti alla fascia giovanile;
- Interventi di cessazione dell'abitudine al fumo, in analogia con quanto proposto dalle Linee Guida regionali, che prevedono, tra l'altro, la valorizzazione dei centri antifumo.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Situazione nutrizionale

Nella ASL TO5 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese (6%), particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in soprappeso (33%). In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 56% percepisce il proprio peso come "troppo alto" (46% tra gli uomini e 78% tra le donne), la maggior parte

giudica la propria alimentazione in senso positivo e il 18%) della popolazione intervistata (il 15% dei sottopeso/normopeso e il 22% dei soprappeso/obesi una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 36% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (68%).

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.

Prove di efficacia di crescente consistenza indicano che la promozione della salute nell'ambito dell'alimentazione è capace di ottenere guadagni di salute ad un costo minore rispetto ai trattamenti medici, sia nei gruppi a rischio che nei pazienti. Gli interventi di comunità hanno una maggiore efficacia quando l'azione educativa è abbinata a misure strutturali (organizzative, normative, legislative...) che facilitano e rinforzano cambiamenti sostenibili nelle abitudini alimentari.

Consumo di frutta e verdura

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà (45%) ne assume almeno 3 porzioni, ma solo il 13% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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.

Prove di efficacia di crescente consistenza indicano che la promozione della salute nell'ambito dell'alimentazione è capace di ottenere guadagni di salute ad un costo minore rispetto ai trattamenti medici, sia nei gruppi a rischio che nei pazienti. Gli interventi di comunità hanno una maggiore efficacia quando l'azione educativa è abbinata a misure strutturali (organizzative, normative, legislative...) che facilitano e rinforzano cambiamenti sostenibili nelle abitudini alimentari.

Consumo di alcool

Nella ASL TO5 si stima che circa due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

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

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

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

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

Sicurezza stradale

Nella ASL TO5 si registra un discreto livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza per quanto riguarda l'impiego delle cinture di sicurezza anteriori e sull'uso del casco, mentre risulta insufficiente l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. Uno studio condotto da Servadei nel 2003 stima che dopo l'introduzione della norma che rende obbligatorio il casco per i ciclomotori, il numero di accessi in pronto soccorso per incidenti con motociclo si sia ridotto del 66%.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema piuttosto diffuso, soprattutto nella popolazione maschile. Nell'Asl TO5 soltanto il 15% della popolazione studiata riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol.

La letteratura scientifica internazionale suggerisce che la guida sotto influsso di alcolici sia efficacemente prevenibile con interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione all'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare riguardo al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Infortuni domestici

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL TO5 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

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

Risulta dunque rilevante la pianificazione di interventi preventivi programmati almeno su due differenti livelli:

1. attivazione di campagne di informazione e di educazione alla sicurezza;
2. realizzazione di interventi strutturali sul patrimonio edilizio pubblico e privato, da attuarsi in collaborazione con gli altri enti istituzionalmente deputati (comuni, province, etc.).

Si evidenzia complessivamente la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Vaccinazione antinfluenzale

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Nell'anno 2005-6, nonostante la massiccia campagna informativa regionale e gli innumerevoli interventi di sensibilizzazione alla vaccinazione effettuati dai mezzi di comunicazione nazionali la copertura vaccinale stimata nella popolazione ultra sessantacinquenne è risultata pari al 59% con un incremento del solo 6% rispetto alla precedente campagna vaccinale. Nel corso della campagna vaccinale 2005-2006 complessivamente sono state somministrate 745.387 dosi di vaccino antinfluenzale, pari al 14% in più della precedente campagna vaccinale.

E' confermato l'aumento delle dosi di vaccino somministrate dai medici di medicina generale (MMG) rispetto alle dosi totali somministrate dai servizi vaccinali delle ASL piemontesi; l'aumento è registrato in progressione a partire dalla stagione 2000-2001 e nella stagione 2005-2006 le dosi somministrate dai MMG sono risultate pari al 75% del totale.

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

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

Ipertensione arteriosa

Nella ASL TO 5 si stima che sia iperteso circa il 23% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 38% degli ultracinquantenni e il 5% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione (8%) 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; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Ipercolesterolemia

Si stima che al 17% della popolazione di 18-69 anni della Regione Piemonte non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 28 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 40 % tra le persone di 50-69 anni.

Nella ASL TO5, il 28% della popolazione con età di 18-69 anni risulta non sia stato mai stato sottoposto a misurazione del livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 23% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 66% tra le persone di 50-69 anni.

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

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

Calcolo del rischio cardiovascolare

Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche. Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

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

Nel 2007 è stata effettuata in Piemonte un'indagine per studiare le conoscenze e le modalità di rilevazione del rischio cardiovascolare tra i medici di famiglia, la conoscenza della diffusione e dell'impatto di alcuni fattori di rischio nella popolazione regionale e le principali strategie assistenziali messe in atto con i pazienti a rischio. Da tale analisi emerge che, accanto alla necessità culturale di integrare la clinica con la prevenzione, vi è un chiaro bisogno di rivedere l'impianto organizzativo dell'attività ambulatoriale per favorire non solo l'uso della carta del rischio, ma anche la gestione degli interventi che dal suo utilizzo possono derivare: richiami dei pazienti per successivi controlli, monitoraggio delle terapie, valutazione di esito.

Depressione

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

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

Pap-test

Nella ASL TO5 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap-test a scopo preventivo negli ultimi tre anni è alta (79%) anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente ("Prevenzione Serena") e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI aziendale fornisce utili notizie circa la copertura totale (79%) poiché include sia le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (70%), sia quelle che lo hanno effettuato al di fuori del programma, in strutture pubbliche o private (30%). Quest'ultimo tipo di attività rappresenta circa un terzo del totale, considerato che il 23% delle donne paga solo il ticket ed l'8% paga interamente il costo del test. A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (79%) e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (78%), rappresenti una conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap-test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 55% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Le azioni di promozione di questa attività di prevenzione secondaria sono molto diffuse, avendo coinvolto il 79% delle intervistate; la probabilità di effettuare lo screening aumenta all'aumentare del numero di interventi ricevuti – costituiti da lettera dell'asl, consiglio dell'operatore sanitario, campagna informativa (84% con tre interventi; 84% con due interventi), mentre diminuisce la percentuale di donne che aderisce al protocollo quando riceve un solo intervento (62%) o nessun intervento (33%) rispetto ai tre previsti. Delle 18 donne che riferiscono i motivi per cui non si sottopongono all'esame per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero, un terzo delle intervistate (N= 6, cioè il 33%) pensa di non averne bisogno, mentre è interessante il dato che evidenzia come solo 4 donne (22%) non sanno riferire la motivazione o addirittura non ricordano.

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 al fuori di esso.

Mammografia

Nella ASL TO5 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo non è elevata (66%) nonostante la presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Nella popolazione osservata, è emerso che soltanto il 29% delle donne della fascia di età 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, mentre questo dato risulta più elevato nella fascia di età 40-49 aa (62%). Nella fascia 50-69 anni, risulta più elevato il controllo eseguito nel corso dell'ultimo anno (37%), mentre il 26% l'ha eseguita dopo più di 2 anni. Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata. La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Nonostante le prove di efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle ASL della Regione Piemonte è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Appendice

MONITORAGGIO luglio 2007-marzo 2008

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**
- **Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**
- **Modalità di reperimento del numero telefonico**
- **Distribuzione delle interviste per orari/giorni**

Per meglio comprendere il significato dei dati 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 un'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 n. di telefono, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i sei 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 intervista" e sostituita
- **Senza telefono rintracciabile**: di cui non è stato possibile rintracciare il n. telefonico 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.

Tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata:

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

(Eleggibili intervistati/(Eleggibili intervistati e Eleggibili non intervistati (contattati e non)))

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine. Per una valutazione più approfondita dell'adesione vanno anche considerati il tasso di rifiuto, il tasso di non-reperibilità ed il tasso di sostituzione.

Tasso di risposta per intervistatore e mese

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio-agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO							75	80	100	57,1	80		76
BROTTO							75	100	100	100			92,3
CASTAGNO							100	80	80	100	83,3		87
DELLAVALLE							100	100	100	66,7	100		90,9
DESTRADIS							66,7						66,7
GENTILE							100	83,3	100	45,5	66,7		70
GIULIANO							50						50
PONTE							100	80	100	83,3	100		90,5
TOTALE ASL							79,3	86,2	96	65,7	84		81,1
TOTALE REGIONALE				100		83,9	79,7	84,1	82,4	83,6	82,3		82,5
TOTALE NAZIONALE			100	85,8	89	84	83,1	84,4	85,7	84,9	85,6	90	85

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. Riassume in un unico indicatore il tasso di rifiuto e quello di non reperibilità.

$$\frac{\text{non rep} + \text{rifiuti}}{\text{tot} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} \cdot 100$$

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

In caso il tasso dovesse risultare troppo alto si raccomanda di verificare:

- il tasso di non reperibilità
- il tasso di rifiuto
- e seguire le rispettive raccomandazioni

Tasso di sostituzione per intervistatore e mese

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio-agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO							25	20	0	42,9	20		24
BROTTO							25	0	0	0			7,7
CASTAGNO							0	20	20	0	16,7		13
DELLAVALLE							0	0	0	33,3	0		9,1
DESTRADIS							33,3						33,3
GENTILE							0	16,7	0	54,5	33,3		30
GIULIANO							50						50
PONTE							0	20	0	16,7	0		9,5
TOTALE ASL							20,7	13,8	4	34,3	16		18,9
TOTALE REGIONALE				0		16,1	20,3	15,9	17,6	16,4	17,7		17,5
TOTALE NAZIONALE			0	14,2	11	16	16,9	15,6	14,3	15,1	14,4	10	15

Tasso di sostituzione per intervistatore, sesso e totale

	M	F	non indicato	M+F
BOSCOLO	11,1	31,3		24
BROTTO	0	12,5		7,7
CASTAGNO	23,1	0		13
DELLAVALLE	20	0		9,1
DESTRADIS		33,3		33,3
GENTILE	38,1	11,1		30
GIULIANO	60	0		50
PONTE	7,7	12,5		9,5
TOTALE ASL	23,7	13,4		18,9
TOTALE NAZIONALE	16,5	13,5		15
TOTALE REGIONALE	19,6	15,3		17,5

Tasso di sostituzione per intervistatore e classi di età

	[18-34]	[35-49]	[50-69]	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO	22,2	0	33,3		24
BROTTO	0	0	14,3		7,7
CASTAGNO	0	0	10	100	13
DELLAVALLE	16,7	0	12,5		9,1
DESTRADIS		0	50		33,3
GENTILE	28,6	10	46,2		30
GIULIANO		33,3	66,7		50
PONTE	0	10	14,3		9,5
TOTALE ASL	13,9	7	27,4	100	18,9
TOTALE REGIONALE	16,5	14,5	15,2	98	17,5
TOTALE NAZIONALE	12,9	13,3	12,5	96,8	15

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.

Tasso grezzo di rifiuto sulla popolazione indagata:

$$REFI = \frac{\text{N. rifuoti}}{\text{N. interviste} + \text{rifuoti} + \text{non reperibili}} \cdot 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto si raccomanda 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 risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Altri elementi da verificare in caso di molti rifiuti:

- i rifiuti sono distribuiti uniformemente oppure ci sono realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di rifiuti?
- i rifiuti sono distribuiti uniformemente oppure ci sono grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse?
- è stata condotta una comunicazione efficace alla popolazione sull'esistenza, il funzionamento e il rationale del sistema (distribuzione di locandine, depliant a medici, servizi di igiene pubblica, farmacie, comuni, biblioteche, ecc.; comunicato stampa, lettera a medici di medicina generale)? Il materiale necessario è scaricabile da www.epicentro.iss.it/passi.
- il contesto territoriale è caratterizzato da una forte sfiducia/confliittualità dei cittadini verso le istituzioni per motivi indipendenti dal sistema PAS

Tasso di rifiuto per intervistatore e mese

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio- agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO							25	20	0	28,6	20		20
BROTTO							25	0	0	0			7,7
CASTAGNO							0	0	20	0	16,7		8,7
DELLAVALLE							0	0	0	16,7	0		4,5
DESTRADIS							33,3						33,3
GENTILE							0	16,7	0	36,4	16,7		20
GIULIANO							33,3						33,3
PONTE							0	0	0	16,7	0		4,8
TOTALE ASL							17,2	6,9	4	22,9	12		13,3
TOTALE REGIONALE				0		10,1	14,2	12,3	14,9	11,8	13,3		12,9
TOTALE NAZIONALE			0	10,5	7,5	10,8	12	11,6	11,1	10,8	11,1	10	11

Tasso di rifiuto per intervistatore, sesso e totale

	M	F	non indicato	M+F
BOSCOLO	11,1	25		20
BROTTO	0	12,5		7,7
CASTAGNO	15,4	0		8,7
DELLAVALLE	10	0		4,5
DESTRADIS		33,3		33,3
GENTILE	23,8	11,1		20
GIULIANO	40	0		33,3
PONTE	0	12,5		4,8
TOTALE ASL	14,5	11,9		13,3
TOTALE REGIONALE	14,8	11		12,9
TOTALE NAZIONALE	12,1	9,8		11

Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{\text{nt.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \cdot 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto si raccomanda di verificare:

- i non reperibili sono distribuiti uniformemente oppure ci sono realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili?

- i non reperibili sono distribuiti uniformemente oppure ci sono grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse?

Tasso di rifiuto per intervistatore e classi di età

	[18-34]	[35-49]	[50-69]	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO	22,2	0	25		20
BROTTO	0	0	14,3		7,7
CASTAGNO	0	0	0	100	8,7
DELLAVALLE	16,7	0	0		4,5
DESTRADIS		0	50		33,3
GENTILE	28,6	0	30,8		20
GIULIANO		0	66,7		33,3
PONTE	0	0	14,3		4,8
TOTALE ASL	13,9	0	19,4	100	13,3
TOTALE REGIONALE	11,9	9,5	11,6	86,3	12,9
TOTALE NAZIONALE	8,4	8,6	9,4	90,7	11

A livello di ASL:

- verificare se gli intervistatori rispettano effettivamente e sufficientemente la regola di telefonare in giorni ed orari diversi;
- si può consultare una seconda fonte per accertarsi della correttezza del numero telefonico?
- è possibile scrivere una lettera per chiedere alla persona non rintracciabile di mettersi in contatto con l'intervistatore?

Tasso di non reperibilità per intervistatore e mese

	Gennaio	Febbraio	marzo	aprile	maggio	Giugno	Luglio agosto	Settembr e	Ottobre	Novembr e	Dicembr e	non indicato	Totale Interviste
BOSCOLO							0	0	0	14,3	0		4
BROTTO							0	0	0	0			0
CASTAGNO							0	20	0	0	0		4,3
DELLAVALLE							0	0	0	16,7	0		4,5
DESTRADIS							0						0
GENTILE							0	0	0	18,2	16,7		10
GIULIANO							16,7						16,7
PONTE							0	20	0	0	0		4,8
TOTALE ASL							3,4	6,9	0	11,4	4		5,6
TOTALE REGIONALE				0		6	6	3,6	2,7	4,6	4,4		4,6
TOTALE NAZIONALE			0	3,7	3,5	5,2	4,9	4	3,1	4,4	3,3	0	4,1

Tasso di non reperibilità per intervistatore, sesso e totale

	M	F	non indicato	M+F
BOSCOLO	0	6,3		4
BROTTO	0	0		0
CASTAGNO	7,7	0		4,3
DELLAVALLE	10	0		4,5
DESTRADIS		0		0
GENTILE	14,3	0		10
GIULIANO	20	0		16,7
PONTE	7,7	0		4,8
TOTALE ASL	9,2	1,5		5,6
TOTALE REGIONALE	4,8	4,3		4,6
TOTALE NAZIONALE	4,4	3,7		4,1

Tasso di non reperibilità per intervistatore e classi di età

	[18-34]	[35-49]	[50-69]	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO	0	0	8,3		4
BROTTO	0	0	0		0
CASTAGNO	0	0	10	0	4,3
DELLAVALLE	0	0	12,5		4,5
DESTRADIS		0	0		0
GENTILE	0	10	15,4		10
GIULIANO		33,3	0		16,7
PONTE	0	10	0		4,8
TOTALE ASL	0	7	8,1	0	5,6
TOTALE REGIONALE	4,6	5	3,7	11,8	4,6
TOTALE NAZIONALE	4,4	4,7	3	6,2	4,1

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.

$$\text{Tasso di eleggibilità "e"} = \frac{\text{N. int.} \cdot \text{rff.}}{\text{N. int.} \cdot \text{rff.} + \text{pers. non reper.} + \text{int.} + \text{dec.} + \text{no telefono} + \text{chiamati} + \text{fuori dal range di età}} \cdot 100$$

Tasso di eleggibilità per intervistatore

Intervistatore	Tasso di eleggibilità
BOSCOLO	88,9
BROTTO	100
CASTAGNO	91,7
DELLAVALLE	91,3
DESTRADIS	100
GENTILE	96,4
GIULIANO	83,3
PONTE	90,9
TOTALE ASL	92,5
TOTALE REGIONALE	95,6
TOTALE NAZIONALE	95,3

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

E' un indicatore che serve per verificare:

- la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza);
- 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;
- la presenza di altri motivi di esclusione.

Motivi di non eleggibilità

Motivi di non eleggibilità	Numero	%
e' senza telefono	7	38,9
residente o domiciliato stabilmente altrove	7	38,9
istituzionalizzato (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)	2	11,1
grave disabilità psico/fisica	2	11,1
Totale	18	100

Percentuale di lettere ricevute

Si calcola dividendo il numero di chi ha risposto "si" alla domanda 0.1 per il totale di rispondenti alla domanda 0.1:

$$\frac{\text{N lettere ricevute}}{\text{totale rispondenti Domanda 0.1}} \cdot 100$$

Dom. 0.1: "Ha ricevuto per posta la lettera dell'ASL che Le preannunciava un'intervista telefonica?"

Aver ricevuto la lettera è un fattore importante per facilitare il consenso a fare l'intervista.

Una percentuale bassa di lettere ricevute può dipendere da:

- problemi delle poste;
- problemi della posta interna aziendale;
- invio delle lettere con insufficiente anticipo: i primi intervistati del mese non hanno ricevuto ancora la lettera;
- invio delle lettere con troppo anticipo: la lettera è arrivata ma molto tempo prima e la persona non ricorda più di averla ricevuta;
- una parte di intervistati potrebbe aver gettato la lettera e rispondere no anche se in realtà l'ha ricevuta.

Percentuale di lettere ricevute per intervistatore e mese

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio-agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO							66,7	100	50	100	100		84,2
BROTTO							100	100	100	100			100
CASTAGNO							100	100	100	100	100		100
DELLAVALLE							66,7	75	100	50	80		75
DESTRADIS							100						100
GENTILE							66,7	80	100	50	50		66,7
GIULIANO							100						100
PONTE							100	100	100	100	100		100
TOTALE ASL							87	92	91,7	76,9	85,7		
TOTALE REGIONALE				100		82	86,4	90	88,9	86,3	86,4		86,7
TOTALE NAZIONALE			100	71,8	78,6	78,1	78,4	79,1	77,4	77,6	77,7	55,6	77,8

Percentuale dei "senza telefono rintracciabile"

E' la percentuale di persone 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 sul totale di persone indagate.

$$\frac{\text{senza telefono rintracciabile}}{\text{N INTERVISTE} \cdot \text{risultati} - \text{non reperibili} - \text{senza telefono} - \text{non eleggibili}} \cdot 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto si raccomanda di verificare:

- Distribuzione percentuale delle diverse modalità di reperimento numero telefonico e verificare l'applicazione delle procedure;
- Il tasso di coinvolgimento del medico.

Percentuale dei "senza telefono rintracciabile" per intervistatore e mese

Intervistatori	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio- agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO							0	0	0	11,1	0		3,3
BROTTO							0	0	0	0			0
CASTAGNO							0	0	0	0	0		0
DELLAVALLE							16,7	16,7	25	0	0		12,5
DESTRADIS							0						0
GENTILE							0	0	0	0	0		0
GIULIANO							0						0
PONTE							0	0	0	16,7	0		7,4
TOTALE ASL							2,9	3,1	6,7	6,7	0		4,2
TOTALE REGIONALE				0		7,4	8	9,7	11,2	11	10,2		9,6
TOTALE NAZIONALE			0	6,6	6,3	6,3	6,7	7,5	8,5	8,1	8,2	0	7,5

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 una 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.

Distribuzione percentuale delle diverse modalità di reperimento del numero telefonico sul totale di numeri telefonici reperiti (dai diari inseriti con questa informazione)

Modalità	numero	%
Già presente (anagrafe sanitaria)	79	60,8
Pagine Bianche	8	6,2
MMG	8	6,2
Anagrafe comunale	2	1,5
Altre fonti aziendali	30	23,1
Parenti, vicini, ecc.	3	2,3
TOTALE ASL	130	100

Tasso di coinvolgimento del medico

*numero di casi con coinvolgimento dell'Asli - utile non utile = 100
 n interviste : rifiuti : non ripetibili : non eleggibili*

Tasso di coinvolgimento MMG per intervistatore e mese

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio-agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	non indicato	Tot. Int.
BOSCOLO							40	40	25	12,5	0		20,7
BROTTO							0	0	0	0			0
CASTAGNO							0	33,3	0	0	0		8
DELLAVALLE							20	20	16,7	0	0		10,7
DESTRADIS							0						0
GENTILE							66,7	33,3	25	33,3	33,3		35,7
GIULIANO							0						0
PONTE							0	0	0	10	0		4
TOTALE ASL							15,2	22,6	10,7	12,8	7,4		13,9
TOTALE REGIONALE				0		8,8	9,1	6,6	4,1	4,7	5,8		6,5
TOTALE NAZIONALE			0	14,5	12,7	9,8	8,7	9,7	8,4	9,1	8,9	0	9,6

Distribuzione oraria e settimanale delle interviste

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

Distribuzione oraria delle interviste

Orario	N. interviste	%
[7-13[	42	36,2
[13-15[	22	19
[15-19[	36	31
[19-20[	6	5,2
[20 e oltre	10	8,6
Totale	116	100

Distribuzione settimanale delle interviste

Orario	N. interviste	%
feriale	107	92,2
sabato	6	5,2
festivo	2	1,7
non indicato	1	0,9
Totale	116	100

Distribuzione oraria e settimanale delle interviste

	festivo		sabato		feriale		non indicato		totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
[7-13[			3	50	39	36,4			42	36,2
[13-15[	2	100	1	16,7	18	16,8	1	100	22	19
[15-19[					36	33,6			36	31
[19-20[					6	5,6			6	5,2
[20 e oltre			2	33,3	8	7,5			10	8,6
non indicato										
Totale	2	100	6	100	107	100	1	100	116	100

Durata media dell'intervista

Sono state escluse interviste con durata negativa o maggiore di 180 minuti

E' importante per verificare il "peso" dell'intervista sia per l'intervistatore sia per l'intervistato. Serve anche per la valutazione del carico di lavoro associato e per misurare l'efficacia dello strumento CATI.

Modalità di compilazione	Durata media (minuti)	Mediana	Min	Max
CATI	19	15	15	30
non indicato	20	20	15	25
Cartaceo (+ stima della durata del data entry)	21	20	10	78
Complessiva	20	20	10	78

Durata media per intervistatore

Intervistatore	Durata media (minuti)	Mediana	Min	Max
BOSCOLO	25	25	15	35
BROTTO	24	25	20	30
CASTAGNO	14	15	10	20
DELLAVALLE	18	15	10	30
DESTRADIS	33	33	30	35
GENTILE	20	17	10	35
GIULIANO	22	20	20	25
PONTE	25	22	10	78
TOTALE ASL	20	20	10	78
TOTALE REGIONALE	23	20	5	156
TOTALE NAZIONALE	23	20	1	180

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. Epidemiologia Piemonte. La salute in Piemonte-2000. Disponibile al sito <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/salute2000/index.htm>
4. Epidemiologia Piemonte. Lo stato di salute della popolazione in Piemonte-2006. Disponibile al sito <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/salute2006/index.htm>
5. The American Association for Public Opinion Research. 2006. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition.
6. ISTAT. 2006. La rilevazione sulle forze di lavoro: contenuti, metodologie, organizzazione, in Metodi e Norme n. 32.
7. Smith, Tom W. 2003. A Review of Methods to Estimate the Status of Cases with Unknown Eligibility, Report of the Standard Definitions Committee for the American Association for Public Opinion Research.
8. McQueen DV. Surveillance of health behavior. Current Issues of Public Health 1996;2,51–55.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, Vanducci S, Giordano L, Senore C, Piccinelli C, Moklins R, Charrier L, Leigh F, Fedele M, Bonvini M Cessazione dell'abitudine al fumo – Linee guida clinico-organizzative per la regione Piemonte. Regione Piemonte 2007 Disponibile al sito <http://www.cpo.it/lineeguida/lgcessazionefumoweb.pdf>
24. Gruppo tecnico antitabacco – CPO Piemonte. Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo. Regione Piemonte 2006. Disponibile al sito <http://www.cpo.it/lineeguida/lgcessazionefumoweb.pdf>
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
34. Lever F, Rivoltella PC, Zanacchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai–Eri. 2002.
35. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
36. Liam R, O'Fallon, Dearry A. Community–based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
37. 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.

38. 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
39. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7–8.
40. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
41. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
42. 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.
43. 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).
44. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007
45. Epidemiologia Piemonte. Il rischio cardiovascolare ed i medici di medicina generale in Piemonte – Disponibile al sito 2008 <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/cuore/index.htm>
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235–9.
51. 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.
52. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
53. CPO. Relazione sanitaria sull'oncologia in Piemonte: aspetti epidemiologici. Relazione 2005-2006. Disponibile al sito <http://www.cpo.it/dationcologici/relsan06/capitolo3.pdf>
54. 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.
55. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.
56. AIRT Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. Epidemiologia & Prevenzione 2006(30) suppl. 2.
57. 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.
58. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo:

- http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
59. 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.
 60. 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.
 61. 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.
 62. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
 63. 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.
 64. 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
 65. 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.
 66. 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.
 67. 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.
 68. 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.
 69. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):97–72.
 70. 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.
 71. 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.
 72. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, *JAMA*. 2003;289:2913–6.
 73. 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
 74. 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.
 75. 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.

76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo:http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsv_fv.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
81. 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.
82. 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.
83. 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.
84. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003;Number 21.
85. 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.
86. 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.
87. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London:BMJ Publishing Group; 2004.
88. 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.
89. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
90. 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.
91. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
92. 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.
93. 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.

94. 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.
95. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De luventute", Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
96. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519-30.
97. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
98. 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.
99. 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. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati- *Alcologia* 2002;14 (2-3):109-17.
100. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
101. 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.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. 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.
107. 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.
108. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:94-100.
109. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947-9.
110. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). *L'epidemia del fumo in Italia*. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
111. 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.

112. 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.
113. 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.
114. 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.
115. 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.
116. 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.
117. 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.
118. 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.
119. Boero R, Montaldo C, Occelli S, Tarditi S - Monitoraggio Piemonte strade sicure – Centro di monitoraggio regionale della sicurezza stradale – *“La situazione dell'incidentalità stradale in Piemonte al 2006” Rapporto 2008* – Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte. Disponibile al sito www.sicurezzastradalepiemonte.it.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. 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.
124. 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.
125. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iascone P, Maturano P. Il Sistema "Ulisse" per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005) Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007).
126. 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.

127. European Study on the Epidemiology of Mental Disorders Disponibile al sito www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed-pres.asp
128. 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.
129. 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.
130. 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.
131. 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.
132. 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.
133. 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.
134. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
135. 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.
136. 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.
137. 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.
138. 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.
139. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
140. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen
141. 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.
142. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
143. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
144. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol* 1992;135:1411–22.
145. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
146. Kroenke K. Comunicazione personale.
147. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
148. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.

149. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
150. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
151. Regione Piemonte. Sistema di sorveglianza sentinella dell' influenza. Stagione 2005/6. Disponibile al sito <http://epidem.asl20.piemonte.it/uploads/documenti>
152. 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.
153. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate an high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
154. 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.
155. 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.
156. 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.
157. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
158. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
159. 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.
160. 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.
161. 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.
162. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
163. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine–induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
164. Dati dell'istituto Superiore di Sanità. Disponibile al sito <http://www.epicentro.iss.it/problemi/rosolia/rosolia.asp>
165. 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.
166. 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.
167. Dati SINIACA - Disponibile al sito <http://www.ministerosalute.it/incidentiDomestici/documenti/DatiSiniaca.pdf>
168. 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.
169. 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.
170. 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.

171. 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.
172. 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.
173. 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 (ltimo accesso: 30/08/2007)
174. 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.
175. Carrozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii–iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
176. 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.
177. CDC. Measuring healthy days: population assessment of health–related quality of life. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
178. 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.
179. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111–35.
180. 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.
181. 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.
182. 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).
183. 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.