



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto regionale 2010

### Piemonte



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

## **Redazione a cura di:**

Maria Chiara Antoniotti<sup>1</sup> – *coordinatore regionale PASSI*  
Donatella Tiberti<sup>2</sup> – *referente regionale PASSI*  
Paolo Ferrari<sup>3</sup> – *vice-coordinatore regionale PASSI*  
Fabio Contarino<sup>1</sup> – (collaboratore medico)

## **Elaborazioni statistiche e grafici a cura di:**

Andrea Nucera<sup>1</sup> – collaboratore tecnico statistico

## **Editing a cura di:**

Orietta Mariani<sup>1</sup> – assistente amministrativo

*La sorveglianza PASSI si svolge sotto l'egida di **istituzioni sanitarie** centrali, regionali e locali:*

- *Ministero della Salute*
- *Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - CCM*
- *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità*
- *Assessorato alla Tutela della salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia della Regione Piemonte*
- *I Direttori generali e i Direttori sanitari delle ASL*
- *I Direttori delle Direzioni Integrate della Prevenzione e dei Dipartimenti di Prevenzione*
- *I Medici di medicina generale*

*Nel 2010 in Piemonte per la realizzazione di PASSI, le ASL hanno usufruito di finanziamenti del settore regionale per la Promozione della Salute e interventi di Prevenzione Individuale e Collettiva.*

## **Si ringraziano:**

- *Il gruppo tecnico nazionale che ha predisposto il modello di rapporto ed i piani di analisi dei dati*
- *Gli operatori ASL che hanno contribuito alla realizzazione di PASSI in Piemonte e i cui nominativi sono riportati in appendice.*
- *I Medici di Medicina Generale che hanno cooperato con le ASL*
- *Tutte le persone intervistate che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione*

## **Informazioni, approfondimenti e pubblicazioni regionali PASSI sono disponibili sui siti:**

- [www.epicentro.iss.it/passi/sorvRisultatiRegionale.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/sorvRisultatiRegionale.asp)
- [www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni.html](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni.html)
- [www.asl13.novara.it/intranet/L-Azienda/SSEPI/Progetto--/I-report/index.htm](http://www.asl13.novara.it/intranet/L-Azienda/SSEPI/Progetto--/I-report/index.htm)

---

<sup>1</sup> Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara

<sup>2</sup> Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Alessandria

<sup>3</sup> Struttura semplice di Epidemiologia - ASL VCO

## INDICE

	<i>pag.</i>
<b>Profilo socio-demografico</b>	
Il campione 2010	6
<b>Guadagnare salute</b>	
Attività fisica	14
Sovrappeso e obesità	19
Consumo di frutta e verdura	24
Consumo di alcol	27
Abitudine al fumo	32
Fumo passivo	40
<i>Indicatori Guadagnare salute</i>	43
<b>Rischio cardiovascolare</b>	
Introduzione al rischio cardiovascolare	50
Ipertensione arteriosa	51
Ipercolesterolemia	54
Diabete	58
Carta e punteggio individuale del rischio	62

---

## **Sicurezza**

Sicurezza stradale	68
Sicurezza domestica	73
<i>Indicatori Sicurezza</i>	77

## **Programmi di prevenzione individuale**

Diagnosi precoce del tumore della mammella	84
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	93
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	102
Vaccinazione antinfluenzale	109
Vaccinazione antirosolia	112

## **Benessere**

Percezione dello stato di salute	118
Sintomi di depressione	121

## **Appendice**

Materiali e metodi	128
Monitoraggio	130
Analisi dei dati	133
Risultati delle regressioni logistiche	135





# Profilo socio-demografico

Il campione 2010

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

# Il campione 2010

In Piemonte, la popolazione in studio è costituita da poco più di 3 milioni (3.000.374) di residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2009 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 12 ASL della regione (BDDE).

Da gennaio a dicembre 2010, sono state intervistate 3.939 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie che partecipano con un campione a rappresentatività aziendale.

Il tasso di risposta<sup>1</sup> è risultato dell'81,7% (con un tasso di rifiuto del 14,3% e un tasso di non reperibilità del 4,0%), (ulteriori indicatori di monitoraggio sono riportati in Appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

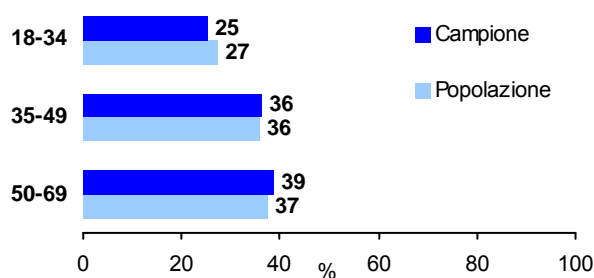
Uomini e donne sono egualmente rappresentati (49,7% e 50,3%) l'età media, per entrambi i sessi, è di 45 anni.

Il campione è risultato costituito per:

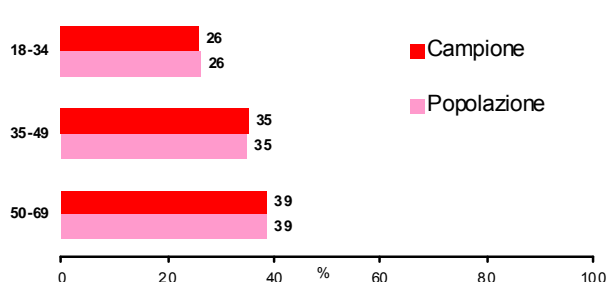
- il 25% da persone tra i 18-34 anni;
- il 36% da persone tra i 35-49 anni;
- il 39% da persone tra i 50-69 anni.

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

**Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1956)



**Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1981)



Il campione delle ASL partecipanti al Sistema PASSI è risultato rappresentativo della popolazione di riferimento. Il campione ( e la popolazione) del Piemonte si caratterizzano rispetto a questo "pool nazionale" per una minore proporzione di 18-34enni (pool nazionale: 28% sia tra gli uomini che tra le donne).

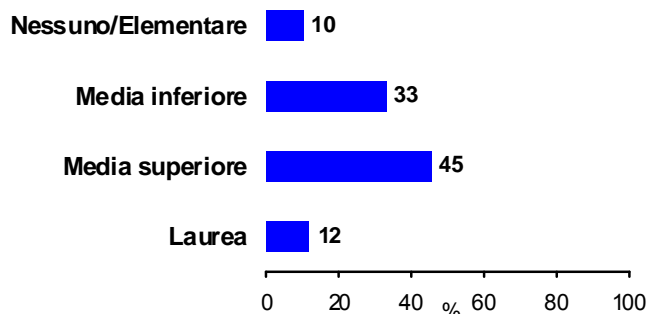
<sup>1</sup> Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)



## Il titolo di studio

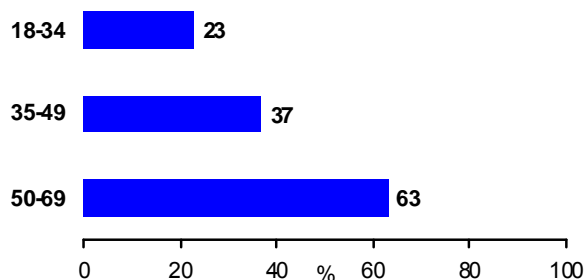
In Piemonte circa una persona su dieci (10%) non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare; appena più numerose sono le persone in possesso di una laurea (12%). Almeno tre su dieci (33%) sono in possesso di licenza media inferiore e il rimanente (45%) è in possesso di licenza media superiore.

**Campione per titolo di studio (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.932)



L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposita analisi statistica (regressione *logistica*).

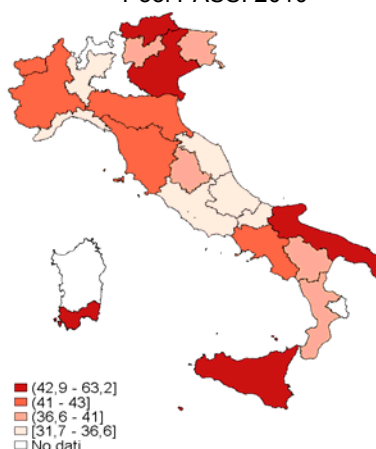
**Scolarità medio-bassa\* per classi di età (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.932)



\*Scolarità medio-bassa: nessuna/licenza elementare o scuola media inferiore.

Nel pool PASSI 2010 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

**Scolarità medio-bassa\* (%)**  
Pool PASSI 2010



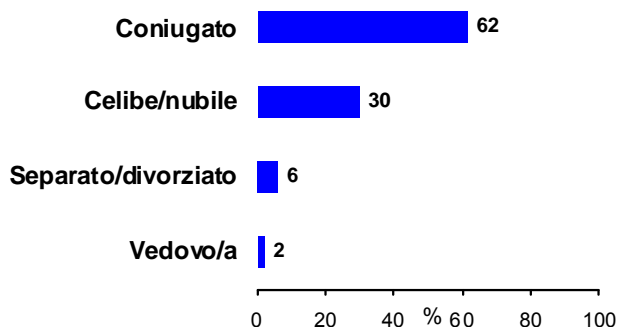
\*Scolarità medio-bassa: nessuna/licenza elementare o scuola media inferiore

## Lo stato civile

In Piemonte i coniugati rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi il 2%.

Nel pool PASSI 2010 queste percentuali sono simili: rispettivamente 61%, 32%, 5% e 2%.

**Campione per categorie stato civile (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.932)



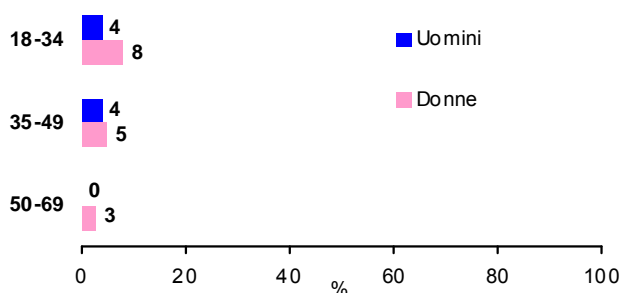
## Cittadinanza

In Piemonte la popolazione straniera nella fascia di età 18-69 anni costituisce il 9% della popolazione; tra gli intervistati gli stranieri sono il 4% (comprensiva di una minima quota di cittadini con cittadinanza mista).

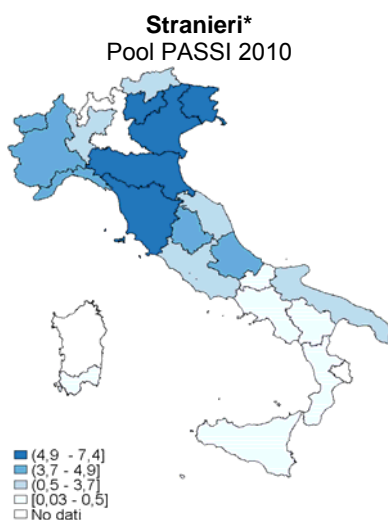
I cittadini stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare l'8% delle donne di età 18-34 ha cittadinanza straniera.

Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

**Stranieri\* per sesso e classi di età (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



Nel pool PASSI 2010 le persone con cittadinanza straniera rappresentano nel 2010 il 3% degli intervistati con differenze territoriali.



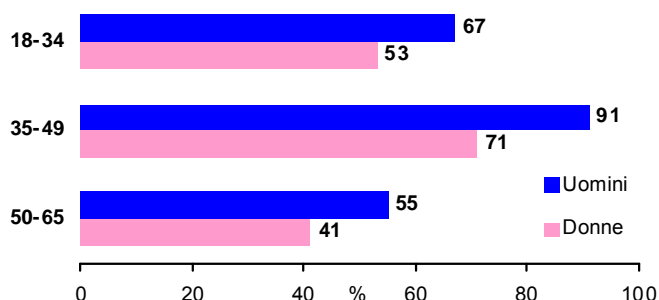
\* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

## Il lavoro

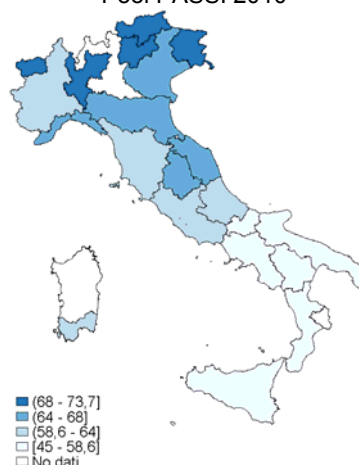
In Piemonte il 64% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni riferisce di lavorare in modo continuativo.

In qualsiasi classe d'età le donne risultano avere un lavoro continuativo meno frequentemente degli uomini (complessivamente 55% contro 73%). In entrambi i sessi, gli intervistati oltre i 50 anni riferiscono in percentuale significativamente minore di lavorare in modo continuativo.

**Persone che lavorano in modo continuativo per sesso e classi di età (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



**Persone che lavorano in modo continuativo (%)**  
Pool PASSI 2010



Nel pool PASSI 2010 il 58% degli intervistati tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare in modo continuativo, ma si evidenziano differenze regionali

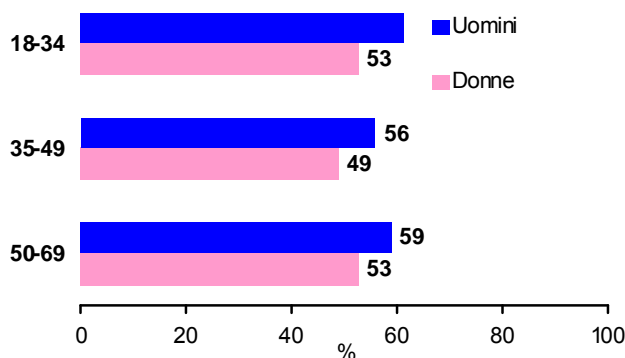
## Difficoltà economiche

In Piemonte:

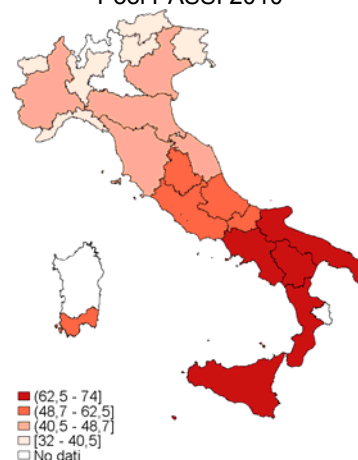
- più della metà (55%) dei soggetti riferisce di non avere difficoltà economiche;
- il 35% qualche difficoltà;
- il 10% molte difficoltà.

Indipendentemente dall'età, le donne riferiscono, con minor frequenza degli uomini, nessuna difficoltà economica, con una significativa differenza statistica fra i sessi.

**Intervistati che riferiscono nessuna difficoltà economica per sesso e classi di età (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



**Intervistati che riferiscono molte  
difficoltà economiche (%)**  
Pool PASSI 2010



Nel pool di ASL PASSI 2010 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

**Per un confronto...**

IL CAMPIONE	PIEMONTE				POOL PASSI
	2007	2008	2009	2010	2010
<b>Numerosità</b>	3.259	5.340	4.244	3.937	36.319
	%	%	%	%	%
<b>Sesso</b>					
Uomini	50	49	50	50	49
Donne	50	51	50	50	51
<b>Classi di età</b>					
18-34	28	27	26	26	28
35-49	34	34	36	36	35
50-69	38	39	38	39	37
<b>Titolo di studio</b>					
Nessuno/licenza elementare	13	12	11	10	11
Scuola media inferiore	34	34	35	33	31
Scuola media superiore	41	43	43	45	44
Laurea/diploma universitario	12	11	11	12	14
<b>Stato civile</b>					
Coniugati	60	61	61	62	61
Celibi/nubili	30	30	30	29	32
Vedovo/a	4	3	4	2	5
Separato/divorziato	7	6	6	6	2
<b>Lavoro continuativo*</b>	70	66	64	64	60
<b>Difficoltà economiche</b>					
Nessuna	54	51	52	55	46
Qualche	36	39	36	35	41
Molte	11	10	12	10	13
<b>Stranieri</b>	3	4	5	4	

\* Soggetti con età compresa tra i 18 e i 65 anni

## Conclusioni

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

Il confronto del campione con la popolazione del Piemonte relativamente a sesso, età<sup>2</sup>, stato occupazionale<sup>3</sup> indica la sua buona rappresentatività e la possibilità di estendere alla popolazione adulta piemontese le stime ottenute.

Va però segnalata la capacità di PASSI di fornire informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese, limite che è da mettere in relazione alla sostituzione di coloro che non sono in grado di sostenere un'intervista telefonica in italiano.

PASSI si dimostra in grado di leggere le modifiche socio-economiche in atto, rilevando dal 2007 al 2010 la diminuzione di coloro che dichiarano di svolgere un lavoro continuativo.

In apparente contraddizione è il dato che riguarda la percezione delle difficoltà economiche: le persone che riferiscono di averne sono aumentate dal 2007 al 2009, ma diminuite nel 2010. Ciò si potrebbe spiegare con il tipo di "lettura" della crisi che questi dati forniscono: le difficoltà "percepite" hanno raggiunto il loro picco nel 2009 per poi migliorare nel 2010; il dato reale (lavoro continuativo) è invece stabile rispetto al 2009 ed inferiore rispetto agli anni precedenti.

Rispetto alla situazione osservata nel 2010 per il Pool nazionale, la popolazione piemontese si caratterizza per una minore presenza di persone che dichiarano difficoltà economiche e, nonostante la diminuzione osservata nel tempo, una maggiore presenza di persone con lavoro continuativo.

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

---

<sup>2</sup> Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte. [www.regione.piemonte.it/stat/bdde/](http://www.regione.piemonte.it/stat/bdde/)

<sup>3</sup> *Piemonte in cifre*, Annuario Statistico piemontese 2011. [www.piemonteincifre.it](http://www.piemonteincifre.it)

PASSI



# Guadagnare salute

Attività fisica  
Sovrappeso e obesità  
Consumo di frutta e verdura  
Consumo di alcol  
Abitudine al fumo  
Fumo passivo

*Indicatori*

## Attività fisica

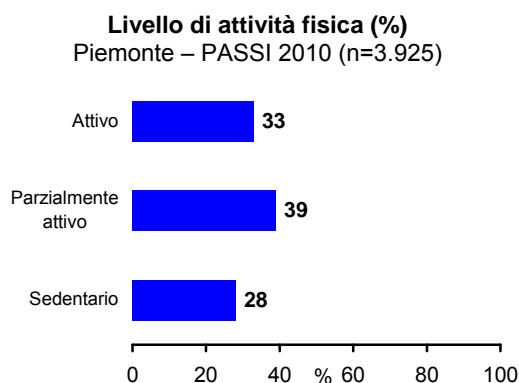
Stili di vita sedentari contribuiscono allo sviluppo di malattie croniche, soprattutto cardiovascolari: ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio *attribuibile* alla sedentarietà per le cardiopatie ischemiche e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità. L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità; la quantità raccomandata per una persona adulta è di 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani di programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Health Programme (2008-2013)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 sia nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute. Il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, mediante il coinvolgimento di diversi settori della società al fine di favorire scelte attive del cittadino.

### Quante persone fanno attività fisica?

In Piemonte il 33% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo (perché conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata), il 39% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 28% è completamente sedentario.



### Quanti e quali persone sono sedentarie?

La sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età, delle difficoltà economiche riferite ed è più diffusa tra le donne e tra le persone con basso livello d'istruzione.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre attraverso una tecnica statistica (regressione logistica) si confermano le differenze evidenziate.

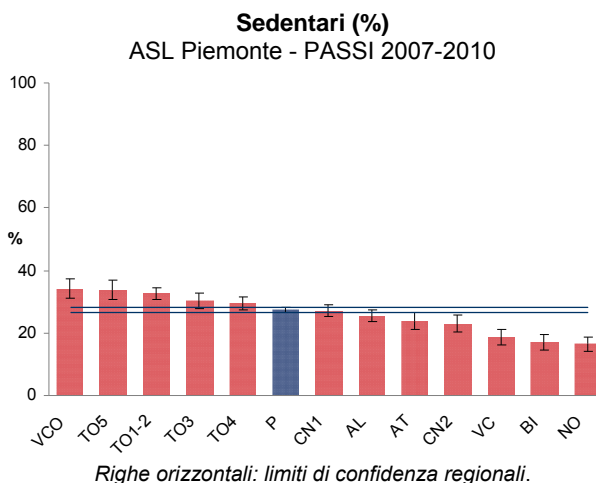
**Sedentari**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.925)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	27,8	26,3-29,3
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	22,0	19,0-24,9
35 - 49	27,2	24,7-29,7
50 - 69	32,6	30,1-35,1
<b>Sesso</b>		
uomini	26,4	24,3-28,5
donne	29,2	27,1-31,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	44,0	38,7-49,3
media	29,7	27,0-32,4
superiore	24,7	22,5-26,9
laurea	20,4	16,5-24,3
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	34,8	29,3-40,3
qualche	30,4	27,7-33,1
nessuna	24,9	22,9-26,9



Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie: il range va dal 16% dell'ASL NO al 34% dell'ASL VCO.

Rispetto al livello regionale (27%), si osserva una presenza di sedentari significativamente maggiore nelle ASL VCO, TO5 e TO1-2, significativamente minore nelle ASL NO, BI, VC, CN2 e AT.



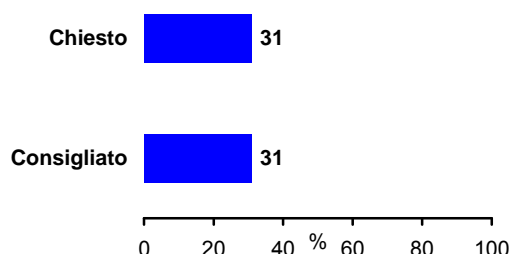
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale



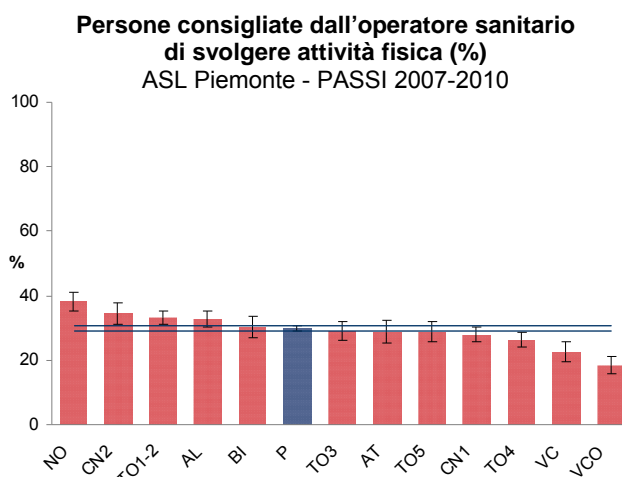
### ***Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?***

In Piemonte solo il 31% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 31% riferisce di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

**Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari (%)**  
Piemonte – PASSI 2010



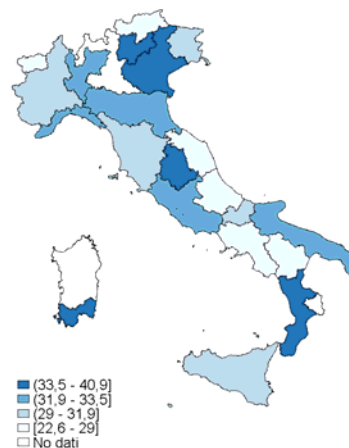
Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi la percentuale di persone che ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 18% dell'ASL VC al 38% dell'ASL NO. Rispetto al valore medio regionale (30%) le ASL VC e VCO registrano valori significativamente più bassi mentre l'ASL NO registra un valore significativamente più alto.



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, riferisce di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico il 32% delle persone (range dal 41% della P.A. di Trento al 23% della Basilicata).

**Persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica (%)**  
Pool PASSI 2010

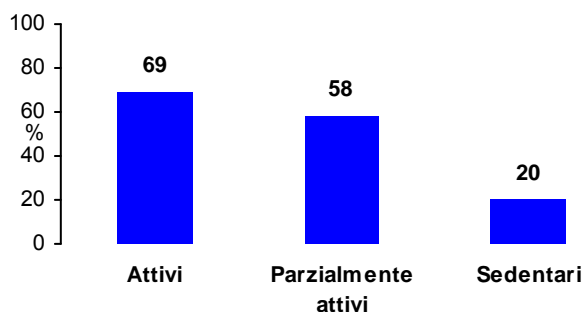


## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che si ha del proprio livello di attività praticata condiziona il cambiamento verso uno stile di vita più attivo.

Un sedentario su cinque (20%) e più di un soggetto parzialmente attivo su due (58%) giudica la propria attività fisica sufficiente; tale percezione è in linea con quella rilevata nel pool di ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale: per gli attivi (70%) e i sedentari (20%) mentre è migliore per i parzialmente attivi (49%).

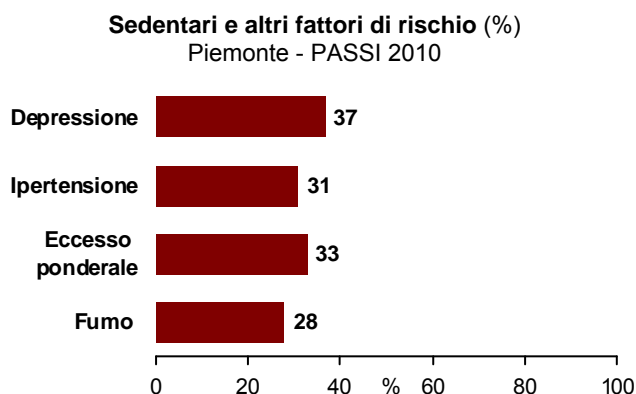
**Percezione di attività fisica sufficiente per livello di attività fisica praticata (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.883)



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

Lo stile di vita sedentario è spesso associato ad altre condizioni di rischio risultando più diffuso che nella popolazione generale (28%) tra:

- le persone con segni di depressione (37%);
- gli ipertesi (31%);
- le persone in eccesso ponderale (33%).



### Per un confronto...

Attività fisica	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
Livello di attività fisica	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
attivo	35,3	33,4-37,2	33,8	32,5-35,2	31,0	29,6-32,5	33,2	31,7-34,8	32,5	32,0-33,2
parzialmente attivo	41,4	39,4-43,3	39,0	37,6-40,4	38,4	36,8-39,9	38,9	37,3-40,6	36,8	36,1-37,4
sedentario	23,3	21,7-25,0	27,2	25,9-28,4	30,6	29,1-32,1	27,8	26,3-29,3	30,7	30,1-31,3
<b>Operatore sanitario:</b>										
chiesto se pratica attività fisica	31,6	29,2-34,1	32,0	30,5-33,6	31,4	29,7-33,1	30,8	29,1-32,5	31,0	30,3-31,6
consiglio di fare attività fisica	29,4	27,0-31,8	29,8	28,3-31,3	29,0	27,3-30,6	31,1	29,3-32,8	31,6	30,9-32,3
<b>Sedentari che ritengono sufficiente il proprio livello di attività fisica</b>	30,6	26,7-34,4	24,5	22,1-26,9	22,1	19,6-24,7	20,3	17,5-23,1	20,1	19,1-21,2

## Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte un adulto su tre (33%) pratica attività fisica ai livelli raccomandati. I sedentari, anche se meno diffusi che nel "pool PASSI", sono oltre una persona su quattro. La sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età con differenze significative sia territoriali che sociali: è, infatti, più diffusa tra le persone con difficoltà economiche e con bassissima istruzione e in alcune ASL.

I sedentari sono più numerosi in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiare maggiormente dell'attività fisica, in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi o in eccesso ponderale.

La percezione dell'attività fisica praticata non è sempre corretta: ritiene di muoversi sufficientemente circa un sedentario su cinque; questo valore è in calo dal 2007, ad indicare una maggiore sensibilità al problema.

Non cambia invece l'attenzione degli operatori sanitari che potrebbero promuovere maggiormente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti: nel 2010 si informano e consigliano di svolgere attività fisica regolare in meno di un caso su tre, in analogia a quanto avviene a livello nazionale.

Aumentare la diffusione dell'attività fisica è un obiettivo raggiungibile efficacemente attraverso strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

## Bibliografia

- Health Programme 2008-2013. [ec.europa.eu/health/ph\\_programme/pgm2008\\_2013\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm)
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119. *Guadagnare Salute. Rendere facile le scelte salutari.* Ministero della Salute. <http://www.ministerosalute.it/stiliVita/paginaMenuStiliVita.jsp?menu=programma&lingua=italiano>
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008). [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm)
- [National Cancer Institute, Physical Activity and Cancer](#)
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Centers for Disease Control and Prevention (1996). [Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General](#). Retrieved June 26, 2009
- [Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases](#)
- U.S. Department of Health and Human Services. [Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health \(Part A: Focus Areas 1-14\)](#). Washington, DC Government Printing Office 2000
- U.S. Department of health and human service. [Physical activity guideline for Americans, 2008](#)
- [Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association](#). *Medicine & Science in Sports & Exercise* 1423-1434, 2007
- [CDC "Guide to Community Preventive Service Physical activity"](#)
- WHO ["Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities"](#), 2006
- WHO; Regional Office for Europe. [Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 <http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>
- I progetti Ccm in capo alle Regioni: Emilia-Romagna con [Azioni](#); il Veneto con [Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria](#)

## Sovrappeso e obesità

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

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

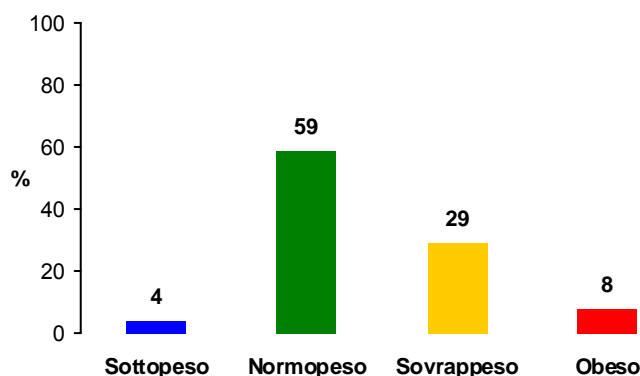
L'alimentazione può svolgere un ruolo protettivo per la salute: per esempio, l'elevato consumo di frutta e verdura assicura protezione rispetto ad alcune neoplasie; a tal fine viene consigliato il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*"five a day"*) in aderenza alle raccomandazioni internazionali.

### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

In Piemonte il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 59% normopeso, il 29% sovrappeso e l'8% obeso.

Quindi, si stima che quasi quattro persone su dieci (37%) siano in eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale della popolazione  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.924)



### Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

L'eccesso ponderale è più frequente:

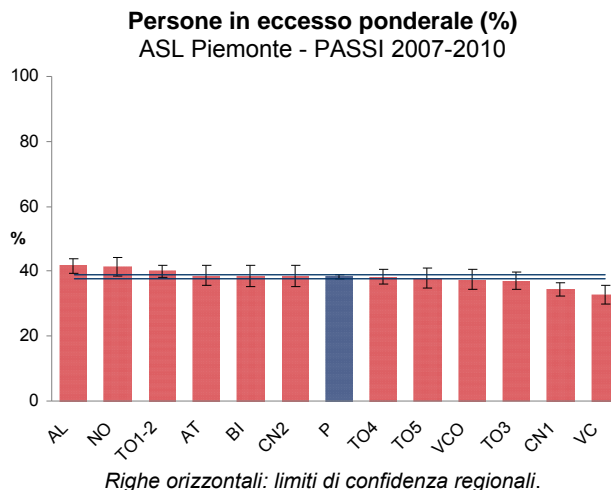
- all'aumentare dell'età;
- negli uomini (46% rispetto a 29% delle donne);
- nelle persone con nessun titolo di istruzione o licenza elementare;
- nelle persone con difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) si confermano le differenze per età, sesso e titolo di studio.

Popolazione in eccesso ponderale  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.924)

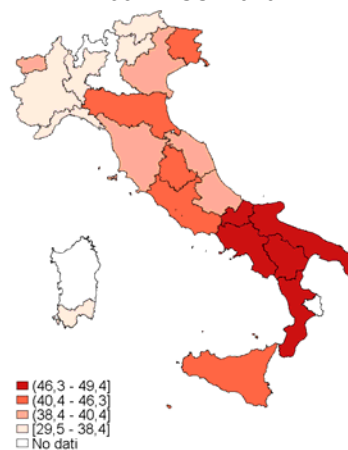
Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	<b>28,9</b>	<b>27,4-30,4</b>	<b>8,5</b>	<b>7,6-9,4</b>
<b>Classi di età</b>				
18 - 34	16,3	14,6-20,1	3,7	2,5-5,0
35 - 49	29,7	27,2-32,3	7,3	5,9-8,7
50 - 69	36,4	33,8-39,0	13,1	11,2-15,0
<b>Sesso</b>				
uomini	36,6	34,3-38,9	9,1	7,8-10,4
donne	21,2	19,2-23,1	7,9	6,6-9,2
<b>Istruzione</b>				
nessuna/elementare	39,3	34,1-44,4	20,5	16,0-24,9
media inferiore	33,7	30,9-36,4	10,3	8,6-12,1
media superiore	25,7	23,4-27,9	5,7	4,6-6,9
laurea	19,0	15,0-22,9	4,1	2,3-5,8
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	28,1	23,0-33,2	13,5	9,9-17,2
qualche	31,1	28,4-33,8	10,0	8,3-11,6
nessuna	27,6	25,6-29,6	6,6	5,5-7,7

Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi la percentuale di persone in eccesso ponderale varia dal 33% dell'ASL VC al 42% dell'ASL AL; le ASL VC e CN1 registrano valori significativamente inferiori alla media regionale (38%), l'ASL AL significativamente superiore.



Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati presenta un eccesso ponderale (31% in sovrappeso e 11% obesi) con un evidente gradiente territoriale in aumento da Nord a Sud.

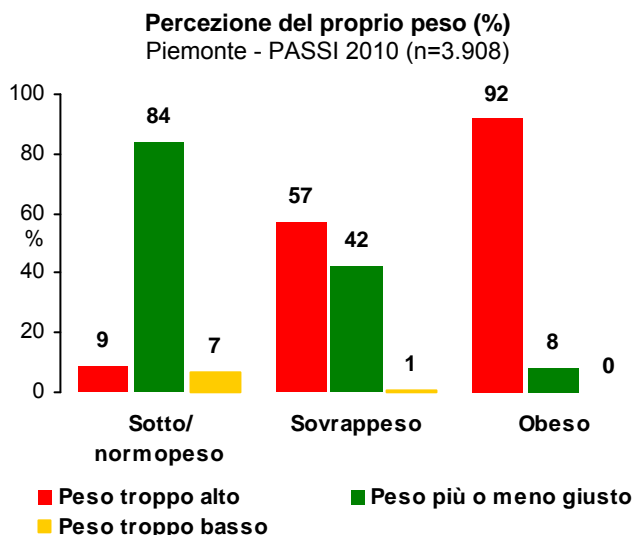
**Persone in eccesso ponderale (%)**  
Pool PASSI 2010



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

La percezione del proprio peso non è sempre corretta e ciò può condizionare i cambiamenti dello stile di vita: in Piemonte vi è un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (92%) e nei normopeso (84%); ma solo il 57% dei sovrappeso valuta correttamente il proprio peso.

La percezione del proprio peso varia anche a seconda del sesso: l'80% delle donne normopeso considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'88% degli uomini, mentre più della metà degli uomini sovrappeso (53%) ritiene il proprio peso più o meno giusto rispetto a un quarto delle donne (25%).

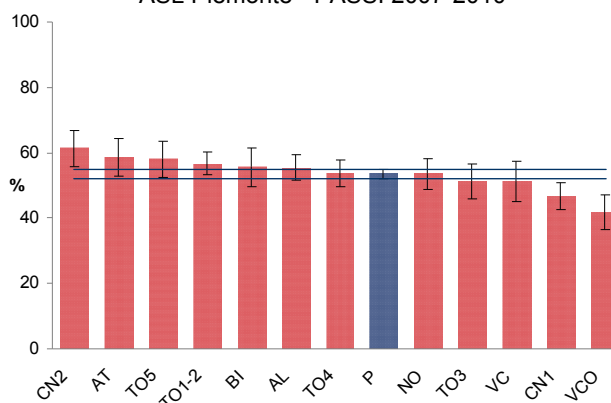


## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

In Piemonte il 53% delle persone in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare riferiscono questo consiglio il 45% delle persone in sovrappeso ed il 78% delle persone obese.

Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi, la percentuale di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio varia dal 42% del VCO al 61% di CN2. Rispetto al valore regionale (54%) l'ASL CN2 ha valori significativamente superiori, le ASL VCO e CN1 inferiori.

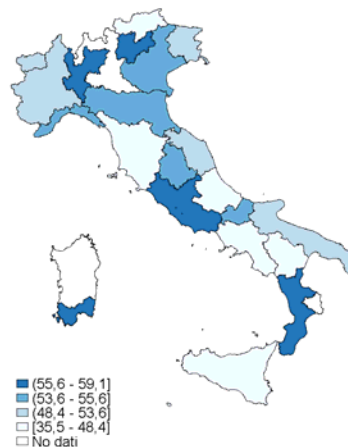
**Persone sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Persone sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario (%)**  
Pool PASSI 2010

Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese).

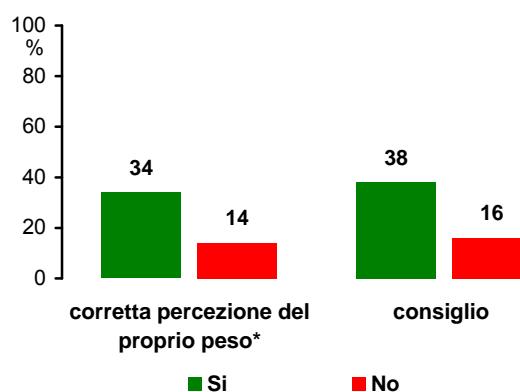


Il 27% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (25% dei sovrappeso e 28% degli obesi).

La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (35%, rispetto al 22% degli uomini);
- nelle persone obese (33% vs 25% dei sovrappeso);
- tra i sovrappeso che ritengono il proprio peso "troppo alto" (34% rispetto a chi ritiene il proprio peso "giusto" (14%);
- tra coloro che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (38% rispetto a 16%).

**Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.461)



\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=1104).

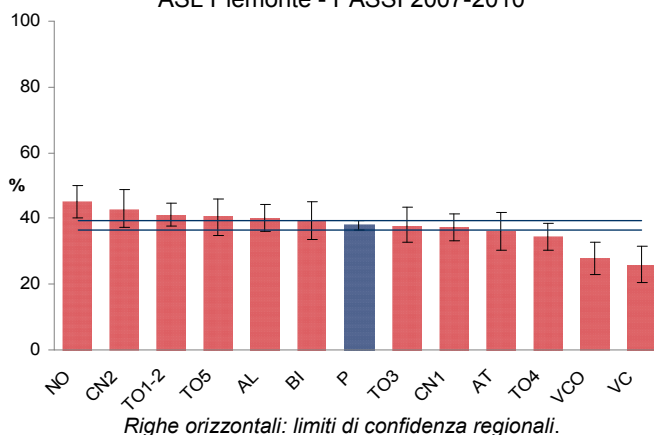
### **Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

In Piemonte il 33% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (31% dei sovrappeso e 40% degli obesi). Ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario il 40% delle persone in eccesso ponderale; in particolare il 37% delle persone in sovrappeso e il 50% di quelle obese.

Tra coloro in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 68% pratica attività fisica almeno moderata, rispetto al 66% di chi non l'ha ricevuto.

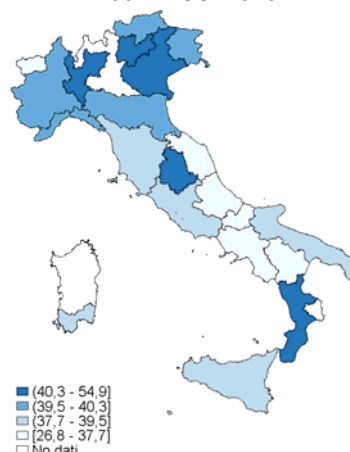
Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi, la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto il consiglio varia dal 26% dell'ASL VC (valore significativamente inferiore, insieme al 28% dell'ASL VCO, al 38% regionale) al 45% dell'ASL NO.

**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010





**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica (%)**  
Pool PASSI 2010



Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 36% delle persone in sovrappeso e il 49% degli obesi.

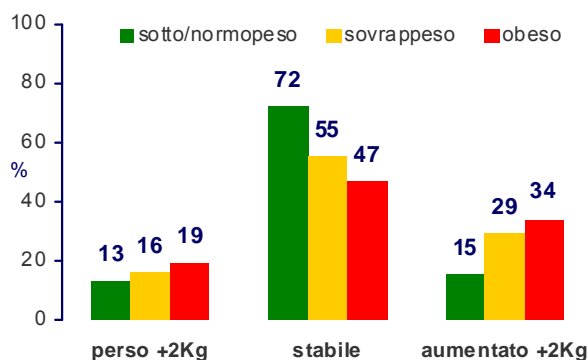
### Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

In Piemonte il 20% degli intervistati è aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno ed il 15% ha perso almeno 2 kg.

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

- nelle persone in eccesso ponderale (il 34% degli obesi e il 29% dei sovrappeso rispetto al 15% dei normopeso);
- nelle donne (23% rispetto al 18% degli uomini).

**Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.857)



### Per un confronto...

Situazione nutrizionale	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Eccesso ponderale</b>	39,4	37,6-41,2	38,5	37,2-39,9	38,1	36,6-39,6	37,4	35,8-39,0	42,2	41,6-42,8
sovrappeso	29,8	28,1-31,6	29,5	28,2-30,7	29,4	27,9-30,8	28,9	27,4-30,4	31,6	31,0-32,2
obeso	9,5	8,4-10,7	9,1	8,3-9,9	8,8	7,8-9,7	8,5	7,6-9,4	10,6	10,2-11,0
<b>Consiglio di un operatore sanitario a persone in eccesso ponderale</b>										
di perdere peso	54,6	50,5-58,6	54,3	51,9-56,7	53,1	50,4-55,8	52,9	50,1-55,7	52,0	49,1-54,9
di fare attività fisica	36,9	32,9-41,0	37,9	35,4-40,5	36,9	34,2-39,7	40,0	37,0-42,9	39,0	35,1-42,9

# Consumo di frutta e verdura

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

In Piemonte il 98% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 42% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno ma solo l'11% le 5 porzioni raccomandate.

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è poco diffusa ed è minore:

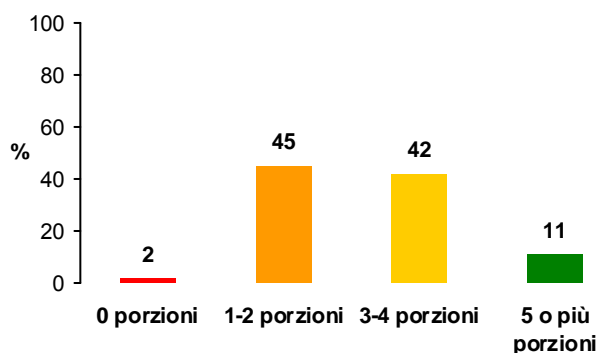
- nei giovani;
- negli uomini.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre (regressione logistica) si confermano le differenze per età e sesso.

Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi, la percentuale di persone che aderisce al “five a day” varia dall'8% dell'ASL VCO al 16% dell'ASL AT; l'ASL TO1-2 presenta valori significativamente inferiori a quello regionale (10%), le ASL AT, BI e NO significativamente superiori.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%)

Piemonte - PASSI 2010 (n=3934)



Consumo di frutta e verdura\*

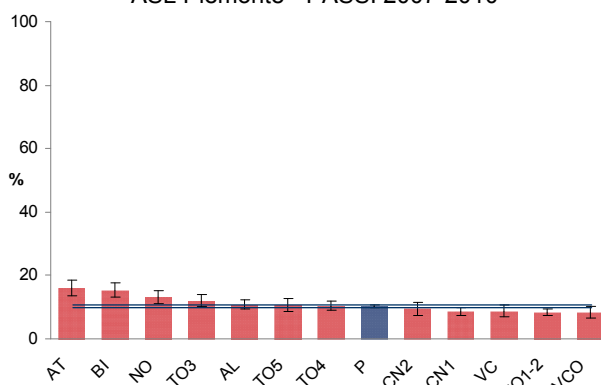
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.934)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	10,9	9,9-12,0
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	6,6	5,0-8,1
35 - 49	10,0	8,3-11,7
50 - 69	14,9	12,9-16,9
<b>Sesso</b>		
uomini	8,1	6,8-9,4
donne	13,7	12,1-15,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	14,5	10,7-18,2
media	9,6	7,9-11,3
superiore	10,8	9,2-12,5
laurea	11,7	8,7-14,8
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	13,1	9,3-16,9
qualche	9,6	7,9-11,3
nessuna	11,4	9,9-12,8
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	11,7	10,3-13,0
sovrapeso	9,7	7,8-11,6
obeso	9,4	5,9-12,8

\* Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.°

Persone che aderiscono al “five a day” (%)

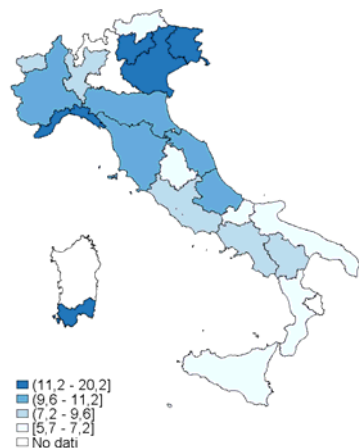
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Persone che aderiscono al "five a day" (%)**  
Pool PASSI 2010

Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% della popolazione (range dal 6% della Calabria al 20% della Liguria)



**Per un confronto...**

Situazione nutrizionale	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno</b>	11,4	10,2-12,6	9,9	9,1-10,8	9,6	8,7-10,5	10,9	9,9-12,0	9,7	9,4-10,1

## Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante in letteratura sia documentato che i sistemi di sorveglianza basati su interviste telefoniche tendono a sottostimare la prevalenza di eccesso ponderale, PASSI rivela che in Piemonte quasi quattro adulti su dieci presentano un eccesso di peso, con un valore che si conferma comunque inferiore a quello nazionale. I programmi vanno indirizzati sia alle persone obese (quasi una su dieci) sia alle persone in sovrappeso (quasi tre su dieci) tenendo presente che tra queste ultime poco più di una persona su due percepisce il proprio peso come “troppo alto” e quindi sottostima il rischio per la salute legato al proprio peso.

Una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 27% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (67%), ma questa, a differenza della dieta, non sembra influenzata dal consiglio di un operatore sanitario.

Quasi tutti consumano giornalmente frutta e verdura: più della metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una persona su dieci assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Sono necessari interventi multisettoriali (con il sostegno del Medico di Medicina Generale) per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da attività fisica costante e regolare.

## Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1)
- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1)
- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili. [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area2/GS\\_Action\\_plan\\_2008-2013.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf)
- WHO European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010. <http://www.euro.who.int/document/E91153>
- CDC Fruit and vegetable benefits. <http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html#>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1)
- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1)
- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili. [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area2/GS\\_Action\\_plan\\_2008-2013.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf)
- WHO European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010. <http://www.euro.who.int/document/E91153>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
-

# Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol è importante perchè se non corretto è associato a numerose malattie: cirrosi epatica, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. L'abuso di alcol provoca un aumento dei comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (guida pericolosa, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza, dipendenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Non è possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia, tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali individuano i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato è considerata pari a due unità alcoliche al giorno per gli uomini e un'unità per le donne.

Al di sopra di tale limite, la persona è considerata un forte bevitore. Altri bevitori a rischio sono considerati coloro che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro (bevitori binge) che bevono in una singola occasione almeno 5 unità alcoliche per gli uomini (o almeno 4 per le donne).

## Quante persone consumano alcol? Quanti sono i bevitori a rischio?

In Piemonte ha bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica il 57% degli intervistati.

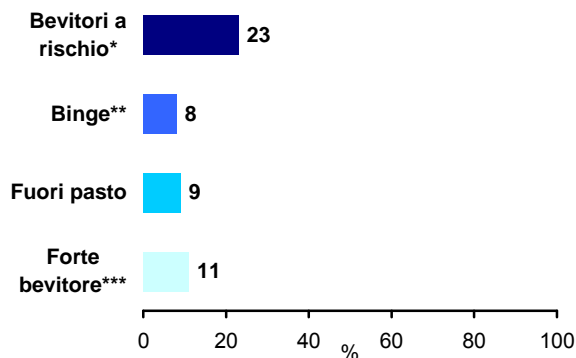
Il 23% degli intervistati è un bevitore a rischio in quanto presenta almeno una modalità di assunzione pericolosa.

Rispetto al consumo a rischio:

- l'11% degli intervistati è un forte bevitore che negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 3 o più unità alcoliche (uomini) e 2 o più unità alcoliche (donne);
- il 9% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto;
- l'8% è un bevitore binge, cioè negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne).

Il 43% di chi consuma alcol beve prevalentemente nel fine settimana.

**Bevitori a rischio per categorie (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



\* forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*

\*\* chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

\*\*\* chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato, in una singola occasione, 3 o più unità alcoliche (uomini) e 2 o più unità alcoliche (donne).

## Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

La percentuale di bevitori a rischio è significativamente più elevata:

- nei 18-24enni, ove quasi la metà sono bevitori a rischio (49%);
- negli uomini (27% vs 19% nelle donne)
- tra chi ha titolo di studio elevato.

Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative solo le associazioni per sesso ed età.

### Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)

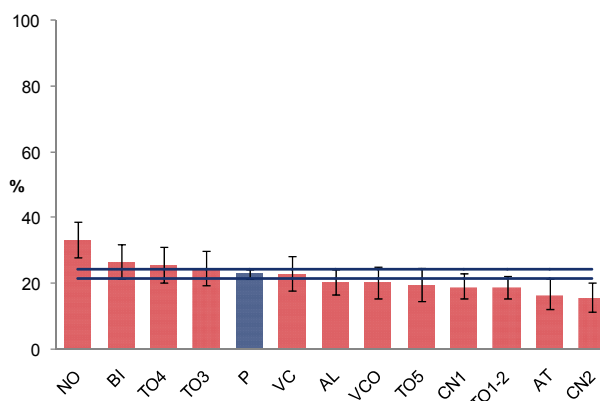
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.885)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	22,8	21,4-24,3
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	48,8	42,7-54,8
25 - 34	30,0	26,1-33,9
35 - 49	19,0	16,8-21,2
50 - 69	16,5	14,5-18,6
<b>Sesso</b>		
uomini	26,6	24,5-28,7
donne	19,1	17,2-21,1
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	14,9	11,1-18,7
media	19,9	17,5-22,2
superiore	25,9	23,6-28,2
laurea	26,1	21,6-30,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	25,5	20,4-30,6
qualche	22,8	20,2-25,3
nessuna	22,4	20,5-24,4

\* Sono considerati a rischio i forti bevitori, i bevitori fuori pasto e i binge

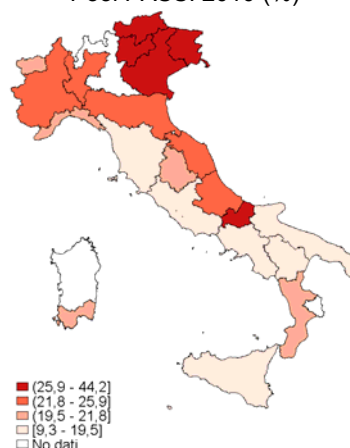
Nel confronto del solo anno 2010 tra le ASL piemontesi i bevitori a rischio variano dal 15% dell'ASL CN2 al 33% dell'ASL NO; le ASL CN2 e AT registrano valori significativamente inferiori rispetto alla prevalenza regionale (23%), mentre l'ASL NO registra valori significativamente superiori.

### Bevitori a rischio (%) ASL Piemonte - PASSI 2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

### Bevitori a rischio Pool PASSI 2010 (%)



Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è stata del 19% (9% consumo forte, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale da Nord a sud (range dal 9% della Campania al 31% del Friuli Venezia).

## Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

Nel 2010, i bevitori binge sono stati l'8% degli intervistati; questa modalità di assunzione è più diffusa:

- nelle classi di età 18-24 e 25-34 anni (13%);
- negli uomini (12% rispetto al 4% nelle donne);
- nelle persone con molte difficoltà economiche (11%).

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, il consumo *binge* risulta più elevato in modo statisticamente significativo nei 18-24enni, negli uomini e nelle persone con molte difficoltà economiche.

### Consumo binge\* (ultimo mese)

Piemonte - PASSI 2010 (n=3.874)

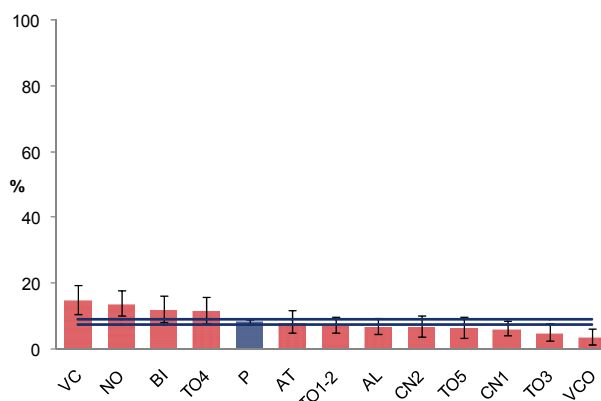
Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	8,1	7,2-9,1
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	12,7	8,6-16,7
25 - 34	12,5	9,8-15,2
35 - 49	8,0	6,5-9,5
50 - 69	5,1	3,9-6,3
<b>Sesso</b>		
uomini	12,2	10,6-13,8
donne	4,1	3,2-5,1
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	4,5	2,2-6,8
media	7,4	5,8-9,0
superiore	9,3	7,9-10,8
laurea	8,7	7,2-9,1
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	10,7	7,3-14,0
qualche	7,6	6,0-9,2
nessuna	8,1	6,9-9,4

\* chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

Nel confronto del solo anno 2010 tra le ASL piemontesi la percentuale di bevitori *binge* varia dal 3% dell'ASL VCO al 15% dell'ASL VC; l'ASL VCO registra valori significativamente inferiori, mentre le ASL VC e NO significativamente superiori rispetto alla prevalenza regionale (8%).

### Bevitori binge(%)

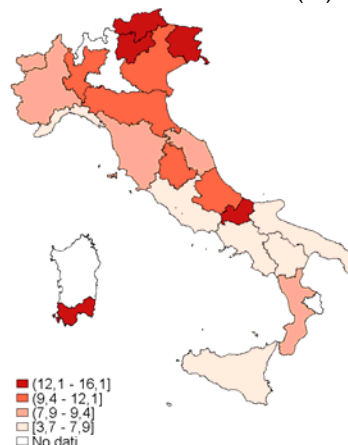
ASL Piemonte - PASSI 2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

### Bevitori binge

Pool ASL - PASSI 2010 (%)

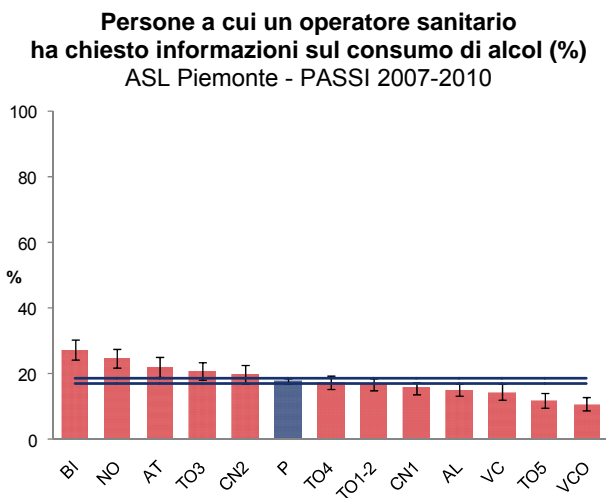


Nel Pool Nazionale di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 7%.

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

In Piemonte solo il 18% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol varia dall'11% dell'ASL VCO al 27% dell'ASL BI; le ASL BI, NO e AT evidenziano un valore significativamente maggiore rispetto alla media regionale (18%), le ASL VCO, TO5, VC e AL un valore significativamente minore.

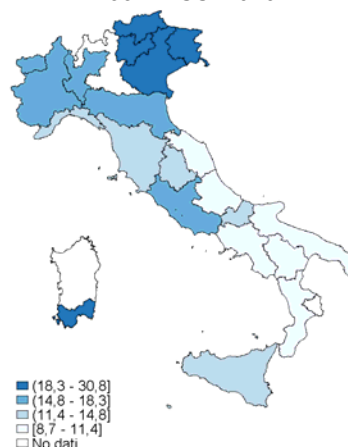


Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

## Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

Pool PASSI 2010

Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 14% del campione riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol.

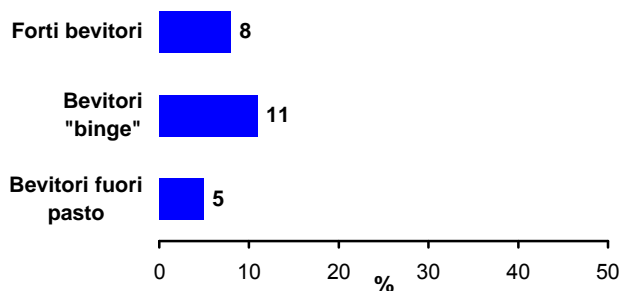


## Bevitori a rischio\* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario° (%)

Piemonte - PASSI 2010 (n=3.312)

Solo il 6% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

La percentuale sale all'8% per i forti bevitori, all'11% per i bevitori binge, mentre in quelli fuori pasto è del 5%.



\* il denominatore comprende coloro che dichiarano di essere stati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi



## Per un confronto...

Consumo di alcol	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	67,7	65,9-69,9	62,0	60,7-63,3	57,3	55,8-58,8	56,9	55,3-58,5	55,0	54,4-55,7
Attenzione dell'operatore sanitario	21,0	18,9-23,0	16,3	15,2-17,5	17,2	15,9-18,6	18,0	16,7-19,4	14,8	14,4-15,4
Consigli di ridurre il consumo nei bevitori a rischio*	8,9	5,0-12,7	8,4	6,1-10,6	8,7	5,8-11,7	5,8	3,9-7,7	5,9	5,2-6,6

## Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte si stima che poco più della metà delle persone consumino bevande alcoliche; dal 2007 si è registrata una costante riduzione dei consumatori (2007: 68%; 2008: 62%; 2009: 57%; 2010: 55%).

Quasi una persona su quattro ha abitudini a rischio per quantità o modalità di assunzione.

Il consumo a rischio è più diffuso tra i 18-24enni (circa uno su due), tra gli uomini e tra le persone con alta istruzione (più di uno su quattro).

La modalità di consumo "binge" è più diffusa tra i giovani dai 18 ai 34 anni e tra gli uomini e tra le persone con molte difficoltà economiche (uno su dieci).

L'interesse del medico di medicina generale è efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, ma i risultati PASSI mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dai loro pazienti, associati al consumo di alcol è molto bassa; solo pochissimi bevitori a rischio hanno ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno: questa è un'area di intervento con grandi possibilità di miglioramento.

Per ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulla commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

## Bibliografia

- Osservatorio Nazionale Alcol <http://www.epicentro.iss.it/alcol/>
- Relazione al Parlamento sull'Alcol 2010 [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1451\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_allegato.pdf)
- WHO Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010 [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf)
- European Commission "Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm", 2006 [http://ec.europa.eu/health/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/index_en.htm)
- European Commission "Alcohol in Europe. A public health perspective", 2006 [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm)
- Ministero della Salute "Piano nazionale alcol 2007-2009" <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pnas.asp>
- Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol [http://www.inran.it/files/download/linee\\_guida/lineeguida\\_07.pdf](http://www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_07.pdf)
- WHO, Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organisation, 2009 <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/manualeOms09.asp>
- The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 26 giugno 2009 <http://www.thelancet.com/series/alcohol-and-global-health>
- Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organisation, 2009 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/43319/E92823.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf)

## Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per le patologie croniche (malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche) e rappresenta il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui si attribuisce il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità.

Secondo i dati riferiti dal Ministero della Salute, si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70 mila alle 83 mila morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 e i 65 anni di età e oltre un milione sono gli anni di vita in buona salute persi. Questi dati fanno del fumo di tabacco la principale causa prevenibile di mortalità anche nel nostro Paese, come nel resto del mondo occidentale.

Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne, e l'età di inizio è sempre più precoce (a tale proposito si stima che circa un giovane su sei inizia a fumare prima dei 15 anni).

Nel 2006, nella Regione Piemonte, si sono verificati oltre 6.000 decessi correlati al fumo.

In particolare, per quanto riguarda il cancro del polmone solo la intensificazione della prevenzione primaria può garantire la prosecuzione del trend di diminuzione dell'incidenza e quindi della mortalità; la possibilità di cure risolutive per questo tumore rimangono infatti molto limitate, come testimoniano i dati sulla sopravvivenza.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo fondamentale un passo iniziale è dialogare con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Abbandonare il fumo di sigaretta significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dimezzare il rischio di tumore del polmone dopo 10 anni.

### Quanto è diffusa l'abitudine al fumo di sigaretta?

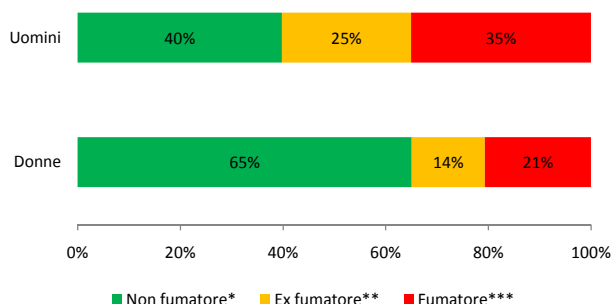
In Piemonte:

- più della metà (52%) degli adulti non ha mai fumato;
- il 20% è un ex fumatore;
- poco più di un quarto (28%) è fumatore.

Tra i fumatori il 2,3% (0,6% degli intervistati) ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi ed è quindi considerato dall'OMS fumatore in astensione.

L'abitudine al fumo è molto diversa per genere: tra gli uomini sei su dieci sono fumatori (35%) o hanno avuto questa abitudine in passato (25%), viceversa tra le donne più di sei su dieci (65%) non hanno mai fumato.

**Abitudine al fumo di sigaretta per sesso (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.936)



\* *Non fumatore*: persona che non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita.

\*\* *Ex fumatore*: persona che attualmente non fuma da oltre 6 mesi e che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita.

\*\*\* *Fumatore*: persona che attualmente fuma e ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, o persona che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

Anche nel pool PASSI 2010, i fumatori rappresentano il 28% della popolazione tra 18 e 69 anni.



### Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

Si osserva una minore prevalenza di fumatori tra:

- le persone con più di 50 anni;
- le donne;
- i laureati;
- le persone senza o con qualche difficoltà economica.

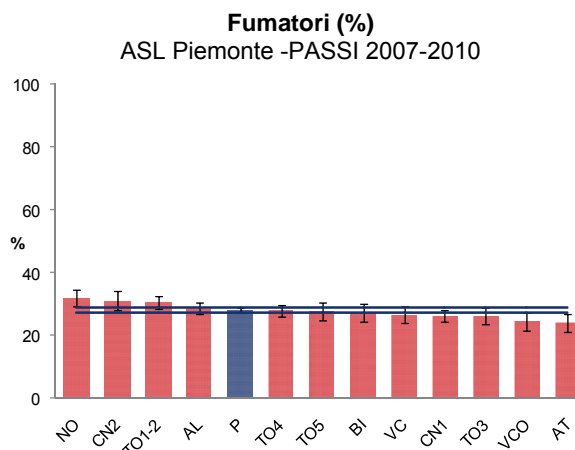
Analizzando l'effetto di ogni singola variabile in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) si confermano le differenze sopra riportate.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12,5 sigarette al giorno. Tra questi, quasi il 7% ne fuma più di 20 e viene considerato forte fumatore.

Fumatori°		
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.936)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	27,9	26,4-29,4
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	29,6	24,3-35,0
25 - 34	31,9	28,0-35,7
35 - 49	32,4	29,8-35,0
50 - 69	21,6	19,4-23,8
<b>Sesso</b>		
uomini	35,2	32,9-37,5
donne	20,6	18,7-22,5
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	25,1	20,5-29,6
media	33,6	30,9-36,4
superiore	26,7	24,5-28,9
laurea	19,4	15,6-23,3
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	42,7	37,2-48,3
qualche	28,6	26,1-31,2
nessuna	24,8	22,9-26,8

° Fumatore: persona che attualmente fuma e ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita o persona che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

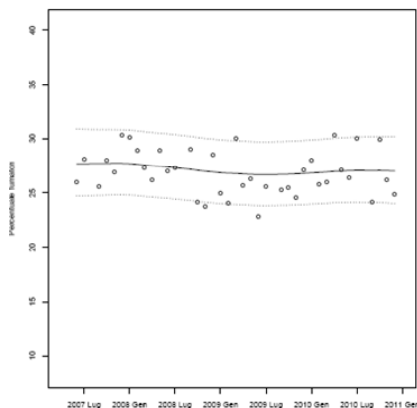
Considerando il periodo 2007-2010, tra le ASL del Piemonte la prevalenza di fumatori varia dal 32% dell'ASL NO al 24% dell'ASL AT, uniche ASL che presentano un valore significativamente diverso da quello regionale (28%).



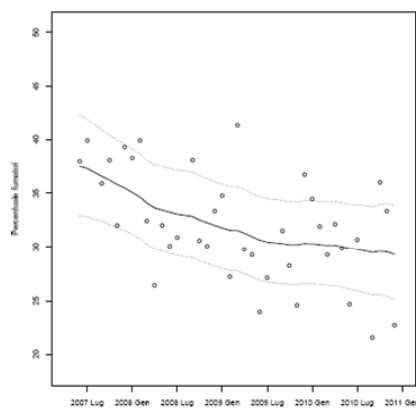
Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Per il Piemonte l'analisi delle serie storiche mensili conferma anche nel 2010 il trend in diminuzione dal 2007 di fumatori tra le persone con 18-34 anni di età. Si stabilizza invece la prevalenza di fumatori complessiva e quella delle sole donne, risultata in diminuzione tra il 2007 ed il 2009 (elaborazioni a cura del Gruppo Tecnico Nazionale PASSI).

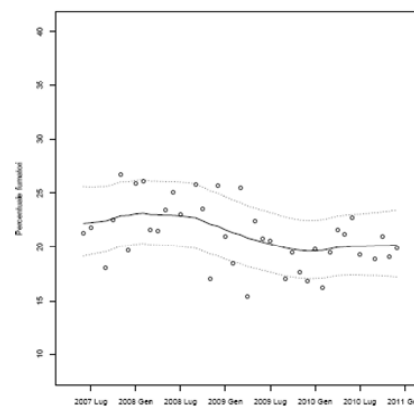
**Distribuzione mensile di fumatori nella popolazione 18-69 anni (%)**  
Piemonte PASSI 2007-2010



**Distribuzione mensile di fumatori nella popolazione 18-34 anni (%)**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



**Distribuzione mensile di fumatori nelle donne (%)**  
Piemonte PASSI 2007-2010



## Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

Si osserva una maggiore prevalenza di ex fumatori tra:

- le persone con più di 50 anni;
- gli uomini.

Oltre che tra le persone più giovani, gli ex fumatori meno diffusi tra quelle con molte difficoltà economiche (13%)

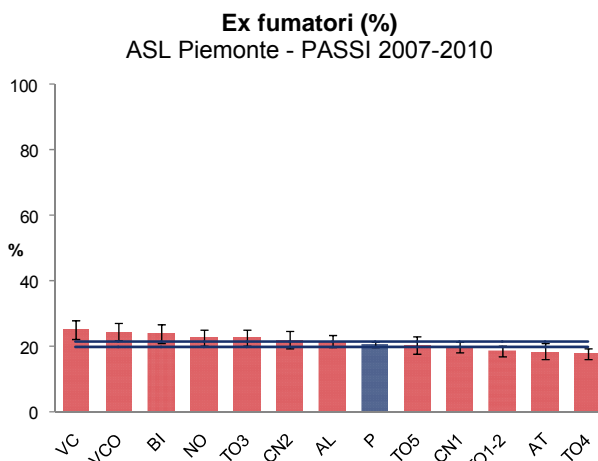
Analizzando l'effetto di ogni singola variabile in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) si confermano le differenze per età, sesso e difficoltà economiche.

**Ex fumatori\***  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.936)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	19,8	18,5-21,1
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	4,9	2,5-7,2
25 - 34	10,5	7,9-13,1
35 - 49	17,6	15,4-19,8
50 - 69	29,9	27,4-32,3
<b>Sesso</b>		
uomini	25,3	23,3-27,3
donne	14,3	12,6-15,9
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	23,2	18,9-27,6
media	20,2	17,9-22,6
superiore	18,8	16,8-20,8
laurea	19,5	15,6-23,4
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	12,8	9,0-16,6
qualche	19,8	17,5-22,1
nessuna	21,2	19,4-23,0

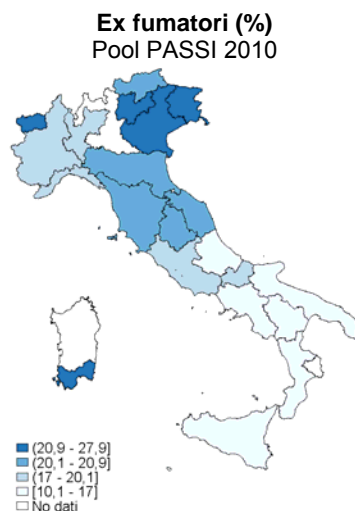
\* *Ex fumatore*: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi.

Considerando il periodo 2007-2010 tra le ASL del Piemonte la prevalenza di ex fumatori varia dal 25% dell'ASL VC al 18% dell'ASL TO4, uniche a presentare un valore significativamente diverso da quello regionale (21%).



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Nel pool PASSI 2010, gli ex fumatori sono il 18%.



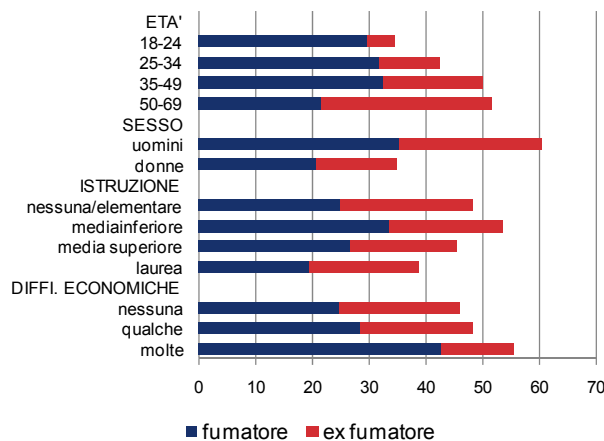
### Quali sono le caratteristiche delle persone con abitudine tabagica nel corso della vita?

Complessivamente i soggetti con abitudine tabagica nel corso della vita (fumatori ed ex fumatori) sono il 48% e sono più numerosi tra:  
 - gli uomini (60%);  
 - le persone con molte difficoltà economiche (55%).

Risultano meno coinvolte da questo comportamento le donne (35%) e le persone laureate (39%).

L'abitudine tabagica nel corso della vita ha coinvolto il 50% delle persone tra 35 e 69, mentre è progressivamente meno diffusa nelle classi di età più giovani.

**Abitudine tabagica nella vita (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.936)



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

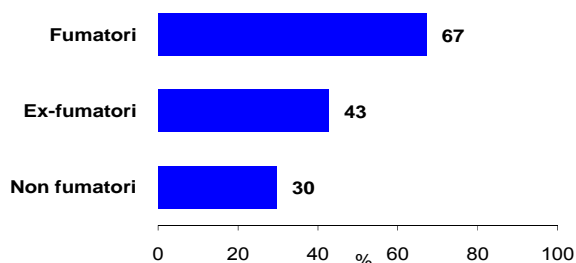
Tra gli intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno solo il 43% dichiara che di avere ricevuto attenzione alla propria abitudine al fumo.

In particolare riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:

- il 67% dei fumatori;
- il 43% degli ex fumatori;
- il 30% dei non fumatori.

### Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (%)

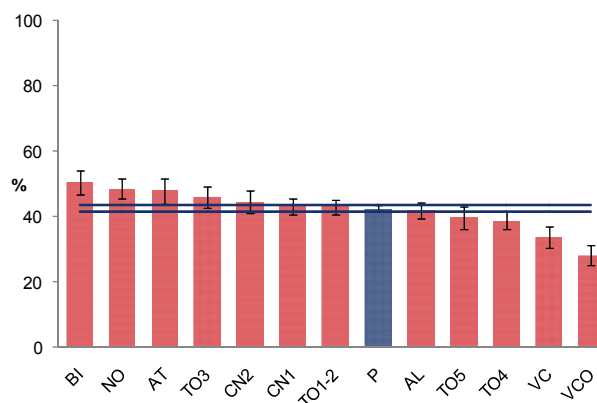
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.375)\*



Considerando il periodo 2007-2010, tra le ASL del Piemonte la prevalenza di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo varia dal 50% dell'ASL BI al 28% dell'ASL VCO. Oltre ad esse, anche l'ASL NO (48%) e l'ASL VC (34%) presentano prevalenze significativamente diverse dalla prevalenza regionale (42%).

### Persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (%)

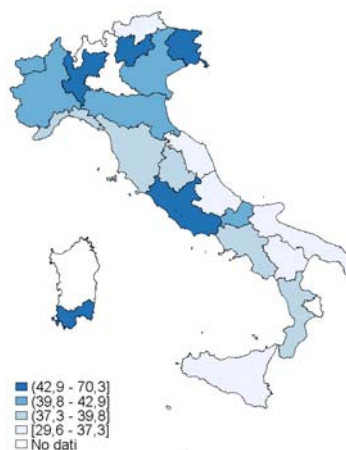
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

### Persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (%)

Pool PASSI 2010



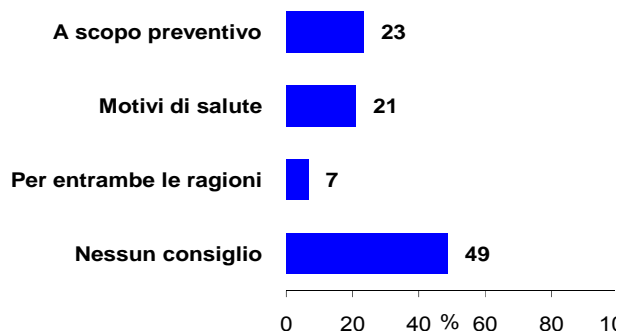
A livello nazionale, le persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo sono il 41%.

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

Circa un fumatore su due (51%) riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

Il 24% dei fumatori ha ricevuto un consiglio a scopo preventivo e il 21% per motivi di salute.

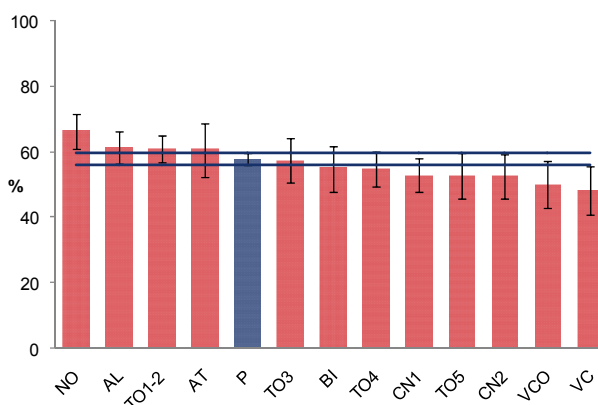
**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=905)\*



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

Considerando il periodo 2007-2010 tra le ASL del Piemonte la prevalenza di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare varia dal 67% dell'ASL NO al 48% dell'ASL VC, uniche a presentare un valore significativamente diverso da quello regionale (58%).

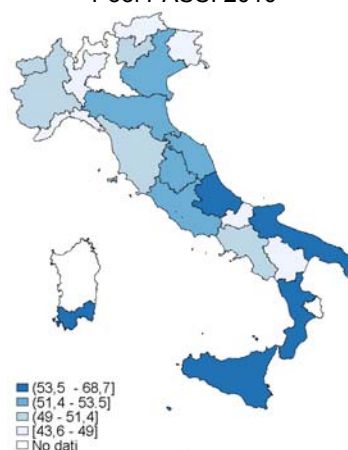
**Fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare (%)**  
Pool PASSI 2010

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori che nel 2010 riferiscono di aver ricevuto consiglio di smettere sono il 52% (51% in Piemonte).



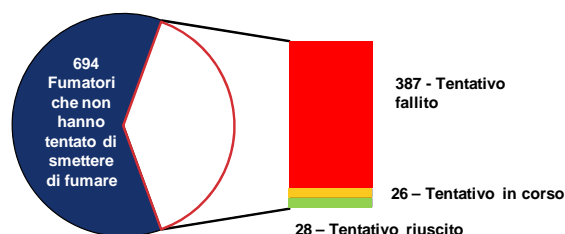
## Quanti fumatori hanno tentato di smettere? Con quale esito?

Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, 441 (38%) hanno riferito di aver tentato di smettere.

Tra di essi:

- 387 persone (88%) erano fumatori al momento dell'intervista (tentativo fallito);
- 26 persone (6%) non fumavano al momento dell'intervista e avevano smesso da meno di 6 mesi (tentativo in corso);
- 28 persone (6%) non fumavano al momento dell'intervista e avevano smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno (tentativo riuscito).

**Tentativo di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi (n)**  
Piemonte - PASSI 2010



Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Tra i 441 fumatori che hanno tentato di smettere di fumare, 334 (76%) sono stati da un medico e al 60% di questi è stato dato il consiglio di smettere. L'influenza del consiglio del medico sul suo tentativo di smettere è stata valutata positivamente dal 51% (Molto: 14%; Abbastanza: 37%), mentre il 41% ritiene che il consiglio sia stato poco influente.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, l'89% l'ha fatto da solo, il 6% ha fatto uso di farmaci, poco di più dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL e il rimanente 4% ha tentato altre vie o non ricorda.

Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.



## Per un confronto...

Abitudine al fumo	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Non fumatori</b>	50,3	48,4 - 51,2	50,1	48,7 - 51,5	52,3	50,7 - 53,9	52,3	50,7 - 53,9	53,3	52,7 - 53,9
<b>Ex-fumatori</b>	20,6	19,1 - 22,1	21,1	20,0 - 22,2	21,0	19,8 - 22,3	19,8	18,5 - 21,1	18,3	17,8 - 18,8
<b>Fumatori</b>	29,0	27,3 - 30,7	28,8	27,5 - 30,1	26,7	25,3 - 28,1	27,9	26,4 - 29,4	28,4	27,8 - 29,0
<b>Sesso</b>										
uomini	35,2	32,6 - 39,3	32,7	30,8 - 34,6	32,7	30,5 - 34,8	35,2	32,9 - 37,5	33,6	32,7 - 34,5
donne	22,9	20,6 - 25,2	24,9	23,1 - 26,6	20,7	18,8 - 22,5	20,6	18,7 - 22,5	23,3	22,5 - 24,1
<b>Classi di età</b>										
18-24	39,1	32,3 - 45,3	36,2	31,5 - 40,8	30,3	25,2 - 35,3	29,6	24,3 - 35,0	31,4	29,5 - 33,3
25-34	39,3	34,7 - 43,8	34,9	31,7 - 38,2	33,4	29,9 - 37,0	31,9	28,0 - 35,7	34,4	32,9 - 35,8
35-49	30,7	27,6 - 33,8	30,3	28,0 - 32,5	28,8	26,4 - 31,3	32,4	29,8 - 35,0	30,0	29,0 - 31,0
50-69	20,0	17,6 - 22,4	22,7	20,8 - 24,6	20,5	18,4 - 22,6	21,6	19,4 - 23,8	22,7	21,8 - 23,7
<b>Livello di istruzione</b>										
nessuno/licenza elementare	18,9	14,7 - 23,0	21,8	18,4 - 25,2	22,8	18,8 - 26,8	25,1	20,5 - 29,6	21,9	20,2 - 23,6
scuola media inferiore	36,0	32,7 - 39,2	33,8	31,4 - 36,1	32,3	29,7 - 34,8	33,6	30,9 - 36,4	34,1	32,9 - 35,2
scuola media superiore	28,7	25,9 - 31,5	28,7	26,7 - 30,7	25,3	23,2 - 27,5	26,7	24,5 - 28,9	28,0	27,1 - 28,8
laurea/diploma universitario	21,8	17,3 - 26,3	21,6	18,0 - 25,1	18,1	14,4 - 21,8	19,4	15,6 - 23,3	22,2	20,8 - 23,6
<b>Difficoltà economiche</b>										
molte	44,0	37,9 - 50,1	39,6	35,2 - 44,0	40,4	35,6 - 45,3	42,7	37,2 - 48,3	37,5	35,6 - 39,5
qualche	31,5	28,4 - 34,6	31,5	29,3 - 33,7	29,4	26,9 - 31,8	28,6	26,1 - 31,2	29,9	28,9 - 30,8
nessuna	24,4	22,2 - 26,7	24,6	22,9 - 26,4	21,6	19,8 - 23,4	24,8	22,9 - 26,8	24,5	23,8 - 25,3
<b>Numero medio di sigarette</b>	13,5		13,0		13,3		12,5		13,2	
<b>Operatore sanitario:</b>										
<b>chiesto se fuma*</b>	45,0	42,4 - 47,5	42,0	40,5 - 43,6	40,6	38,9 - 42,3	42,6	40,8 - 44,4	40,7	40,0 - 41,3
<b>consigliato di smettere di fumare*</b>	62,4	58,0 - 66,9	59,7	56,7 - 62,7	58,9	55,5 - 62,3	51,4	47,9 - 54,8	52,1	50,8 - 53,4
<b>Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno</b>	40,7	37,0 - 44,4	34,7	32,2 - 37,3	33,1	30,1 - 36,0	38,3	35,3 - 41,2	40,0	38,9 - 41,2

\* Tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

## Conclusioni e raccomandazioni

I fumatori sono poco più di un quarto della popolazione tra i 18 e i 69 anni. Nelle età più elevate la minore prevalenza si associa ad una maggiore quota di ex fumatori mentre, anche considerando l'abitudine pregressa, il fumo si conferma fattore di rischio meno diffuso tra le donne, le persone con elevata scolarità e senza difficoltà economiche. Le disuguaglianze sociali che interessano questo comportamento a rischio riguardano anche la possibilità di interromperlo: tra i fumatori con molte difficoltà economiche, pochi riescono a diventare ex fumatori.

Considerato che raramente si inizia a fumare in età adulta, la minore prevalenza di persone con abitudine tabagica nel corso della vita tra i 18 e 34 anni rispetto alle persone con 35 e più anni è suggestiva dei risultati ottenuti dalle attività di contrasto al fumo di tabacco attuate negli ultimi decenni.

Anche attraverso un maggior interesse da parte degli operatori sanitari, vanno valorizzati metodi di disassuefazione efficace perché attualmente ogni anno il tentativo di smettere di fumare riguarda più di 1 fumatore su 3, ma va a buon fine solo per circa 1 su 10 di coloro che hanno tentato.

## Fumo passivo

Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente e il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati.

L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone. Altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

La legge 3 del 16 gennaio 2003 viene complessivamente rispettata dimostrandosi, oltre che un evidente segnale dell'attenzione sociale al problema, uno strumento efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo nei luoghi pubblici e di lavoro.

### L'abitudine al fumo in ambito domestico

In più di tre abitazioni su quattro (78%) non è possibile fumare. Il divieto è più diffuso (86%) nelle abitazioni in cui vive un minore di 14 anni (0-4 anni: 88%; 5-9 anni: 85%; 10-14 anni: 83%).

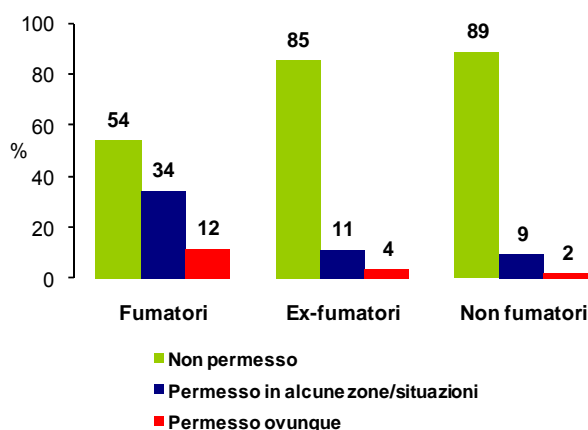
Nel 17% delle abitazioni è permesso fumare in alcuni luoghi o situazioni.

Nel 5% si fuma senza limitazioni.

La proibizione a fumare in ambito domestico è influenzata dall'abitudine al fumo: è più frequente nelle abitazioni dei non fumatori (89%) ma coinvolge anche più della metà (54%) di quelle dei fumatori.

Nel Pool PASSI 2010, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 14 anni).

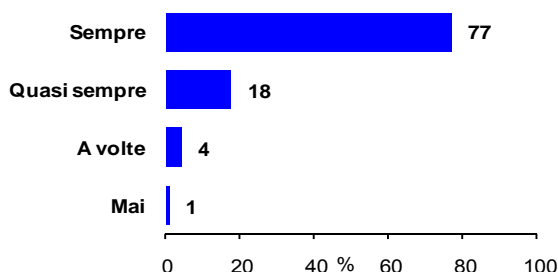
**Possibilità di fumare in casa suddivisa per abitudine al fumo dell'intervistato (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.935)



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

Il 95% delle persone tra 18 e 69 anni di età considera rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici: il 77% "sempre" ed il 18% "quasi sempre".

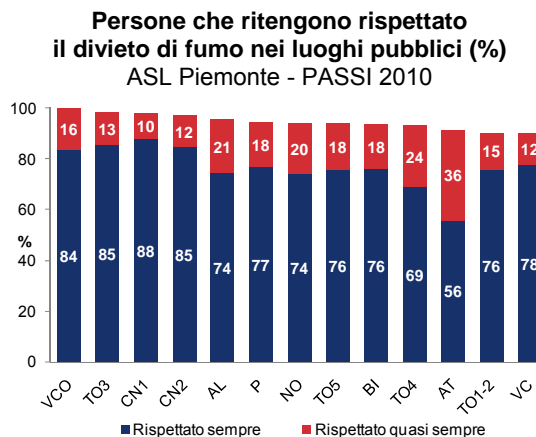
**Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (%)**  
Piemonte - PASSI 2010\* (n=3.718)



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

Le persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici variano dal 100% dell'ASL VCO al 90% dell'ASL VC e TO1-2, uniche a differenziarsi significativamente dal valore regionale (95%)

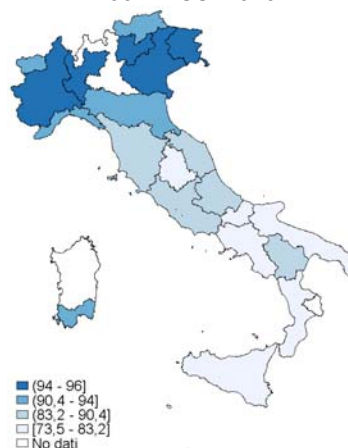
Nell'ASL AT è meno diffuso il rispetto "rigoroso" della legge ("sempre" rispettato 56%)



A livello nazionale, l'87% degli adulti considera rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici.

Il rispetto della norma mostra un gradiente in diminuzione da Nord a Sud (range da 96% nella P.A. di Trento a 83% in Calabria).

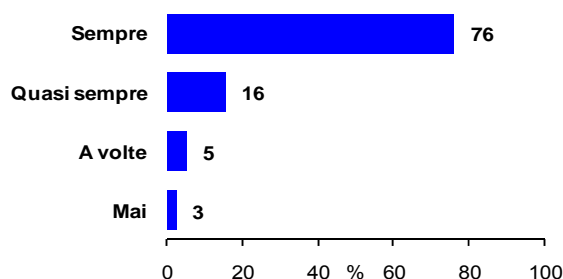
**Persone che ritengono rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici (%)**  
Pool PASSI 2010



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

Il 92% dei lavoratori considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato "sempre" (76%) o "quasi sempre" (16%).

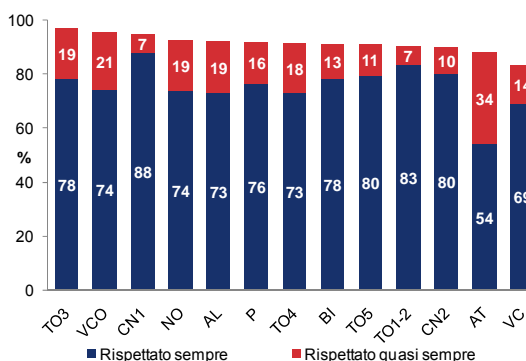
**Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=2403)\*



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

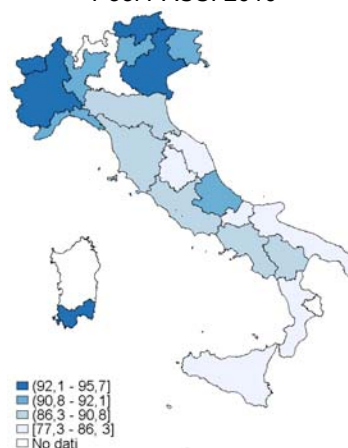
I lavoratori che ritengono rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro variano dal 97% dell'ASL TO3 all'83% dell'ASL VC, unica a differenziarsi significativamente dal valore regionale (92%). Inoltre, nell'ASL AT è meno diffuso il rispetto "rigoroso" della legge ("sempre" rispettato: 54%).

**Lavoratori che ritengono rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2010



**Lavoratori che ritengono rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (%)**  
Pool PASSI 2010

A livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato secondo l'88% dei lavoratori, con un gradiente in diminuzione da Nord a Sud (range: dal 95% della P.A. di Trento al 70% della Calabria).



### Per un confronto...

Fumo passivo	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Abitudine al fumo in ambito domestico</b>										
Non si fuma	73,4	71,7 - 75,1	74,7	73,4 - 75,9	76,6	75,2 - 78,0	78,4	77,0 - 79,8	75,7	75,1 - 76,2
<b>Rispetto del divieto di fumo:</b>										
negli ambienti di lavoro chiusi	89,7	88,2 - 91,3	90,9	89,8 - 92,0	90,4	89,2 - 91,6	92,1	91,0 - 93,2	89,3	88,7 - 89,8
nei luoghi pubblici	92,1	91,0 - 93,3	93,1	92,3 - 93,8	94,4	93,6 - 95,2	94,8	94,0 - 95,5	87,3	86,8 - 87,8

### Conclusioni e raccomandazioni

Il contrasto all'esposizione al fumo passivo conferma in Piemonte buoni risultati sia in termini assoluti che nel confronto con il resto del pool PASSI. Più di nove persone su 10 ritengono rispettato divieto di fumare nei luoghi di lavoro o nei locali pubblici ed in quasi otto abitazioni su 10 non è consentito fumare, con valori in leggero progressivo aumento dal 2007.

Una soddisfacente conoscenza dei danni da fumo passivo si deduce anche dalla maggiore attenzione ad esso nelle abitazioni in cui si trovano minori di 14 anni e dal mancato permesso di fumare in oltre la metà delle case dei fumatori.

# Indicatori Guadagnare salute

## ATTIVITA' FISICA

### Come PASSI misura il livello di attività fisica dell'individuo

- **attivo:** è un individuo che
  - svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad es. manovale, muratore, agricoltore);  
*oppure*
  - aderisce alle linee guida sulla attività fisica:
    - a. 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana,  
*oppure*
    - b. attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.
- **parzialmente attivo:** è un individuo che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
- **sedentario:** è un individuo che non svolge un lavoro pesante e che, nel tempo libero, fa meno di 10 minuti di attività moderata o intensa al giorno.

### Quali definizioni di attività fisica nel PASSI?

#### Attività fisica svolta durante il lavoro

- Per **lavoro pesante** si intende un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (per esempio: il manovale, il muratore, l'agricoltore)
- Per lavoro che richiede uno sforzo fisico **moderato** si intende quello dell'operaio in fabbrica, del cameriere, dell'addetto alle pulizie
- Per **lavoro sedentario** si intende stare seduto o in piedi, come chi lavora al computer, guida la macchina, fa lavori manuali senza sforzi fisici.

#### Attività fisica svolta fuori dal lavoro

- Per **attività fisica intensa** si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come per esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici
- Per **attività fisica moderata** si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come per esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti.

## SOVRAPPESO E OBESITA'

### Le definizioni di PASSI per "sovrappeso e obesità"

1. **Persona obesa** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) maggiore o uguale a 30.0
  - a. Limiti dell'obesità lieve (grado I) Indice di massa corporea (Imc) compreso tra 30.0 e 34.9
  - b. Limiti dell'obesità intermedia (grado II) Indice di massa corporea (Imc) compreso tra 35.0 e 39.9
  - c. Limiti dell'obesità grave (grado III) Indice di massa corporea (Imc) uguale o superiore a 40.0
2. **Persona sovrappeso** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25.0 e 29.9.
3. **Persona normopeso** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) compreso tra 18.5 e 24.9.
4. **Persona sottopeso** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) inferiore a 18.5.

Si considerano persone in **eccesso ponderale** le persone obese e le persone in sovrappeso.

Tutti i valori di peso e altezza sono autoriferiti dall'intervistato.

## CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

### Come PASSI definisce "consumo abituale di frutta e verdura"

- **Consumo di frutta e verdura al giorno** è misurato con il numero di porzioni di frutta e verdura che una persona dichiara di consumare al giorno.
- **"Porzione di frutta o verdura"**: un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta.

Secondo la letteratura, le cinque porzioni consigliate sono da 80 gr ca. per un totale del fabbisogno giornaliero di 400 gr. Per motivi pratici, legati a una migliore comprensione da parte dell'intervistato, è stata riconsiderata la formulazione della domanda, eliminando la difficoltà legata all'identificazione del peso di frutta e/o verdura.

### Indicatori

1. Persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e verdura al giorno (*five-a-day*) [=consumo raccomandato]
2. Persone che consumano 3-4 porzioni di frutta e verdura al giorno
3. Persone che consumano 1-2 porzioni di frutta e verdura al giorno
4. Persone che consumano 0 porzioni di frutta e verdura al giorno.

## CONSUMO DI ALCOL

**Come sono classificati i consumatori di bevande alcoliche ai fini della sorveglianza PASSI**

### ***Che cosa è l'unità alcolica***

Il consumo di alcol si misura in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo, contenuti in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.



Fonte: Osservatorio nazionale alcol

### ***Quale è il limite del consumo moderato di alcol***

I rischi di danni alcol-correlati e di dipendenza fanno parte di un continuum e crescono con l'aumento delle quantità di alcol bevute. Non è possibile quindi stabilire limiti al di sotto dei quali questi rischi si annullino e non esistono livelli soglia universalmente accettati del bere senza rischi per la salute.

Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali individuano livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili, aggiornandoli coerentemente con i progressi della ricerca sui rischi per la salute connessi al consumo di alcol.

Attualmente, secondo le [linee guida dell'Inran](#) (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione), il [Cdc](#), ed altre istituzioni sanitarie i livelli soglia sono basati sulla media di unità alcoliche consumate al giorno:

- Soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche al giorno
- Soglia del consumo moderato per le donne = 1 unità alcolica al giorno

I consumi medi al di sopra di queste quantità sono considerati eccessivi e le persone che bevono abitualmente più di queste quantità sono definite "forti bevitori".

Tenendo conto di questi valori soglia, PASSI classifica i consumatori di bevande alcoliche in base a specifiche classi di rischio, sulla base del comportamento dichiarato relativo agli ultimi 30 giorni.

### Definizioni di consumatori e consumatori di alcol a rischio

Il consumo di alcol a rischio è definito, per ciascun sesso, in base alla frequenza di consumo, alla quantità di alcol ingerito e al pattern di consumo, negli ultimi 30 giorni.

- Un **bevitore** è un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.
- Un **forte bevitore**[\[1\]](#) è:
  - un uomo che, negli ultimi 30 giorni, ha consumato bevande alcoliche e dichiara che in media ha consumato 3 o più unità alcoliche al giorno
  - una donna che, negli ultimi 30 giorni, ha consumato alcolici e dichiara che in media ha consumato 2 o più unità alcoliche al giorno.
- Un **bevitore binge**[\[2\]](#) è:
  - un uomo che, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta 5 o più unità alcoliche in una sola occasione
  - una donna che, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta 4 o più unità alcoliche in una sola occasione.
- Un **bevitore fuori pasto** è un uomo o una donna che negli ultimi 30 giorni ha consumato bevande alcoliche, solo o prevalentemente fuori pasto.
- Un **bevitore a rischio** è un uomo o una donna che negli ultimi 30 giorni si è comportato come forte bevitore e/o bevitore binge e/o bevitore fuori pasto.
- Un **bevitore moderato NON** è un bevitore a rischio (non beve forte, né prevalentemente fuori pasto, né fino ad ubriacarsi), cioè:
  - un uomo che negli ultimi 30 giorni ha bevuto prevalentemente o solo durante i pasti, senza mai bere 5 o più unità alcoliche nella stessa occasione. Dichiara che, quando ha bevuto, ha consumato fino a due unità alcoliche, in media, al giorno
  - una donna che negli ultimi 30 giorni ha bevuto prevalentemente o solo durante i pasti, senza mai bere 4 o più unità alcoliche nella stessa occasione. Dichiara che, quando ha bevuto, ha consumato fino a una unità alcolica in media, al giorno.







# Rischio cardiovascolare

Introduzione al rischio cardiovascolare  
Ipertensione arteriosa  
Ipercolesterolemia  
Diabete  
Carta e punteggio individuale del rischio

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

# Introduzione al rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei *DALY* (*Disability Adjusted Life Years*), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Per quanto riguarda l'alimentazione diverse componenti influiscono sul rischio cardiovascolare: consumo di frutta e verdura, e di pesce con un ruolo protettivi; eccessivo contenuto di sale, di grassi idrogenati come fattori di rischio).

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è quindi importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale.

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative ed amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute".

L'approccio individuale, invece, è volto ad identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione.

PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

## Iperensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per malattie gravi e invalidanti come l'ictus, l'infarto del miocardio, lo scompenso cardiaco, l'insufficienza renale.

La diagnosi precoce mediante controlli medici e il trattamento farmacologico, uniti alla modifica degli stili di vita per mezzo di interventi individuali e di popolazione sono fondamentali per contrastare gli effetti negativi dell'ipertensione.

Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico.

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

In Piemonte nel 2010 l'85% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il restante 7% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa nelle fasce d'età più avanzate.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri considerati nella tabella, si conferma l'associazione tra età e misurazione della pressione arteriosa.

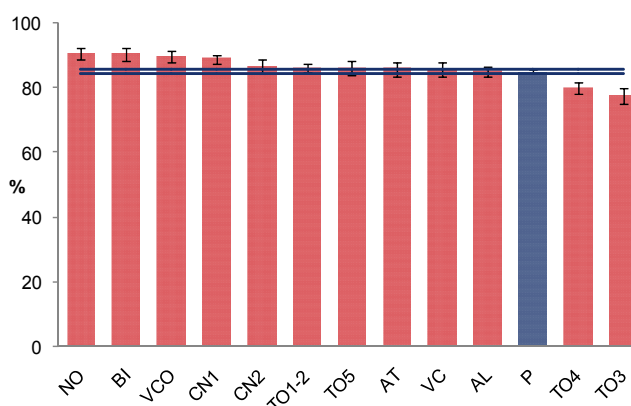
Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone con pressione controllata negli ultimi due anni è pari all'83%.

Per il periodo 2007-2010, la prevalenza di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni varia significativamente tra le ASL del Piemonte (range dal 77% al 91%). Le ASL NO, BI, VCO e CN1 hanno valori significativamente maggiori di quello regionale (85%) mentre le ASL TO4 e TO3 li hanno significativamente minori.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.936)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	85,0	83,8-86,5
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	74,8	71,7-78,0
35 - 49	85,9	83,2-88,0
50 - 69	91,6	90,0-93,1
<b>Sesso</b>		
uomini	83,9	82,1-85,7
donne	86,2	84,5-88,0
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	90,5	87,2-93,7
media	84,5	82,6-87,1
superiore	83,7	81,7-85,7
laurea	85,7	81,7-89,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	81,1	77,5-86,7
qualche	83,7	81,4-86,1
nessuna	86,2	84,6-87,9

Persone a cui è stata misurata  
la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Persone a cui è stata misurata  
la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
Pool ASL omogeneo - PASSI 2007-2010



Per il quadriennio 2007-10 la prevalenza delle persone che hanno controllato la pressione arteriosa mostra un evidente gradiente in diminuzione da Nord a Sud Italia. Il Piemonte, insieme a molte altre Regioni del centro-nord ha valori significativamente superiori a quelli del pool nazionale (83%).

### Quante persone sono ipertese?

In Piemonte il 20% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (38% nella fascia 50-69 anni);
- nelle persone con livello d'istruzione basso;
- nelle persone in eccesso ponderale.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività per l'età e lo stato nutrizionale.

Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

Con i dati 2007-2010, tra le ASL regionali la prevalenza di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 25% dell'ASL BI al 19% dell'ASL CN1.

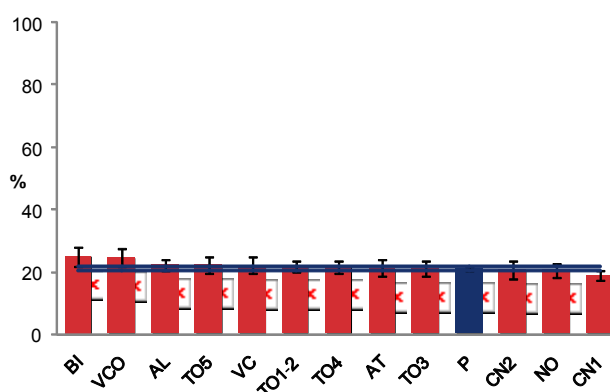
Le ASL BI, VCO e AL presentano valori significativamente più elevati di quello regionale (21%), la ASL CN1 valore significativamente più basso.

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione\***  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.718)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	19,9	18,6-21,1
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	2,8	1,7-3,8
35 - 49	12,1	10,3-14,0
50 - 69	37,7	35,0-40,3
<b>Sesso</b>		
uomini	21,1	19,3-22,9
donne	18,7	13,9-22,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	42,2	36,9-47,6
media	22,2	19,8-24,5
superiore	14,9	13,1-16,7
laurea	12,6	9,4-15,9
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	22,2	17,5-26,9
qualche	20,0	17,8-22,3
nessuna	19,2	17,5-20,9
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	12,1	10,8-13,5
sovrappeso/obeso	32,2	29,7-34,8

\* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

**Persone con diagnosi riferita  
di ipertensione arteriosa (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

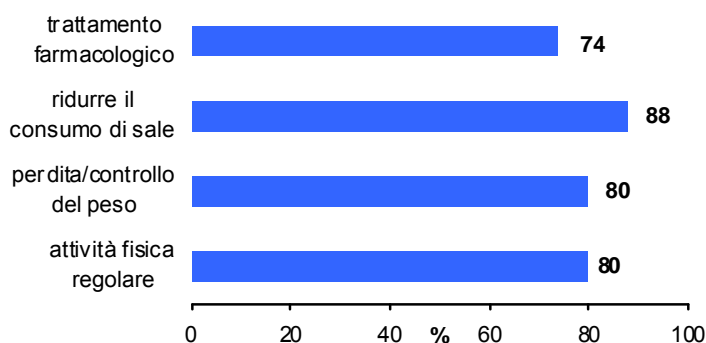
## Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

In Piemonte il 74% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi. (Nel pool nazionale tale prevalenza risulta del 79%.)

Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di sale (88%);
- ridurre o controllare il peso corporeo (80%);
- svolgere regolare attività fisica (80%).

**Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico \***  
Piemonte PASSI 2010 (n=773)



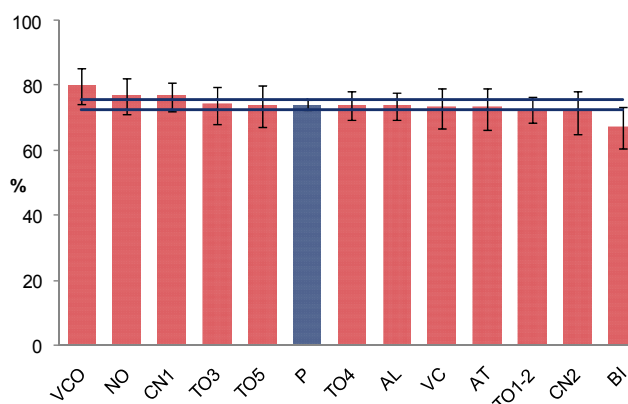
\* Ogni variabile considerata indipendentemente

Tra le ASL del Piemonte non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 67% di ASL VCO al 80% di ASL BI).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79%.

**Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci**

ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

## Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

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

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

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

In Piemonte l'80% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 53% nel corso dell'ultimo anno
- il 18% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 9% da oltre 2 anni;
- il 20% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

La misurazione del colesterolo è più frequente:

- al crescere dell'età (dal 57% della fascia 18-34 anni al 92% di quella 50-69 anni)
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone senza alcuna difficoltà economica.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per tutte le variabili sopra considerate.

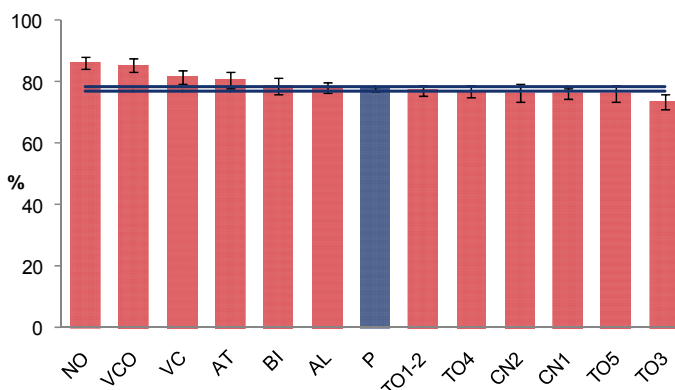
**Colesterolo misurato almeno una volta nella vita**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.936)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	80,0	78,7-81,3
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	56,6	53,1-60,1
35 - 49	85,2	83,2-87,1
50 - 69	92,0	90,5-93,5
<b>Sesso</b>		
uomini	78,5	76,6-80,4
donne	81,5	79,7-83,3
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	89,9	86,6-93,2
media	80,6	78,2-82,9
superiore	77,1	74,9-79,2
laurea	81,2	77,2-85,3
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	74,0	68,8-79,2
qualche	79,8	77,4-82,1
nessuna	81,2	79,4-83,0



**Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010

Nel periodo 2007-2010, la prevalenza regionale di persone a cui è stato misurato il colesterolo è del 78% e le ASL NO, VCO e VC hanno valori significativamente più alti (rispettivamente 86%, 85% e 82%) mentre la ASL TO3 presenta una prevalenza più bassa (73,5%).



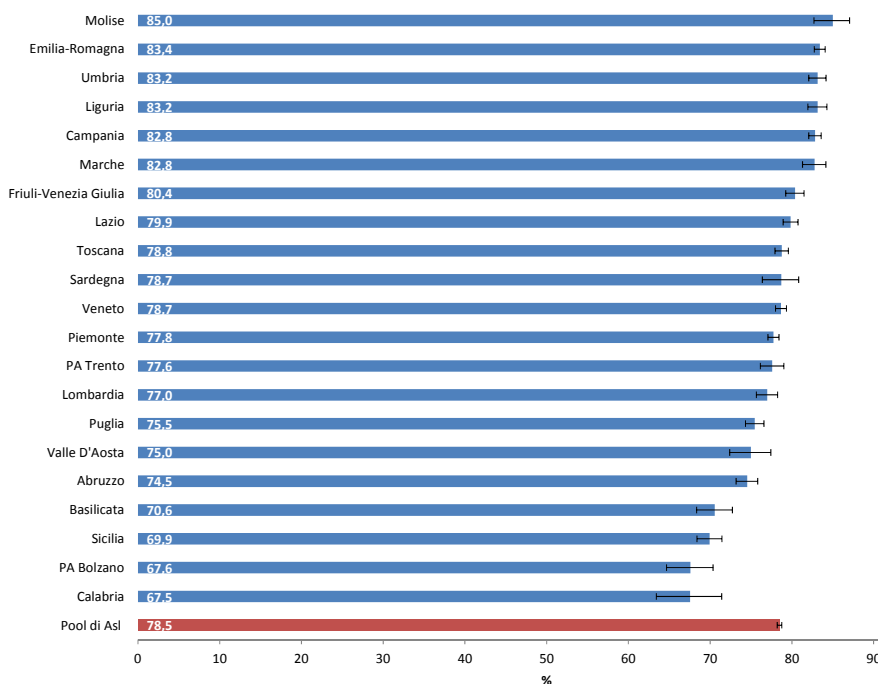
Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)**  
Pool ASL omogeneo - PASSI 2007-2010

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno controllato almeno una volta è pari al 79%. I valori regionali variano dal 85% del Molise al 68% della Calabria.



**Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)**  
Pool ASL omogeneo - PASSI 2007-2010



## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

In Piemonte il 22% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:

- nelle classi d'età media e avanzata;
- nelle persone con basso livello di istruzione;
- nelle persone in eccesso ponderale.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, rimangono associazioni significative solo con l'età e l'eccesso ponderale.

**Ipercolesterolemia riferita\***  
Piemonte - PASSI 2010 (n= 3.199)

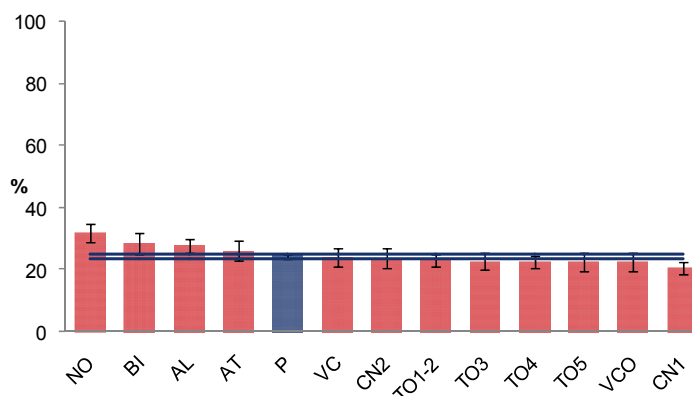
Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	22,4	20,9-23,9
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	6,8	4,7-8,8
35 - 49	16,4	14,2-18,6
50 - 69	34,4	31,7-37,1
<b>Sesso</b>		
uomini	22,3	20,2-24,4
donne	22,5	20,4-24,6
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	33,5	28,2-38,8
media	25,4	22,6-28,2
superiore	18,3	16,2-20,5
laurea	18,2	14,1-22,2
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	25,8	20,1-31,4
qualche	21,9	19,4-24,5
nessuna	22,0	20,0-24,0
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	16,9	15,2-18,7
sovrappeso/obeso	30,5	27,8-33,2

\* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con evidenti differenze territoriali (range: dal 31% della Sardegna al 15% della Campania)

Nel periodo 2007/2010, tra le ASL del Piemonte si osservano differenze statisticamente significative della prevalenza di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia: rispetto al valore regionale (24%), l'ASL NO presenta un valore significativamente più elevato (32%), l'ASL CN1 significativamente più basso (20%).

**Persone con ipercolesterolemia riferita (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

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

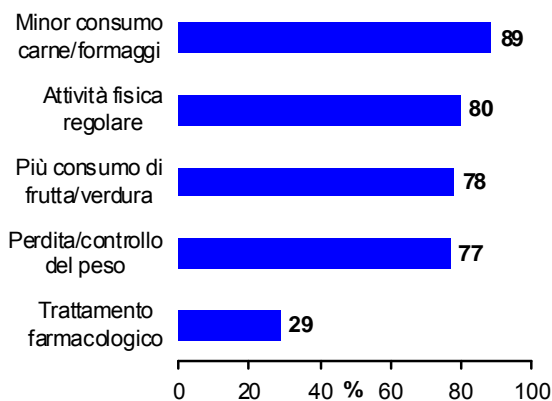
In Piemonte il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico. (32% nel pool di ASL PASSI).

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di carne e formaggi (89%);
- svolgere regolare attività fisica (80%);
- aumentare il consumo di frutta e verdura (78%);
- ridurre o controllare il proprio peso (77%).

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

Piemonte PASSI 2010 (n=729)

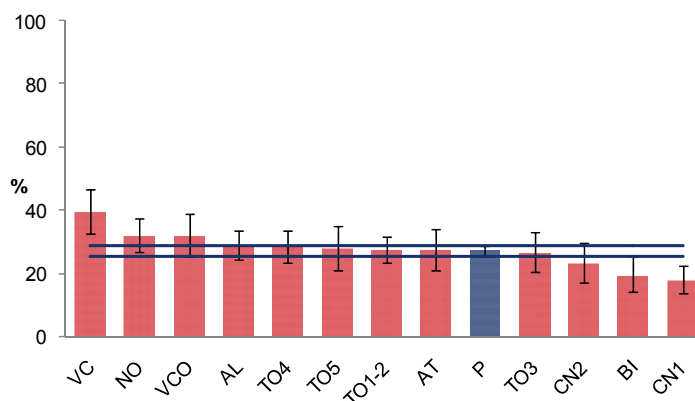


\* Ogni variabile considerata indipendentemente

Considerando l'intero periodo di sorveglianza 2007/2010, tra le ASL del Piemonte si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la prevalenza di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci: la ASL VC ha un valore significativamente più alto (18%) di quello regionale (27%) e le ASL CN1 e BI li hanno significativamente più bassi (rispettivamente 18 e 19%).

### Trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia (%)

ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

## Diabete

Il diabete mellito è una patologia cronica che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione, con un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario. Mentre il diabete di tipo 1 (insulino dipendente) colpisce prevalentemente le persone giovani, quello di tipo 2 (molto più diffuso) compare prevalentemente in età adulta ed è correlato a fattori comportamentali individuali: la sua insorgenza può perciò essere prevenuta con uno stile di vita adeguato.

I dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2011, indicano che è diabetico il 4,9% degli italiani (5,0% delle donne e 4,7% degli uomini), pari a circa 2.900.000 persone.

Si stima che circa il 6,7% dell'intera spesa sanitaria nazionale sia assorbito dai pazienti diabetici; a ciò si aggiunge una significativa riduzione della qualità della vita del paziente diabetico ed una perdita in termini di anni di vita (in media 5-10 anni).

Recentemente sono stati realizzati importanti progressi nel trattamento del diabete e nella prevenzione delle sue complicanze; è pertanto estremamente importante favorire il riconoscimento precoce della malattia: attualmente si stima che circa la metà dei diabetici non sia a conoscenza del proprio stato.

Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze, particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari. Per questo motivo le linee guida per l'assistenza ai diabetici suggeriscono un monitoraggio attivo e un trattamento aggressivo dei fattori di rischio che frequentemente si trovano associati al diabete, come ipertensione, ipercolesterolemia, peso eccessivo, sedentarietà, fumo.

PASSI rileva la presenza di questi fattori e monitora alcune attività di controllo e prevenzione, e può perciò fornire informazioni utili sulla qualità dell'assistenza ricevuta dalle persone.

Dal 2010, il questionario si è arricchito con domande sulle figure professionali che seguono il paziente con diabete.

### Quanto è diffuso il diabete?

Il 5% delle persone intervistate riferisce di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico; questa stima corrisponde in Piemonte a circa 150 mila diabetici nella fascia di età 18-69 anni.

Il diabete risulta più diffuso:

- dopo i 50 anni;
- tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso e, soprattutto, obese);
- tra le persone con basso livello di istruzione e tra quelle con difficoltà economiche.

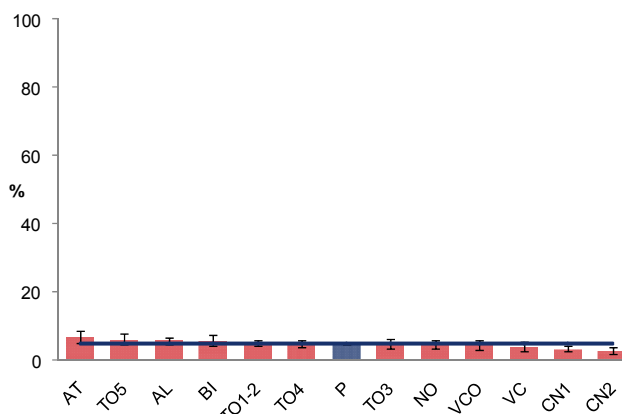
Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) si confermano le differenze riportate.

<b>Diabete</b>		
Piemonte - PASSI 2007-20010 (n=16.777)		
<b>Caratteristiche</b>	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	4,9	4,5-5,2
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	0,8	0,6-1,2
35 - 49	2,0	1,6-2,4
50 - 69	10,6	9,8-11,4
<b>Sesso</b>		
uomini	5,7	5,2-6,3
donne	4,1	3,7-4,6
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	13,6	12,0-15,4
media	5,6	5,0-6,35
superiore	2,7	2,3-3,1
laurea	2,5	1,8-3,5
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	9,1	7,1-10,7
qualche	5,4	4,8-6,1
nessuna	3,8	3,4-4,2
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	2,4	2,1-2,8
sovrappeso	6,8	6,1-7,6
obeso	15,6	13,7-17,7

Tra le ASL piemontesi la prevalenza varia dal 7% dell'ASL AT al 3% dell'ASL CN2 e CN1. Per queste tre ASL la differenza con il valore regionale (5%) risulta statisticamente significativa.

Le persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di diabete sono risultate il 5% anche nel pool di Asl partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale dal 2007 al 2010.

**Persone con diabete (%)**  
ASL Piemonte PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali

**Prevalenza di persone cui è stata fatta diagnosi di diabete**  
Pool ASL – PASSI 2007-2010

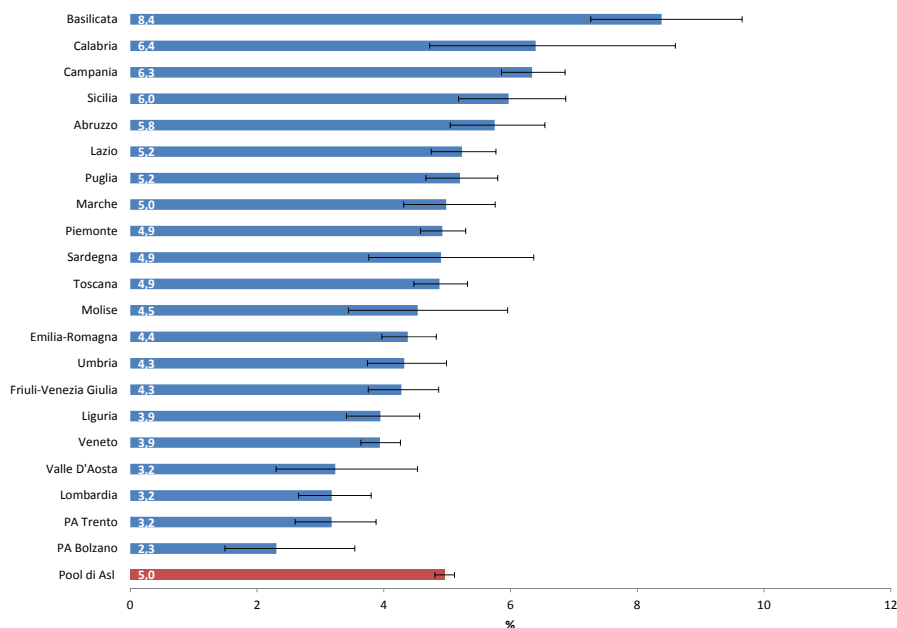
I dati regionali 2007-2010 relativi ai diabetici evidenziano un gradiente Nord-Sud: nella P.A. di Bolzano si registra il valore più basso (2%), mentre in Basilicata quello più alto (8%).

Il Piemonte è l'unica regione del Nord in cui il valore osservato non è inferiore a quello del pool



Lombardia, Sardegna e Calabria hanno partecipato alla sorveglianza solo con alcune ASL

**Prevalenza di persone cui è stata fatta diagnosi di diabete**  
Pool ASL – PASSI 2007-2010

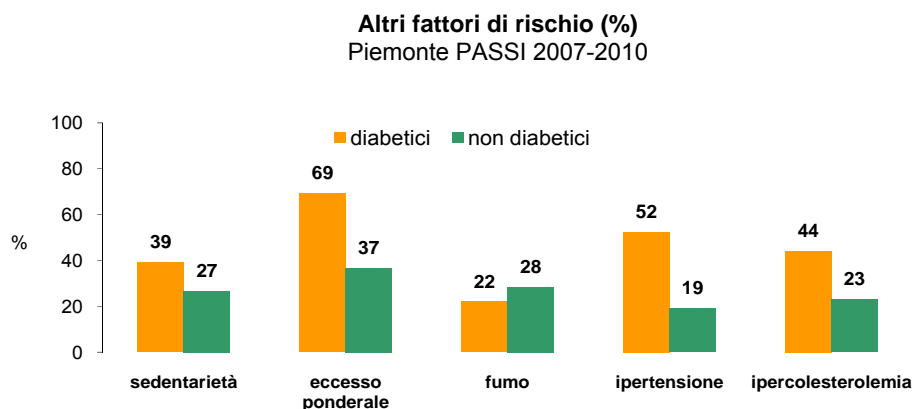


## Compresenza di fattori di rischio fra i diabetici

In Piemonte tra le persone con diabete il 69% è in eccesso ponderale, il 39% è sedentario, il 22% fumatore, il 52% ha ricevuto una diagnosi di ipertensione e il 44% di ipercolesterolemia;

Tranne che per l'abitudine al fumo, questi fattori di rischio cardiovascolare risultano più diffusi tra le persone con diabete rispetto a quelle che non hanno avuto questa diagnosi.

La situazione osservata in Piemonte è sovrapponibile a quella del pool nazionale ad eccezione dell'eccesso ponderale che risulta, anche tra i diabetici, meno diffuso in Piemonte (69% vs 75%).



## L'attenzione degli operatori sanitari

L'attenzione degli operatori sanitari agli stili di vita scorretti è maggiore verso i diabetici rispetto ai non diabetici.

Per quanto riguarda il fumo è stato chiesto se fuma al 48% dei diabetici (vs 42% non diabetici) ed è stato consigliato di smettere di fumare a più di tre su quattro persone con diabete (al 76% rispetto al 59% dei non diabetici). Circa un diabetico su due (49%) ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno rispetto al 40% dei non diabetici.

L'attività fisica viene consigliata a un terzo dei diabetici (32% vs 28% dei non diabetici) e, soprattutto il consiglio di perdere peso viene dato al 70% dei diabetici contro il 29% dei non diabetici.



## Monitoraggio e trattamento dei principali fattori di rischio

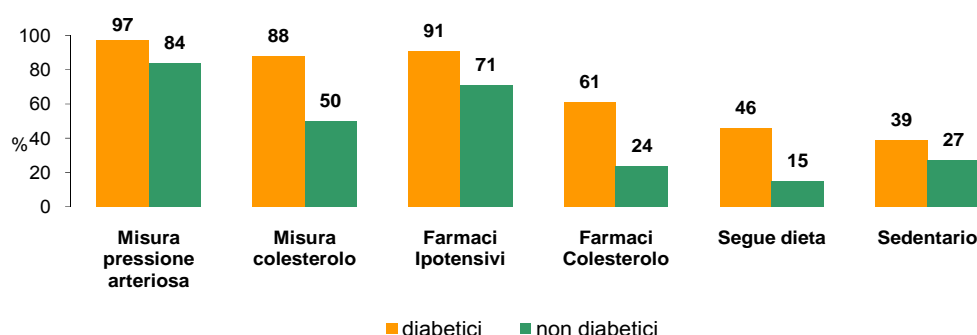
Il 97% delle persone con diabete ha controllato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e l'88% la colesterolemia nell'ultimo anno, valori più elevati di quelli osservati nella popolazione senza diabete.

Anche il trattamento farmacologico di colesterolemia e ipertensione è più diffuso tra i diabetici (rispettivamente 91% e 61% vs 71% e 24%).

Quasi la metà (46%) dei diabetici segue una dieta, rispetto al 15% della restante popolazione.

La sedentarietà è invece comportamento associato al rischio cardiovascolare significativamente più diffuso tra le persone con diabete.

**Monitoraggio dei fattori di rischio e trattamento (%)**  
Piemonte PASSI 2007-2010



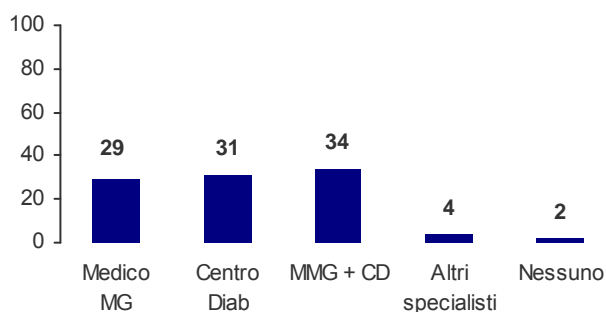
## Chi fornisce assistenza ai pazienti diabetici

A cominciare dall'anno 2010, PASSI chiede alle persone con diagnosi di diabete da quale medico o Servizio siano seguiti principalmente.

I risultati del 2010 dicono che:

- il 29% è seguito dal Medico di Medicina Generale (MMG);
- il 31% dal Centro Diabetologico (CD);
- il 34% sia dal MMG che dal Centro Diabetologico;
- il 4% dal altri specialisti;
- il 2,5% da nessun operatore sanitario.

**Chi segue principalmente i pazienti con diabete (%)**  
Piemonte PASSI 2010



## Carta e punteggio individuale del rischio

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

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

Per il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare si utilizzano sei fattori: sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia e tale determinazione del livello di rischio può essere ripetuta nel tempo per valutarne i cambiamenti per effetto delle terapie farmacologiche e delle variazioni apportate allo stile di vita.

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

In Piemonte solo il 6% degli intervistati nella fascia 35-69 anni senza patologie cardiovascolari pregresse, ha riferito di aver avuto calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare.

In particolare, il calcolo è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

- nelle classi d'età più elevate
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma l'associazione significativa con età e presenza di un fattore di rischio cardiovascolare.

Nel periodo 2007-2010 in tutte le ASL del Piemonte la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare anche se bassa presenta un range dal 3% della ASL CN2 all'8% della ASL VC, valori che risultano significativamente differenti dalla media regionale (5%).

#### Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

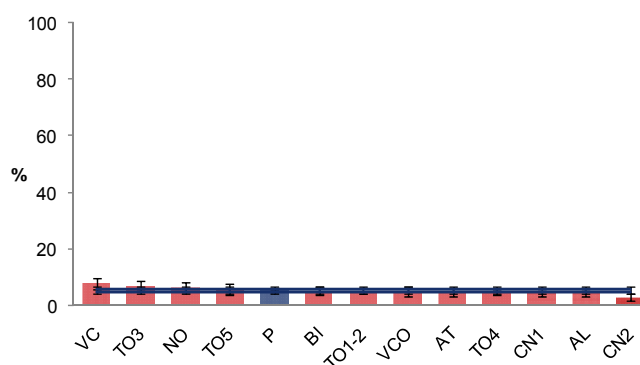
Piemonte - PASSI 2010 (n=2.763)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	<b>5,6</b>	4,7-6,6
<b>Classi di età</b>		
35 - 39	3,3	1,4-5,2
40 - 49	3,8	2,4-5,2
50 - 59	6,2	4,4-8,0
60 - 69	9,3	6,9-11,7
<b>Sesso</b>		
uomini	6,2	4,8-7,5
donne	5,2	3,9-6,4
<b>Istruzione</b>		
bassa	6,0	4,7-7,3
alta	5,3	4,0-6,6
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	6,3	4,8-7,7
no	5,1	3,9-6,3
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare<sup>o</sup></b>		
sì	6,8	5,6-8,0
no	3,0	1,5-4,4

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

#### Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)

ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.



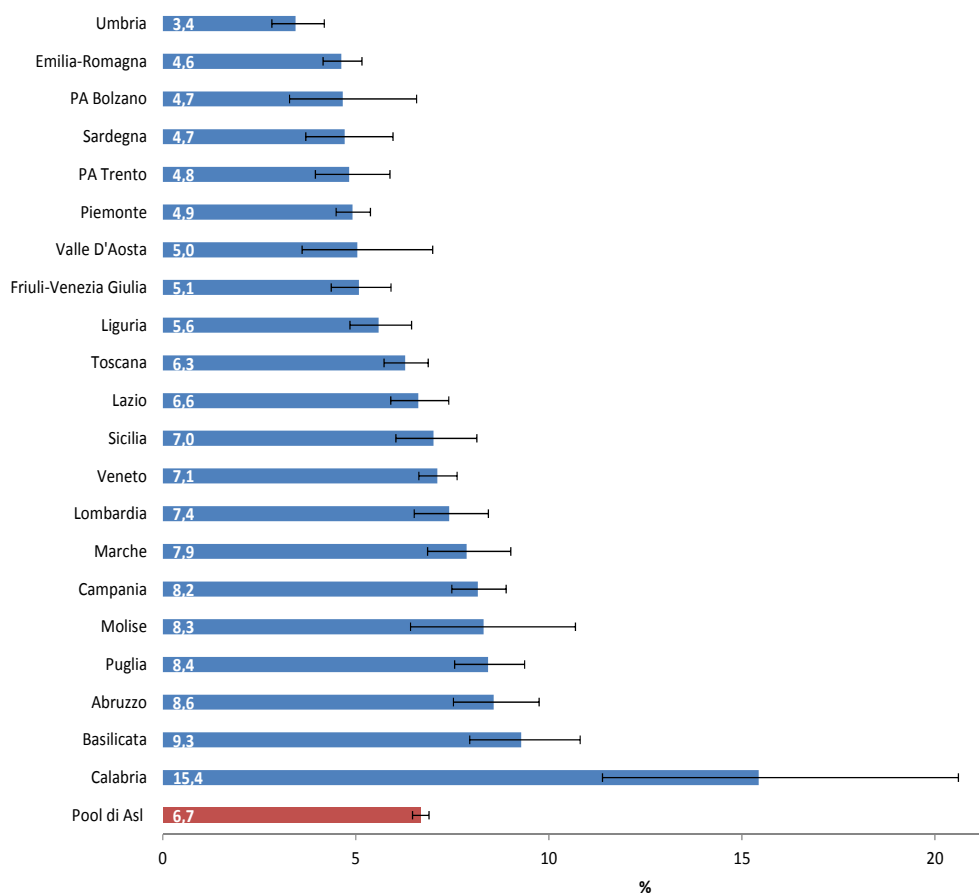
**Persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari,  
cui è stato misurato il rischio cardiovascolare**  
Pool ASL omogeneo – PASSI 2007-2010

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010 il punteggio del rischio cardiovascolare è stato misurato al 7% della popolazione target. (range dal 3% dell'Umbria al 15% della Calabria)

Anche per il periodo 2007-2010 i valori regionali presentano significative differenze rispetto ai valori medi del pool.



**Persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari,  
cui è stato misurato il rischio cardiovascolare**  
Pool ASL omogeneo – PASSI 2007-2010



## Per un confronto...

<b>Rischio Cardiovascolare</b>	<b>Piemonte</b>								<b>Pool PASSI</b>	
	<b>2007</b>		<b>2008</b>		<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2010</b>	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Iperensione</b>										
misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	84,5	83,1-85,9	84,8	83,8-85,8	84,4	83,3-85,5	85,0	83,8-86,5	82,8	82,3-83,3
persone che riferiscono di essere ipertese	21,6	20,0-23,2	20,9	19,7-22,0	21,2	19,9-22,4	19,9	18,6-21,1	20,3	19,8-20,8
<b>Colesterolemia</b>										
misurazione del colesterolo una volta nella vita	74,2	72,6-75,8	77,4	76,3-78,6	79,0	77,8-80,3	80,0	78,7-81,3	79,10	78,5-79,6
persone con ipercolesterolemia (fra chi ha controllato il colesterolo)	26,1	24,1-28,0	24,2	22,9-25,6	24,8	23,2-26,3	22,4	20,9-23,9	23,7	23,1-24,3
<b>Carta del rischio</b>										
Calcolo riferito del punteggio	4,4	3,4-5,3	4,0	3,3-4,6	5,7	4,7-6,6	5,6	4,7-6,6	6,9	6,5-7,3

## Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano di Prevenzione.

I risultati della sorveglianza PASSI 2010 in Piemonte confermano l'importanza dell'ipertensione dal momento che nella fascia d'età 18-69 anni due persone su dieci sono ipertese e questa proporzione quasi raddoppia al di sopra dei 50 anni. Tra i 18 ed i 69 anni di età, circa una persona su 7 (15%) non segue la raccomandazione di controllare la pressione almeno una volta ogni 2 anni e questo comportamento scorretto risulta diffuso soprattutto nelle classi di età più giovani. Vi è una buona attenzione da parte degli operatori sanitari al problema: infatti più di 8 ipertesi su 10 ricevono il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione. Fra gli ipertesi più di 7 su 10 effettuano anche terapia farmacologica.

Dal 2007 al 2010 risulta in aumento la popolazione piemontese che controlla il colesterolo.

Nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro riferisce valori elevati di colesterolemia, condizione che arriva ad interessare una persona su tre sopra ai 50 anni. Anche la grande maggioranza delle persone con diagnosi di ipercolesterolemia riceve dal medico consigli di misure dietetiche e comportamentali; la terapia farmacologica coinvolge invece meno di un soggetto ipercolesterolemico su tre.

La prevalenza di persone che riferiscono diagnosi di diabete pone il Piemonte in linea con il valore nazionale, sebbene superiore a quello delle altre regioni del Nord. Anche in Piemonte, come a livello nazionale, la prevalenza di diabetici presenta un significativo gradiente sociale. I dati rilevano che per i diabetici l'attenzione al monitoraggio e al trattamento dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia è alta. Per quanto riguarda gli stili di vita, sia l'attenzione che i consigli degli operatori sanitari sono rivolti ai diabetici con maggiore frequenza rispetto ai soggetti non diabetici; l'attività fisica è il comportamento a cui viene comunque rivolta meno attenzione. Nel 2010 in Piemonte il carico assistenziale del diabete risulta omogeneamente distribuito tra MMG e/o Centri Diabetologici.

Aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio potrebbe ridurre grandemente il carico di malattia legato alle patologie cardiovascolari, oggi le più frequenti e con il maggior carico socio-assistenziale.

La prevenzione e il contrasto alle malattie cardiovascolari, per risultare efficace, deve basarsi su un approccio sia individuale che di popolazione: PASSI consente di valutarne la diffusione sul territorio e l'evoluzione nel tempo.

È perciò importante attivare strategie a livello di popolazione, che promuovano stili di vita salutari e riducano la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio. Sono necessari interventi sinergici, con il coinvolgimento e il contributo di professionisti dell'area sanitaria, sociale e dell'opinione pubblica, secondo le indicazioni del [programma Guadagnare Salute](#).

D'altra parte, a livello individuale, vanno adottate in modo sistematico attività assistenziali rivolte a diagnosticare, monitorare e trattare le principali condizioni a rischio.

A tale scopo un ruolo determinante è svolto dai Medici di Medicina Generale.

Uno strumento per identificare i soggetti con i profili di rischio più sfavorevoli, su cui concentrare appropriati interventi, è la carta del rischio cardiovascolare, che può migliorare sia la valutazione clinica sia la consapevolezza dell'assistito. Pur tuttavia, questo strumento continua ad essere utilizzato dal MMG solo per una minima parte delle persone che potrebbe beneficiarne, con valori che in Piemonte sono inferiori a quelli del pool nazionale. In questo senso vi sono perciò ancora ampi spazi di miglioramento.

## Bibliografia

- [World Health Organization - The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations](#); [World Health Organization - The European health report 2009. Health and health systems](#)
- [World Health Organization - Global Burden of Disease \(Gbd\) - Disease and injury country estimates](#)
- [Iss - Progetto Cuore: epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari - fattori di rischio](#)
- Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. [Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease](#). European Heart Journal (2004) 25, 484–491
- [Ministero della Salute. Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari](#)
- Progetto IGEA. Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica. [www.epicentro.iss.it/igea/diabete/diabete.asp](http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete/diabete.asp)
- Annuario Statistico italiano 2009. Istituto nazionale di statistica, Roma [www.istat.it/dati/catalogo/20091120\\_00/contenuti.html](http://www.istat.it/dati/catalogo/20091120_00/contenuti.html)
- La patologia diabetica: dati di prevalenza a livello nazionale. Progetto IGEA. [www.epicentro.iss.it/igea/PrimoPiano/prevalenza.asp](http://www.epicentro.iss.it/igea/PrimoPiano/prevalenza.asp)
- Studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane). I risultati in Piemonte. Anno 2004. [www.epicentro.iss.it/quadri/pdf/Quadri\\_Piemonte.pdf](http://www.epicentro.iss.it/quadri/pdf/Quadri_Piemonte.pdf)
- Studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane). Rapporto ISTISAN 07/10. [www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Istisan\\_Quadri.pdf](http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Istisan_Quadri.pdf)
- Prevenire le complicanze del diabete: dalla ricerca di base all'assistenza. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 18-19 febbraio 2010. [www.iss.it](http://www.iss.it)
- Yusuf HR, Giles WH, Croft JB, Anda RF, Casper ML. [Impact of Multiple Risk Factor Profiles on Determining Cardiovascular Disease Risk](#). Preventive Medicine 27, 1–9 (1998)
- Hahn RA, Heath GW, Chang Man-Huei. [Cardiovascular Disease Risk Factors and Preventive Practices Among Adults -- United States, 1994 A Behavioral Risk Factor Atlas](#). MMWR - Surveillance Summaries. December 11, 1998 / 47(SS-5);35-69
- Whelton PK, He J, Appel LJ, et al. [Primary Prevention of Hypertension: Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program](#). JAMA. 2002;288(15):1882-1888 (doi:10.1001/jama.288.15.1882)
- US Department of Health and Human Services. [A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke](#). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2003
- Beaglehole R, Saracci R, Panico S. [Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention](#). International Journal of Epidemiology. 2001;30: SI-S4
- [The Guide to Community Preventive Services](#)

PASSI



# Sicurezza

Sicurezza stradale  
Sicurezza domestica

*Indicatori*

SICUREZZA

## Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati 2009, ogni giorno in Italia si verificano in media 590 incidenti stradali, che provocano 12 morti e 842 feriti; nel 2009 gli incidenti stradali rilevati dalle forze dell'ordine sono stati 215.405 (con una diminuzione del 15% rispetto al 2001), con 4237 morti: il numero di morti è sceso da 7096 nel 2001, a 4237 nel 2009: un risparmio del 40%, in vite umane. In Piemonte, nel 2009 (Fonte IRES), gli incidenti stradali sono stati 13742 con 317 morti (-44% rispetto al 2001) e 19985 feriti (-20% in meno rispetto al 2001).

Differenziando la mortalità per fasce d'età: il 26% dei morti per incidente stradale ha un'età inferiore a 30 anni; il 15% ha un'età tra i 30 ed i 39 anni, il 59% ha 40 anni o più.

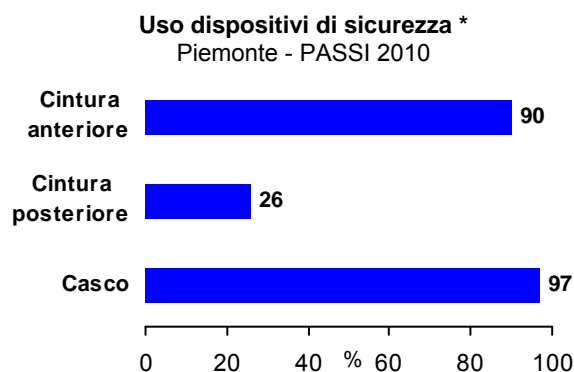
Nei paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa un conducente su cinque, tra i deceduti a seguito di incidente stradale, presenta una concentrazione ematica di alcol (BAC: Blood Alcohol Concentration) superiore al limite legale, che in Italia è di 0,5 grammi per litro.

A livello preventivo, oltre agli interventi ambientali e strutturali, sono azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

### L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza

In Piemonte l'utilizzo costante dei dispositivi riferito è del 97% per il casco, del 90% per la cintura anteriore di sicurezza, del 26% per la cintura posteriore di sicurezza.

Nel 2010, nel Pool di ASL le cinture anteriori sono utilizzate dall'83% della popolazione 18-69anni, le cinture posteriori dal 19% ed il casco dal 95%.



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

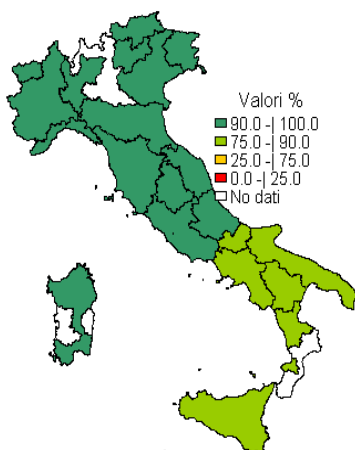
### Utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori

Piemonte - PASSI 2010 (n= 3.249)

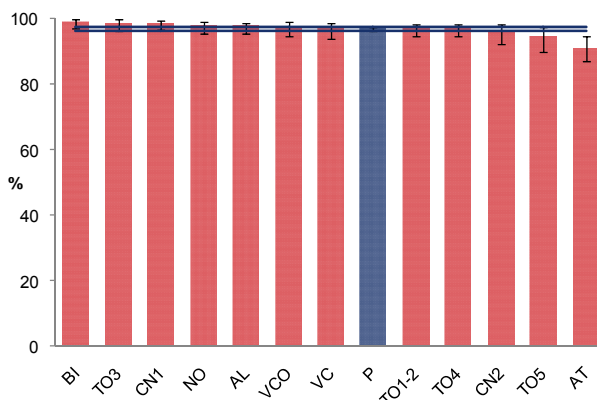
Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	25,6	24,0-27,3
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	23,1	18,0-28,2
25 - 34	19,6	16,0-23,3
35 - 49	25,6	23,0-28,2
50 - 69	29,6	26,9-32,4
<b>Sesso</b>		
uomini	25,2	22,9-27,6
donne	26,0	23,8-28,2
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	30,4	24,8-36,0
media	25,9	23,0-28,8
superiore	24,1	21,8-26,4
laurea	27,4	22,6-32,2
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	19,2	14,4-24,0
qualche	22,7	20,1-25,3
nessuna	28,6	26,4-30,9

L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori non mostra differenze di genere ed età, mentre è significativamente più elevato tra chi non ha difficoltà economiche rispetto a chi non ne ha.

**Uso del casco**  
Pool di ASL - PASSI 2010

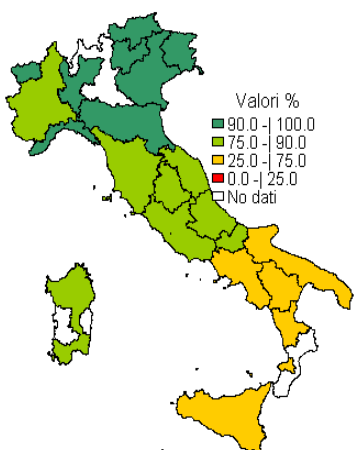


**Uso del casco**  
Piemonte - PASSI 2007-2010

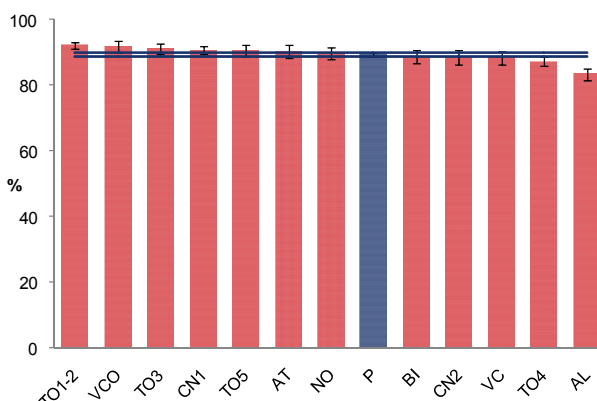


Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Uso della cintura anteriore**  
Pool di ASL - PASSI 2010



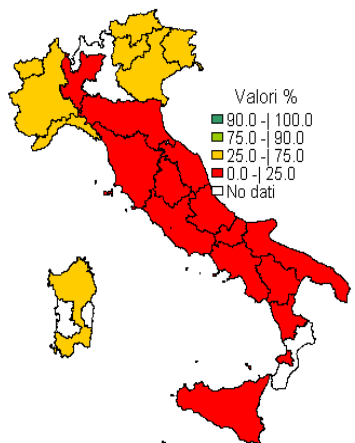
**Uso della cintura anteriore**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



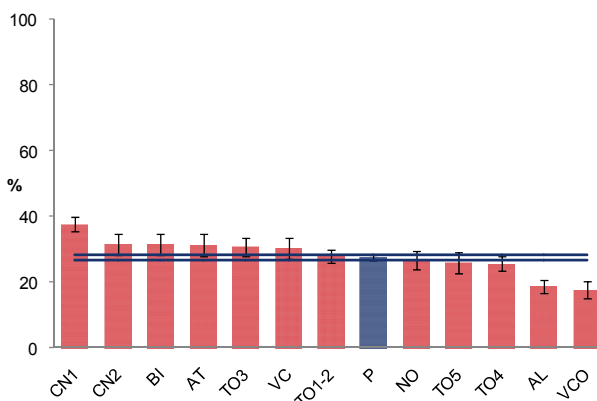
Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Nell'uso dei dispositivi di sicurezza stradale si osserva un gradiente territoriale in diminuzione da nord a sud, statisticamente significativo. Nel confronto tra le ASL piemontesi i dati PASSI 2007-2010 indicano che l'utilizzo del casco e della cintura di sicurezza anteriore è diffuso in tutte le ASL ma, rispetto al valore regionale, si osserva un minor utilizzo del casco nell'ASL AT ed un utilizzo della cintura anteriore maggiore nell'ASL TO1-2 e minore nelle ASL AL e TO4.

**Uso della cintura posteriore**  
Pool di ASL - PASSI 2010



**Uso della cintura posteriore**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso: rispetto al valore regionale (26%) è maggiore nell'ASL CN1 e minore nelle ASL VCO e AL.

## Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol? (coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

**Guida sotto l'effetto dell'alcol\***  
Piemonte - PASSI 2010 (n= 2.145)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	10,3	9,0-11,7
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	9,9	5,5-14,3
25 - 34	12,5	8,8-16,2
35 - 49	11,4	9,0-13,8
50 - 69	8,2	6,2-10,3
<b>Sesso</b>		
uomini	13,8	16,6-20,7
donne	3,8	2,4-5,2
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	7,9	3,8-12,0
media	7,6	5,5-9,7
superiore	12,4	10,1-14,6
laurea	10,8	6,9-14,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	11,4	6,5-16,4
qualche	10,7	8,1-13,2
nessuna	9,9	8,1-11,6

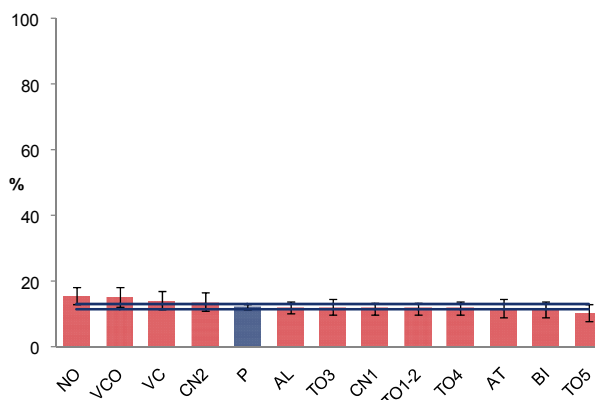
Tra coloro che hanno consumato alcolici e guidato, il 10% ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne.

Si conferma la differenza per sesso anche analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri,.

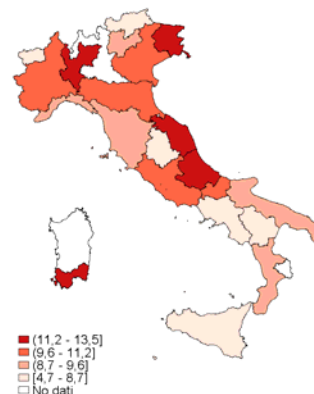
\*aver guidato negli ultimi 30 giorni entro un'ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che, negli ultimi 30 giorni, dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica e aver guidato.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Pool di ASL - PASSI 2010



Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi la percentuale di persone che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol varia dal 10% dell'ASL TO5 al 16% dell'ASL NO.

Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10%, con differenze interregionali significative.

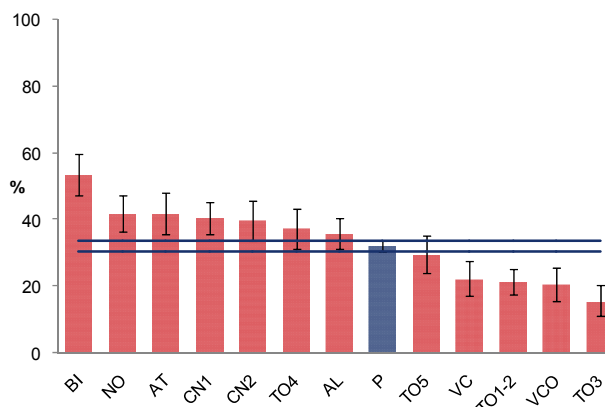


## I controlli delle Forze dell'Ordine: ricorso all'etilotest

Nel 2010, in Piemonte, il 32% degli intervistati è stato fermato per un controllo dalle Forze dell'Ordine con evidenti differenze per ASL; il 16% dei conducenti fermati è stato sottoposto ad etilotest. Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di due volte negli ultimi 12 mesi.

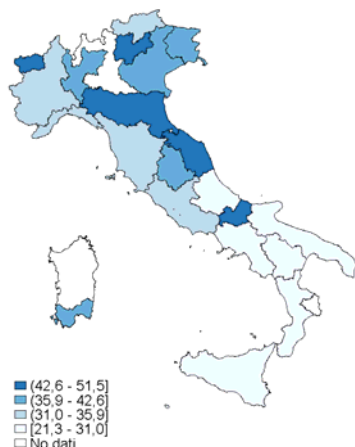
La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nei più giovani: si passa dal 33% dei 18-24enni al 9% dei 50-69enni.

Controllo da parte delle Forze dell'Ordine  
Piemonte - PASSI 2007-2010

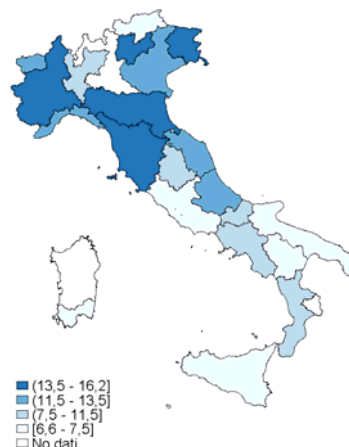


Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Controllo da parte delle Forze dell'ordine  
Pool di ASL – PASSI 2010



Etilotest effettuato al guidatore  
Pool di ASL – PASSI 2010



Nel 2010, nel Pool di ASL la percentuale dei fermati dalle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è stato del 34%, e, tra questi, l'11% dei conducenti è stato sottoposto ad etilotest.

### Per un confronto...

Sicurezza stradale	Piemonte								Pool PASSI 2010	
	2007		2008		2009		2010		%	IC 95%
<b>Utilizzo dispositivi di sicurezza</b>	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
casco sempre	95,8	94,1-97,4	97,5	96,6-98,4	97,3	96,1-98,4	96,8	95,6-98,1	94,7	93,9-95,3
cintura anteriore sempre	88,9	87,7-90,1	89,6	88,8-90,5	89,6	88,6-90,5	89,8	88,8-90,8	82,7	82,2-83,2
cintura posteriore sempre	27,7	25,8-29,5	28,3	26,9-29,7	27,9	26,3-29,5	25,6	24,0-27,3	18,6	18,1-19,1
<b>Guida sotto l'effetto dell'alcol</b>	14,7	13,0-16,4	11,3	10,2-12,4	13,0	11,6-14,4	10,3	9,0-11,7	9,8	9,3-10,3

## Conclusioni e raccomandazioni

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. In Piemonte si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo una persona su quattro utilizza la cintura di sicurezza posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un morto su cinque sulla strada.

Anche se in diminuzione rispetto agli anni precedenti, circa un guidatore su dieci guida dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente; questo comportamento interessa soprattutto gli uomini, senza differenze di età.

L'etilotest viene effettuato nel 16% dei controlli effettuati dalle forze dell'ordine, ma risulta correttamente indirizzato verso le classi di età più a rischio.

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

In una prospettiva di lungo periodo, sarebbe opportuno attuare politiche per la riduzione dell'uso di auto e moto, a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza), riducendo gli incidenti stradali, promuovendo l'attività fisica e migliorando la qualità dell'aria atmosferica.

## Bibliografia

- Rapporto nazionale PASSI 2009: Sicurezza stradale  
[http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza\\_Passi09.pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza_Passi09.pdf)
- Who Global status report on road safety: time for action  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf)
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009 <http://www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/Eurosafe09.asp>
- Istat: incidenti stradali, statistiche in breve. 2008  
[http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20091113\\_01/testointegrale20091113.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/testointegrale20091113.pdf)
- Centro di monitoraggio regionale della sicurezza stradale: la situazione dell'incidentalità in Piemonte al 2009, 2011. [http://www.dors.it/alleg/newcms/201109/Rapporto2011\\_21X25.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201109/Rapporto2011_21X25.pdf)
- Sistemi di protezione individuale. Revisioni sistematiche Cochrane; PNLG- cap. Educazione sanitaria per la prevenzione di lesioni da incidenti stradali; European Transport Safety Council etc. [www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it)
- Focus: incidenti stradali: [www.dors.it/el\\_focus.php?focus=C](http://www.dors.it/el_focus.php?focus=C)
- Prevenzione incidenti stradali. Piano regionale di Prevenzione 2010-2012. Febbraio 2010.  
[www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/prp4feb2010.pdf](http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/prp4feb2010.pdf)
- [www.guidabob.info/](http://www.guidabob.info/)
- [www.regione.piemonte.it/polizialocale/dwd/relaz\\_finale.doc](http://www.regione.piemonte.it/polizialocale/dwd/relaz_finale.doc)

## Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia in termini di morbosità e di mortalità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione che giudica normalmente la propria casa il luogo sicuro per eccellenza.

Il problema interessa prevalentemente le donne, l'età avanzata (il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano) e i bambini piccoli (per questi ultimi gli incidenti domestici rappresentano addirittura la prima causa di morte nei paesi sviluppati). Gli infortuni avvengono come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Sulla crescita del fenomeno giocano un ruolo importante l'aumento della popolazione nelle fasce cosiddette "a rischio", in particolare anziani e donne, il processo di delega del lavoro domestico a tutti i membri della famiglia e la crescente complessità e pericolosità di utilizzo degli strumenti e degli oggetti che entrano nelle nostre case.

Le cause principali degli incidenti domestici sono rappresentate dall'utilizzo di utensili da cucina o da attività svolte in cucina (33%) e dalle cadute (28%), mentre l'ambiente più a rischio risulta il bagno (un incidente su due).

Dalle stime risulta che in Italia gli incidenti in ambiente domestico coinvolgono circa 3.200.000 persone all'anno, e, di queste, 1.700.000 ricorrono alle cure del pronto soccorso, 130.000 vengono ricoverate e 8.000 muoiono.

A questi dati si devono aggiungere quelli relativi ai cosiddetti "infortuni nascosti", cioè le lesioni di media e lieve entità che, non richiedendo prestazioni ospedaliere, non vengono denunciati e pertanto sfuggono a qualsiasi controllo.

Il tema degli incidenti domestici è ancora poco indagato; non sono, quindi, disponibili stime sufficienti né delle reali dimensioni del problema, né delle misure di prevenzione adottate, in particolare a livello locale.

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa che hanno reso necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

In Piemonte la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa perché il 94% degli intervistati dichiara di considerare questo rischio basso o assente.

Questa prevalenza diminuisce leggermente tra:

- le donne;
- le persone con molte difficoltà economiche;
- le persone che convivono con persone a rischio di incidente domestico (bambini e/o anziani).

La percezione bassa del rischio riguarda "solo" l'89% di coloro che in casa hanno un bambino con meno di un anno.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica), si confermano le differenze riscontrate per sesso, difficoltà economiche e convivenza con persone a rischio.

Tra le varie ASL regionali emergono differenze statisticamente significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico (range dal 80% dell'ASL VC al 97% dell'ASL VCO).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.

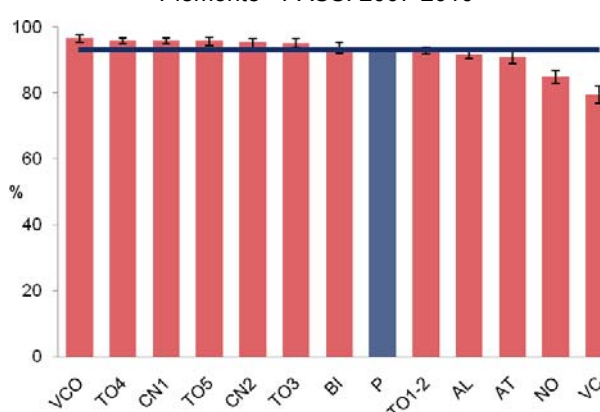
### Bassa percezione del rischio infortunio domestico<sup>o</sup> Piemonte - PASSI 2010 (n=3.937)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	93,8	93,1-94,6
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	94,4	92,9-95,8
35 - 49	92,7	91,3-94,0
50 - 69	94,5	93,3-95,5
<b>Sesso</b>		
uomini	95,0	94,1-96,0
donne	92,6	91,5-93,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	93,2	90,9-95,5
media	93,9	92,6-95,2
superiore	94,2	93,1-95,3
laurea	92,7	90,2-95,1
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	86,8	83,5-90,1
qualche	94,5	93,2-95,7
nessuna	94,6	93,7-95,5
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio</b>		
si	92,0	90,5-93,5
no	94,7	93,9-95,6

<sup>o</sup> Possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa.

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

### Persone che riferiscono bassa possibilità di subire un infortunio domestico (%) Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

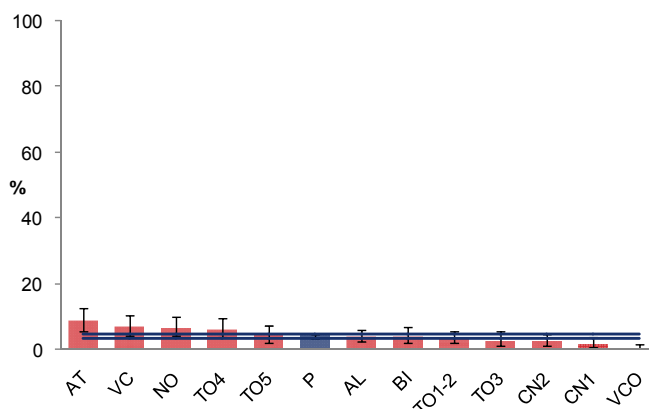
## Quante persone hanno subito un infortunio domestico per il quale hanno fatto ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

PASSI stima che in Piemonte il 4% della popolazione tra 18 e 69 anni abbia avuto negli ultimi 12 mesi un incidente domestico che ha richiesto il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o l'ospedalizzazione.

Anche nel pool di ASL PASSI 2010 questa percentuale corrisponde al 4%.

Tra le ASL del Piemonte la frequenza di incidenti domestici mostra notevoli differenze (range da 0 a 8,4%). Questo risultato è relativo ad un solo anno e ad un fenomeno poco frequente e pertanto è da considerare con cautela.

Persone che hanno subito un infortunio domestico che ha richiesto cure mediche (%)  
Piemonte - PASSI 2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

### Per un confronto...

Sicurezza domestica	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
Percezione di un rischio basso o assente di infortunio domestico	91,9	90,8 - 93,0	92,9	92,2 - 93,6	93,2	92,5 - 94,0	92,6	92,3 - 93,0	93,3	93,0 - 93,6
Frequenza di infortunio domestico*							4,0	3,3 - 4,6	3,7	3,5 - 4,0

\* Infortunio per cui c'è stato ricorso a cure del medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale.

### Conclusioni e raccomandazioni

Gli incidenti domestici rappresentano un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili in quanto questi infortuni derivano quasi sempre da incuria nonostante fino ad ora sia invalso nei loro confronti un atteggiamento prevalentemente fatalistico. La popolazione adulta è quella considerata meno a rischio di incidente domestico, ma PASSI stima che in un anno 4 adulti su 100 facciano ricorso per questo motivo ad un Medico o ad un Ospedale. Nonostante ciò più di nove persone su dieci continuano a ritenere assente o basso il rischio di infortunistico in ambiente domestico per loro o per i loro famigliari.

Sistema nazionale linee guida (Snlg) individua programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, degli infortuni dei bambini e degli infortuni legati al lavoro domestico. Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione a questa attività, come richiesto dal Piano di Prevenzione Regionale, con la sensibilizzazione al fenomeno di alcune professionalità e la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni, in particolare per i gruppi di popolazione più vulnerabili.

## Bibliografia

- WHO Global status report on road safety: time for action.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf)
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009 WHO "Housing and health".  
[www.eu.who.int/housing](http://www.eu.who.int/housing)
- Sistema nazionale linee guida (Snlg)  
[http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_incidenti\\_domestici.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf)
- ISTAT. *La vita quotidiana nel 2009. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"*. Anno 2006.  
[http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110121\\_00/inf\\_10\\_05\\_la\\_vita\\_quotidiana\\_nel\\_2009.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110121_00/inf_10_05_la_vita_quotidiana_nel_2009.pdf)
- ISPESL *Banca dati sugli infortuni domestici*.  
<http://www.ispesl.it/osservatorio/BancaDati.asp>
- Pitidis A, Giustini M, Taggi F. *Ambiente casa. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia*. Relazione alla Commissione Parlamentare di inchiesta del Senato sugli infortuni sul lavoro sullo stato di attuazione del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Fase pilota. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2005. (05/AMPP/AC/624).  
<http://www.iss.it/binary/casa/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.1232018693.pdf>
- Gazzetta ufficiale dell'Unione europea (18.7.2007 C 164/1). Raccomandazione del consiglio europeo del 31 maggio 2007 sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza.  
[eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:164:0001:0002:IT:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:164:0001:0002:IT:PDF)
- Censis (2004), *Il valore della sicurezza in Italia*, Roma
- D.M. 15/09/2000 "Modalità di attuazione dell'assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico", in G.U. n. 222 del 22/09/2000
- DIRECTIVE 1989/106/CE – Interpretative Document n. 4 : *Explanation of the Essential Requirement Safety in use*.  
<http://europa.eu.int/comm/enterprise/construction/internal/intdoc/idoc4.htm>
- PALMI S., OLEARI F., ERBA P. (2004), *Case persone infortuni: conoscere per prevenire*, ISPESL, Roma.
- PITIDIS A., TAGGI A. (a cura di) (2006), *Ambiente casa: la sicurezza domestica dalla conoscenza alla prevenzione. Rapporto del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA)*, Franco Angeli, Milano

## Indicatori Sicurezza

### Come PASSI misura l'uso dei dispositivi di sicurezza in auto e in moto

Durante l'intervista si chiede:

1. a coloro che hanno viaggiato in auto in città e fuori, il comportamento abituale per quanto riguarda l'uso della cintura di sicurezza anteriore
2. a coloro che hanno viaggiato in auto in città e fuori, il comportamento abituale per quanto riguarda l'uso della cintura di sicurezza posteriore
3. a coloro che sono stati in moto negli ultimi 12 mesi, se usano il casco

La possibile risposta è graduata:

- mai
- a volte
- spesso
- sempre

oppure è inapplicabile, ad esempio nel caso in cui l'intervistato non viaggi in auto.

**Coloro che rispondono "sempre" sono classificate come persone con un comportamento abitudinario sicuro, nonché aderente al codice della strada.**

### Definizioni

1. **Uso della cintura anteriore** è l'abitudine di una persona che dichiara di indossarla "sempre" quando, viaggiando in città o fuori, è seduto sui sedili *anteriori* dell'auto;
2. **Uso della cintura posteriore** è l'abitudine di una persona che dichiara di indossarla "sempre" quando, viaggiando in città o fuori, è seduto sui sedili *posteriori* dell'auto;
3. **Uso del casco in moto** è l'abitudine di chi, tra coloro che nei 12 mesi precedenti l'intervista sono stati in moto, dichiara di indossare "sempre" il *casco*;

Fonte dei dati:	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)
Limiti della fonte:	PASSI si basa su una rilevazione tramite interviste telefoniche. Come tutte le indagini di questo tipo, PASSI può andare incontro a errori sistematici dovuti a: deficit di copertura (per esempio, esclude gli stranieri che non sono in grado di parlare in Italiano in modo comprensibile), non risposta (per esempio, rifiuto a partecipare o di rispondere a una specifica domanda), o di misura (ad esempio, bias legato alla desiderabilità sociale, nel riferire comportamenti socialmente stigmatizzati).

### Uso della cintura anteriore, in auto

Demografico	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18 - 69 anni.
Numeratore	Persone di età 18 – 69 anni che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza (sui sedili) anteriori, rispondono: sempre.
Denominatore	Rispondenti di età 18 – 69 anni che vanno in auto in città e fuori e che viaggiano sui sedili anteriori, incluso coloro che dichiarano di essere esentati dall'uso della cintura.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale della definizione	L'indicatore non fa riferimento a un periodo temporale definito ma a un'abitudine.
Contesto	Tra le persone intervistate nel 2010 che dichiarano di viaggiare in auto sui sedili anteriori come conducente o passeggero, l'83% indossa sempre la cintura di sicurezza. La prevalenza è bassa nelle regioni meridionali.
Significato	L'uso corretto della cintura di sicurezza da parte di chi viaggia sui sedili anteriori dell'auto riduce il rischio di morte, in un incidente stradale, in media del 61%, a seconda del tipo di incidente: più efficace in collisioni frontali e ribaltamenti a velocità non eccessive. L'uso della cintura è obbligatorio in Italia, in base al Codice della Strada Dlgs 285/1992 art. 172.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento abitudinario riferito dall'intervistato. È soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento e all'obbligo di legge che spingono il rispondente a sovrastimare la frequenza di uso del dispositivo.
Validità dell'indicatore	Nella valutazione dell'adesione alle raccomandazioni per la sicurezza stradale e il rispetto del codice della strada, l'indicatore, quando confrontato con la frequenza d'uso derivata dall'osservazione diretta, mostra una sovrastima. Mostra anche una buona correlazione con tale misura che lo rende utile per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.



### Uso della cintura posteriore, in auto

Demografico	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18 - 69 anni.
Numeratore	Persone di età 18 - 69 anni che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza (sui sedili) posteriori, rispondono: <u>sempre</u> .
Denominatore	Rispondenti di età 18 - 69 anni che vanno in auto in città e fuori e che viaggiano sui sedili posteriori, incluso coloro che dichiarano di essere esentati dall'uso della cintura.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale della definizione	L'indicatore non fa riferimento a un periodo temporale definito ma a un'abitudine.
Contesto	Tra le persone intervistate nel 2010 che dichiarano di viaggiare in auto sui sedili posteriori, il 19% indossa sempre la cintura di sicurezza. Si registra una prevalenza bassa ovunque in Italia, in particolar modo nelle regioni meridionali.
Significato	In caso di incidente, che i viaggiatori sui sedili posteriori indossino correttamente la cintura riduce il loro rischio di morte dal 18 al 75% e dell'80% quello dei cinturati seduti sui sedili anteriori. L'uso della cintura è obbligatorio in Italia, in base al Codice della Strada Dlgs 285/1992 art. 172.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento abitudinario riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento e all'obbligo di legge che spingono il rispondente a sovrastimare la frequenza di uso del dispositivo.
Validità dell'indicatore	Nella valutazione dell'adesione alle raccomandazioni per la sicurezza stradale e il rispetto del codice della strada, l'indicatore, quando confrontato con la frequenza d'uso derivata dall'osservazione diretta, mostra una sovrastima.

## Uso del casco, in moto

Demografico	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18 - 69 anni.
Numeratore	Persone di età 18 – 69 anni che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in moto in città e fuori, rispondono: sempre.
Denominatore	Rispondenti di età 18 – 69 anni che hanno viaggiato in moto negli ultimi 12 mesi, come guidatore o passeggero.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale della definizione	Ultimi 12 mesi.
Contesto	Nel 2010, tra le persone che nei 12 mesi precedenti all'intervista hanno viaggiato in moto, nel 95% dei casi dichiarano di aver indossato sempre il casco. Si rileva una prevalenza elevata nelle regioni settentrionali e più bassa in quelle meridionali, ma non nelle isole.
Significato	In caso di incidente, se chi va in moto usa il casco, si riduce il rischio di trauma cerebrale del 69% e di morte del 42%. L'uso della cintura è obbligatorio in Italia, in base al Codice della Strada Dlgs 285/1992 art. 171.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento abituale riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento e all'obbligo di legge che spingono il rispondente a sovrastimare la frequenza di uso del dispositivo.
Validità dell'indicatore	Nella valutazione dell'adesione alle raccomandazioni per la sicurezza stradale e il rispetto del codice della strada, l'indicatore, quando confrontato con la frequenza d'uso derivata dall'osservazione diretta, mostra una sovrastima. Mostra anche una buona correlazione con tale misura che lo rende utile per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.

### Risorse

Valore e validità dei dati riferiti riguardanti l'abitudine di usare i dispositivi di sicurezza individuali in auto e in moto

1. Ibrahimova A, Shults RA, Beck LF. [Comparison of 2008 national and state-level self-reported and observed seatbelt use estimates](#). Inj Prev. 2011 Mar 10.
2. Nelson DE. [Validity of self reported data on injury prevention behavior: lessons from observational and self reported surveys of safety belt use in the US](#). Inj Prev. 1996 Mar;2(1):67-9. Free PMC Article
3. Parada MA, Cohn LD, Gonzalez E, Byrd T, Cortes M. [The validity of self-reported seatbelt use: Hispanic and non-Hispanic drivers in El Paso](#). Accid Anal Prev. 2001 Jan;33(1):139-43.
4. Robertson LS. [The validity of self-reported behavioral risk factors: seatbelt and alcohol use](#). J Trauma. 1992 Jan;32(1):58-9.
5. Zambon F, Fedeli U, Marchesan M, Schievano E, Ferro A, Spolaore P. [Seat belt use among rear passengers: validity of self-reported versus observational measures](#). BMC Public Health. 2008 Jul 9;8:233. Free PMC Article
6. [Streff FM, Wagenaar AC. Are there really shortcuts? Estimating seat belt use with self-report measures](#). Accid Anal Prev. 1989 Dec;21(6):509-16.

## Come fa PASSI a misurare la guida sotto l'effetto dell'alcol

### Che cosa è l'unità alcolica

Il consumo di alcol si misura in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo, contenuti in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.



Fonte: Osservatorio nazionale alcol

## Definizioni

- **Guida sotto l'effetto dell'alcol:** un uomo o una donna che, negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si è messo alla guida di un veicolo a motore dopo aver bevuto 2 unità alcoliche o più, da meno di un'ora
- **Trasportato da persona sotto l'effetto dell'alcol:** un uomo o una donna che, negli ultimi 30 giorni, ha viaggiato in un veicolo a motore guidato da una persona che aveva bevuto 2 unità alcoliche o più, nell'ultima ora

### Indicatore: Guida sotto l'effetto dell'alcol

Demografico:	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore:	Intervistati che, nei 30 giorni precedenti all'intervista, hanno guidato l'auto o la moto nell'ora dopo aver bevuto 2 o più unità alcoliche.
Denominatore:	Intervistati che, nei 30 giorni precedenti all'intervista, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato l'auto o la moto.
Misure di frequenza:	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale della definizione	30 giorni.
Background:	Nel 2010, complessivamente il 10% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato l'auto o la moto nell'ora dopo aver bevuto 2 o più unità alcoliche.
Significato:	Il consumo eccessivo di alcol è fortemente associato con incidenti, episodi di violenza, epatopatie croniche e rischi di altri effetti sia acuti che cronici.
Limiti dell'indicatore:	L'indicatore non include la frequenza di giorni in cui il rispondente beve, né la quantità di alcol ingerita nel mese.

\* Fonte: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). <http://www.cdc.gov/alcohol/surveillance.htm>

PASSI



# Programmi di prevenzione individuale

Diagnosi precoce del tumore della mammella  
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero  
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Vaccinazione antinfluenzale  
Vaccinazione antirosolia

# Diagnosi precoce del tumore della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma della mammella è al primo posto tra i tumori maligni nelle donne sia per incidenza (un quarto di tutte le neoplasie maligne femminili) che per mortalità.

L'incidenza è in crescita, mentre la mortalità è in riduzione lenta ma costante da circa un ventennio, attribuibile sia alle attività di screening che ai progressi terapeutici.

La maggiore incidenza al Nord (124,7 casi/100.000 abitanti) rispetto al Centro (100,1) e al Sud-Isole (91,6) (dati AIRTUM, tassi standardizzati sulla popolazione europea per area geografica e sesso), è determinata dalla somma di diversi fattori in gioco: principalmente la diversa diffusione dello screening mammografico e la disomogeneità nella presenza dei fattori di rischio. Tra questi, oltre ad età e profilo genetico, vanno menzionati la storia riproduttiva e varie abitudini di vita.

Il problema principale nell'individuazione di questa neoplasia consiste nella scarsa sintomaticità della fase iniziale della malattia. Per questo motivo è fondamentale il ricorso alla diagnosi precoce attraverso l'esame mammografico con cadenza biennale, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età.

La mortalità per cancro della mammella si riduce di circa il 35% tra le donne che praticano la mammografia secondo le linee guida.

In Piemonte si stimano nel 2010 circa 3000 nuovi casi di neoplasia della mammella (corrispondenti ad un tasso di incidenza standardizzato di 76,5 casi per 100.000 donne) e 806 decessi (14,5 per 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'88%.

Nella Regione Piemonte il programma "Prevenzione Serena" prevede, oltre all'offerta biennale alle donne di 50-69 anni, anche l'inserimento, con mammografie annuali delle donne tra 45 e 49 anni di età che ne facciano richiesta e la possibilità di accedere spontaneamente dai 70 ai 75 con cadenza biennale.

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

Nel 2010 in Piemonte le donne della fascia d'età 50-69 invitate nell'ambito del programma regionale di screening "Prevenzione Serena" sono state oltre 230.000, pari a circa l'80% del target. A questa attività si aggiunge quella relativa a circa 43.000 donne di età 45-49, pervenute con adesione spontanea.

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

Nel 2010 in Piemonte più di 7 donne di 50-69 anni su 10 (73%) hanno effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali.

L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati risulta più alta tra le donne:

- di 50-59 anni;
- coniugate o conviventi;
- con alto livello d'istruzione;
- senza difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*), si confermano le differenze riscontrate per l'età, e per il livello di istruzione.

**Donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni\* (50-69 anni)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=759)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	72,7	69,2-76,2
<b>Classi di età</b>		
50-59	79,3	74,9-83,6
60-69	65,5	60,1-70,9
<b>Stato civile</b>		
coniugata	74,3	70,4-78,1
non coniugata	66,3	58,4-74,3
<b>Convivenza</b>		
convivente	74,6	70,8-78,5
non convivente	65,4	57,5-73,3
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	64,5	57,4-71,7
media	70,8	65,1-76,6
superiore	81,3	75,9-86,6
laurea	88,6	77,7-99,5
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	67,1	55,0-79,1
qualche	69,3	63,4-75,3
nessuna	76,3	71,7-80,9

\* In assenza di segni o sintomi.

Tra le intervistate di 50-69 anni l'età media alla prima mammografia preventiva è 44 anni, inferiore a quella in cui si effettua la mammografia all'interno dello screening organizzato.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 63% delle donne riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita. Tra queste donne l'età media della prima mammografia è 39 anni.

A livello nazionale, tra il 2007 e il 2010, PASSI stima che la diffusione della mammografia effettuata secondo le linee guida interessi 7 donne di 50-69 su 10 (70%), con un gradiente territoriale con una complessiva diminuzione da Nord a Sud.

Nello stesso periodo, in Piemonte la diffusione della mammografia effettuata secondo le linee guida risulta in linea con il valore nazionale interessando circa il 72% della popolazione target.

**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni (%)**  
Pool PASSI 2007-2010



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

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte le donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale (o spontaneo) riferendosi alle donne che hanno effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

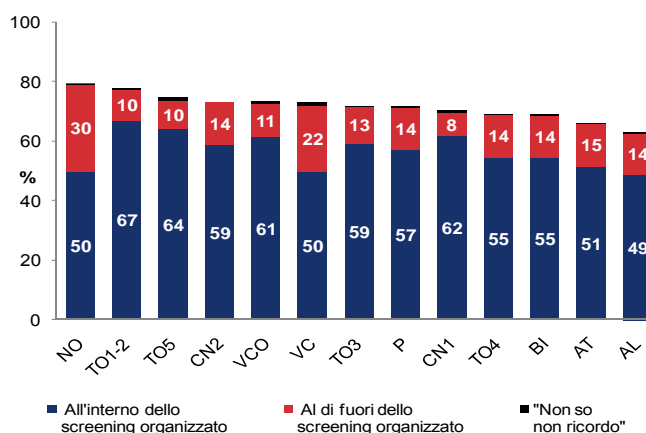
Nel periodo 2007-2010 in Piemonte il 57% delle donne intervistate ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 14% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

La diffusione del test mammografico secondo le linee guida varia dall'80% della ASL NO al 64% dell'ASL AL.

Le ASL TO1-2 e TO5 sono quelle in cui risulta maggiore la proporzione di donne che effettua la mammografia all'interno dello screening organizzato (67% e 64%), mentre l'ASL AL è quella con la proporzione minore.

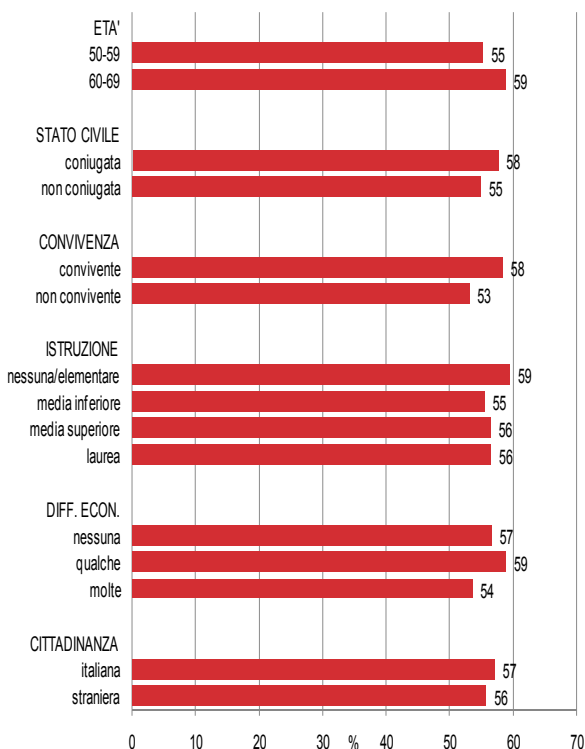
Nelle ASL NO e VC lo screening spontaneo ha una diffusione maggiore rispetto alle altre ASL del Piemonte.

**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni (%)**  
Piemonte - PASSI 2007-2010

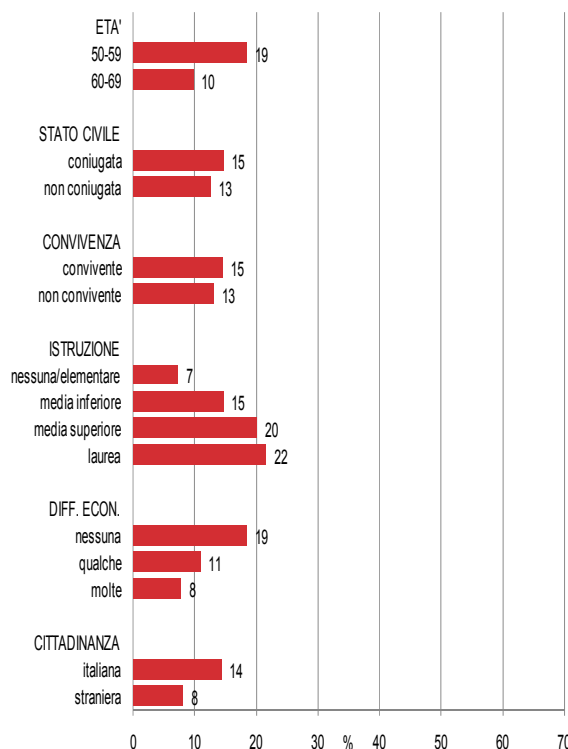




**Mammografia negli ultimi due anni all'interno di programmi di screening organizzati**  
Piemonte - PASSI 2007-2010 (n=3.187)  
Totale: 57,0% (IC95%: 55,1-58,9)



**Mammografia negli ultimi due anni al di fuori di programmi di screening organizzati**  
Piemonte - PASSI 2007-2010 (n=3.187)  
Totale: 14,2% (IC95%: 12,8-15,6)



L'effettuazione della mammografia preventiva all'interno dei programmi di screening organizzati non cambia in maniera significativa in relazione alle caratteristiche socio-demografiche delle donne. L'effettuazione della mammografia con adesione spontanea, invece, mostra diverse differenze socio-demografiche, risultando più frequente nelle donne di 50-69 anni, con istruzione elevata, senza difficoltà economiche, di cittadinanza italiana.

L'analisi attraverso una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*), conferma quanto scritto sopra per lo screening organizzato, mentre per lo screening spontaneo l'esecuzione del test è correlato all'età minore di 60 anni e ad un alto livello di istruzione.

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

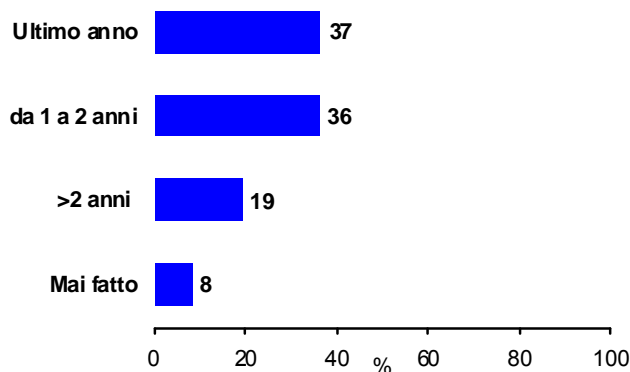
Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata tra le donne di 50-69 anni, il 37% riferisce l'effettuazione nel corso dell'ultimo anno; il 36% da uno a due anni fa.

Il 19% delle intervistate riferisce di aver effettuato la mammografia più di due anni fa (quindi oltre i tempi suggeriti dalle linee guida).

L'8% non ha mai effettuato una mammografia preventiva (8%).

In totale quasi un terzo della popolazione target non risulta coperto per lo screening mammografico.

**Periodicità di esecuzione della mammografia (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=759)



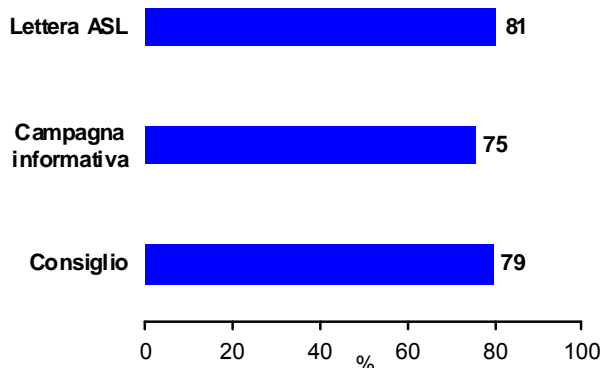
\* La campagna di screening prevede la mammografia ogni due anni per le donne tra i 50 e i 69 anni.

## Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

Nella regione Piemonte, nel 2010, PASSI stima che tra le donne dai 50 ai 69 anni:

- l'81% ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL;
- il 75% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione;
- il 79% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare la mammografia con periodicità.

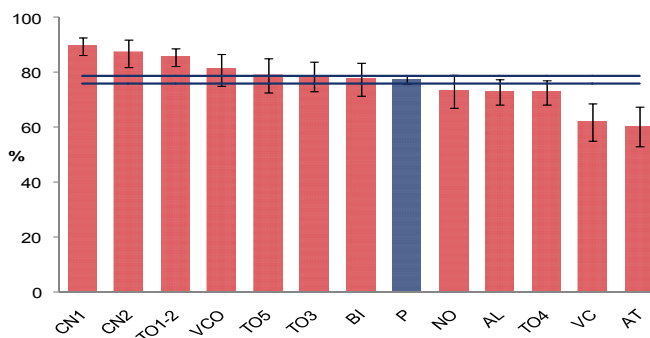
**Promozione della mammografia (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=766)



In Piemonte, nel periodo 2007-2010, la lettera della ASL di invito allo screening ha raggiunto il 77% della popolazione target.

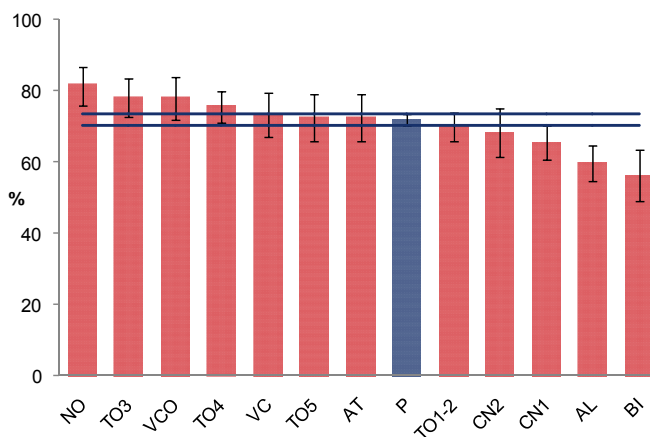
L'impiego di questa azione di promozione risulta diversamente diffusa tra le ASL del Piemonte: maggiore in provincia di Cuneo (88%-89%) e nella TO1-2 (86%), mentre risulta inferiore nelle ASL VC e AT (62% e 60%, rispettivamente).

**Promozione della mammografia con lettera di invito (%)**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

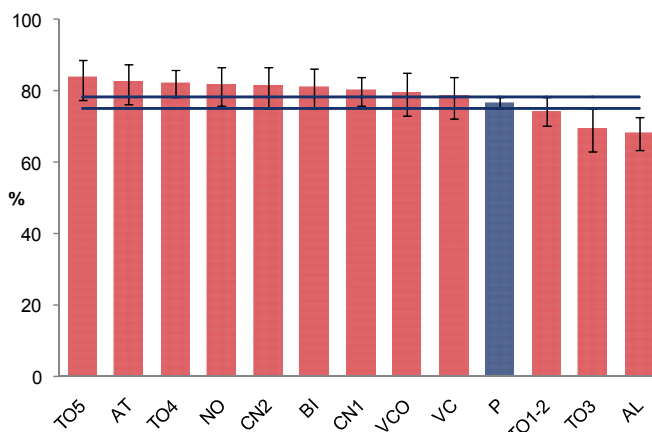
**Promozione della mammografia con consiglio medico (%)**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Nel periodo 2007-2010, la promozione della mammografia mediante consiglio da parte del medico ha raggiunto il 72% della popolazione target, presentando però differenze tra le ASL: maggiore nelle ASL NO (82%), mentre risulta meno impiegata nelle ASL CN1 (66%), AL (60%) e BI (56%).

**Promozione della mammografia con campagna informativa (%)**  
Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

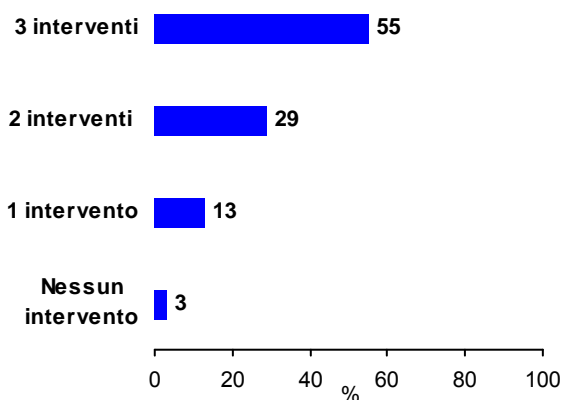
Nel periodo 2007-2010, la campagna informativa per la promozione della mammografia ha raggiunto il 77% della popolazione target, con risultati di minore impatto nell'ASL TO3 (69%) e AL (68%).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel quadriennio 2007-2010, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL; il 64% il consiglio dell'operatore sanitario; il 70% ha visto o sentito una campagna informativa. Per lettera di invito e campagna informativa i valori sono significativamente inferiori a quelli piemontesi.

**Interventi di promozione dell'ultima mammografia (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=766)

Nel 2010 in Piemonte il 55% delle donne è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione considerati, il 29% da due interventi e il 13% da un solo intervento.

Solo il 3% delle donne riferisce di non aver ricevuto alcun intervento di promozione per la mammografia.

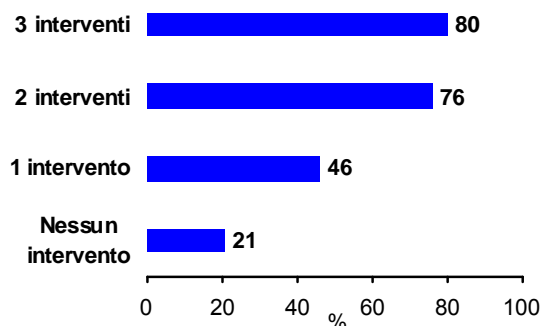


**Quale efficacia degli interventi di promozione della mammografia?**

Tra le donne di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, il 21% ha effettuato ugualmente il test di screening secondo le linee guida.

Tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione, la percentuale sale all'80%.

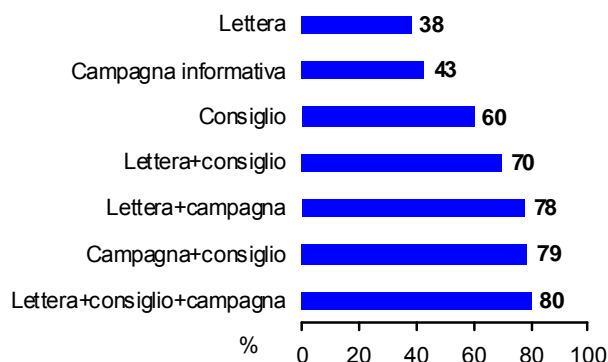
**Effettuazione della mammografia negli ultimi due anni per numero di interventi di promozione ricevuti (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=759)



L'efficacia della promozione dipende anche dal tipo di intervento proposto: ha effettuato la mammografia preventiva il 60% delle donne raggiunte dal consiglio del medico, il 43% delle donne raggiunte dalla campagna informativa, il 38% dalla lettera.

Il consiglio del medico, se accompagnato da lettera e campagna informativa, determina un'effettuazione dell'80% del test.

#### Effettuazione della mammografia negli ultimi 2 anni per tipo di interventi ricevuti (%) Piemonte - PASSI 2010 (n=766)



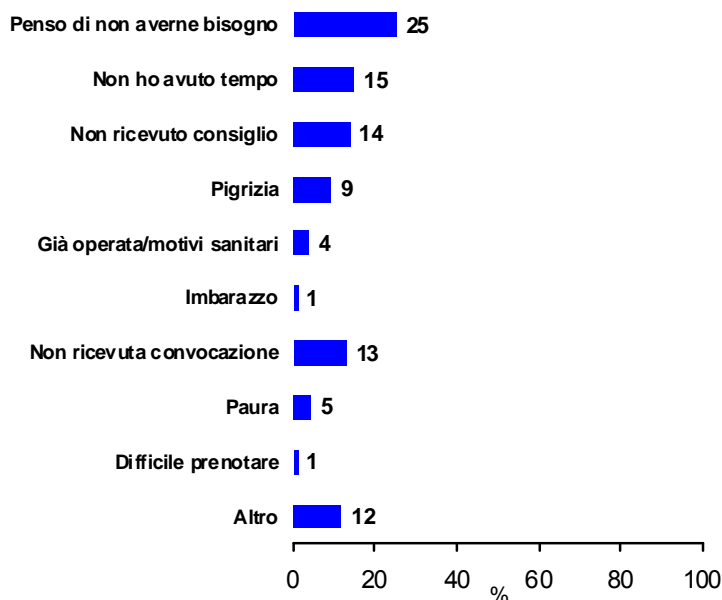
### Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

In Piemonte il 27% delle donne di 50-69 anni non risulta coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella, sia per l'effettuazione della mammografia al di fuori dei tempi previsti dalle linee guida, sia per non averla effettuato affatto.

Un quarto di queste donne individua come principale motivo di questa condizione pensare di non aver bisogno dell'esame.

Tra gli altri principali motivi individuati vi sono "non aver avuto tempo" (15%), "non aver ricevuto il consiglio" (14%) e "non aver ricevuto la convocazione" (13%).

#### Motivazione della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida (%) Piemonte - PASSI 2010 (n=190)\*



\* Esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (n=20).

## Per un confronto...

Diagnosi precoce del tumore della mammella (donne 50-69 anni)	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Effettuata una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni</b>	70,4	66,5 - 74,4	72,2	69,3 - 75,2	71,4	68,1 - 74,7	72,7	69,2 - 76,2	70,2	68,8 - 71,5
<i>screening organizzato</i>	n.d.		58,2	55,0 - 61,4	57,4	53,8 - 61,1	57,1	53,2 - 61,0	49,7	48,3 - 51,1
<i>screening individuale</i>	n.d.		13,6	11,4 - 15,9	13,3	10,8 - 15,8	15,0	12,2 - 17,8	19,8	18,6 - 21,0
<b>Diffusione interventi di promozione:</b>										
<i>lettera dell'ASL</i>	70,3	66,3 - 74,2	77,3	74,3 - 80,0	80,7	78,0 - 83,4	80,5	77,5 - 83,5	63,1	61,9 - 64,2
<i>consiglio dell'operatore sanitario</i>	61,7	57,6 - 65,8	73,2	70,4 - 75,9	75,6	72,5 - 78,8	75,5	72,4 - 78,6	66,4	64,9 - 67,8
<i>campagna informativa</i>	75,8	72,2 - 79,5	75,8	73,1 - 78,6	76,1	72,9 - 79,2	79,5	76,2 - 82,7	71,6	70,3 - 73,0

\* alcuni soggetti non riferiscono la modalità di effettuazione della mammografia preventiva

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Piemonte, la copertura per la mammografia preventiva nelle donne di 50-69 anni è del 72%, comprensivo sia delle donne che si sottopongono all'esame nell'ambito del programma regionale di screening "Prevenzione Serena" (57%), che su iniziativa individuale (15%). La copertura della popolazione con lo screening non si discosta da quella osservata negli anni precedenti. Rispetto al pool nazionale, il Piemonte si caratterizza per una maggiore quota di effettuazione dello screening organizzato e una minor quota di screening spontaneo.

Tale modalità è molto meno diffusa rispetto a quanto si osserva per lo screening cervicale, ma la sua esistenza è comunque confermata anche da una età media alla prima mammografia inferiore (44 anni) a quella in cui è offerto lo screening organizzato. In Piemonte, l'estensione dello screening organizzato alle donne tra 45 e 49 anni che ne facciano richiesta, rende possibile un recupero di attività spontanea verso lo screening organizzato, al fine di una migliore rispondenza a criteri di efficacia e di corretta gestione delle risorse.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; la lettera di invito ed il consiglio di un operatore sanitario, ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening, sono gli strumenti più efficaci. I programmi di screening organizzati inoltre riducono le disuguaglianze di accesso alla prevenzione: età anziana, bassa scolarità e nazionalità straniera riducono l'accesso al test complessivamente, ma non a quello organizzato. Vanno quindi mantenute le iniziative specifiche che lo screening organizzato mette in campo per favorire l'adesione delle donne più svantaggiate.

E' importante mettere in atto interventi che migliorino la consapevolezza sia dell'impatto del tumore della mammella sulla salute delle donne che dell'efficacia dello screening per la prevenzione di questa patologia: ritenere di non avere bisogno della mammografia preventiva risulta infatti il motivo riferito più frequentemente per la mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida.

## Bibliografia

- I tumori in Piemonte. Aspetti epidemiologici- Rapporto 2011 CPO  
[http://www.cpo.it/dationcologici/stime-asl2012/stime\\_piemonte\\_2012.pdf](http://www.cpo.it/dationcologici/stime-asl2012/stime_piemonte_2012.pdf)
- Puliti D, Miccinesi G, Collina N, et al. Effectiveness of service screening: a case-control study to assess breast cancer mortality reduction. *Br. J Cancer* 2008; 99: 423-427
- Zorzi M, Puliti D, Vettorazzi M, et al. Mastectomy rates are decreasing in the era of service screening: a population based study in Italy (1997-2001). *Br J Cancer* 2006; 95: 1265-8.
- Paci E, Miccinesi G, Puliti D, et al. Estimate of overdiagnosis of breast cancer due to mammography after adjustment for lead time. A service screening study in Italy. *Br Cancer Res* 2006; 8: R68
- Osservatorio Nazionale Screening - Nono Rapporto. The National Centre For Screening Monitoring - Ninth Report. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6) Suppl. 5: 1-96.  
[http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX\\_rapporto\\_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening](http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening)
- I numeri del cancro in Italia - 2011. AIRTUM  
[http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2011/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2011.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2011/I_numeri_del_cancro_2011.pdf)
- *Rapporto Airtum 2010. La prevalenza dei tumori in Italia. Persone che convivono con un tumore, lungosopravvivenenti e guariti.* *Epidemiologia & prevenzione.* Anno 34 (5-6) settembre-dicembre 2010 supplemento 2.  
[www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2010Prevalenza/001\\_054prime\\_parte.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2010Prevalenza/001_054prime_parte.pdf)
- *Rapporto Airtum 2009: i trend dei tumori in Italia (dati 1998-2005).* *Epidemiologia & prevenzione,* anno 33 (4-5) luglio-ottobre 2009 supplemento 1.  
[www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2009Trend/E&P33\\_4-5S1\\_64\\_mammella.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2009Trend/E&P33_4-5S1_64_mammella.pdf)
- *Incidence (2005-2007) - Mortality (2005-2007). Survival (2000-2006, follow-up at 2008) - Prevalence (31-12-2007).* Piedmont Cancer Registry.  
[www.cpo.it/dationcologici/rt\\_nov2010/breast\\_nov10.pdf](http://www.cpo.it/dationcologici/rt_nov2010/breast_nov10.pdf)
- *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 7: Breast Cancer Screening.* *Breast Cancer Research* Vol 5 No 4: 216–217. Published online 2003 June 5. doi: [10.1186/bcr616](https://doi.org/10.1186/bcr616).  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC165025/pdf/bcr616.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC165025/pdf/bcr616.pdf)
- “Risultati del programma regionale di screening mammografico”. Torino, Workshop 8 giugno 2010.  
[www.cpo.it/atti/workshop2010.htm](http://www.cpo.it/atti/workshop2010.htm)
- DGR 111-3632 del 02/08/2006.

# Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il cancro della cervice uterina rappresenta circa l'1,6% dell'incidenza e lo 0,6% di tutti i decessi per cancro tra le donne. Tra le donne è al quarto posto tra i tumori più frequenti.

La sopravvivenza relativa mostra notevoli differenze geografiche: a 5 anni dalla diagnosi, il tasso di sopravvivenza delle donne oscilla tra il 78% e il 40%, con una media nazionale del 65%.

L'insorgenza del tumore della cervice uterina è legata alla presenza del virus HPV (*Human Papilloma Virus*) ad alto rischio. L'infezione da HPV sembra precedere di molti anni l'insorgenza di una lesione pre-tumorale. L'HPV umano si trasmette per via sessuale; in particolare l'inizio precoce dei rapporti, l'elevato numero di partners e la presenza di infezioni genitali ripetute aumentano la probabilità di infezione.

Il test di screening per il carcinoma della cervice uterina è il Pap test. Il programma di screening cervicale prevede l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

Il rationale per l'introduzione dello screening di popolazione per il carcinoma della cervice si basa sulla possibilità di individuare la malattia in fase asintomatica. Lo screening cervicale consente di identificare non solo le lesioni tumorali molto precoci, ma anche quelle pre-neoplastiche. Si tratta quindi di uno strumento in grado di ridurre sia la mortalità che l'incidenza.

La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate. Tuttavia il Pap test viene sovente effettuato anche al di fuori di programmi organizzati, su iniziativa personale della donna.

In Italia l'attività organizzata di screening citologico non è distribuita uniformemente sul territorio, ma è concentrata soprattutto al Centro e al Nord.

In Piemonte si stimano nel 2010 circa 179 nuovi casi di neoplasia della cervice uterina (corrispondenti ad un tasso di incidenza standardizzato di circa 3 casi per 100.000 donne) e 59 decessi (1,0 per 100.000 donne).

In Piemonte l'attività di screening è svolta nell'ambito del programma "Prevenzione Serena": nel 2010 sono state invitate circa 375.000 donne (con una copertura di quasi il 90% delle donne in età target), per un totale di oltre 190.000 esami eseguiti.

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

Nel 2010 in Piemonte, quasi 9 donne di 25-64 anni su 10 (87%) hanno effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali.

L'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati risulta più alta tra le donne:

- con 35-49 anni;
- coniugate;
- conviventi;
- con alto livello d'istruzione;
- italiana o con cittadinanza mista;
- senza rilevanti difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile della tabella in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica), si confermano le differenze riscontrate, tranne che per lo stato civile.

In Piemonte, tra il 2007 e il 2010, la diffusione del Pap-test secondo le linee guida risulta superiore al valore nazionale interessando l'83% della popolazione target.

La diffusione complessiva del Pap-test secondo le linee guida varia dal 91% dell'ASL VCO al 77% della ASL CN1.

Nello stesso periodo, PASSI stima che la diffusione a livello nazionale del Pap-test effettuato secondo le linee guida, interessi 3 donne di 25-64 anni su 4 (76%) con un evidente gradiente territoriale in diminuzione da Nord a Sud.

**Donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni° (25-64 anni)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.624)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	86,5	84,7-88,4
<b>Classi di età</b>		
25 - 34	78,8	73,1-84,5
35 - 49	92,0	90,1-94,0
50 - 64	84,7	81,2-87,6
<b>Stato civile</b>		
coniugata	89,3	87,4-91,2
non coniugata	80,1	75,9-84,3
<b>Convivenza</b>		
convivente	89,3	87,4-91,2
non convivente	78,9	74,4-83,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	75,5	67,7-83,3
media	81,8	78,1-85,6
superiore	90,6	88,3-92,9
laurea	91,6	87,0-96,1
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	76,2	68,9-83,5
qualche	86,2	83,0-89,4
nessuna	88,9	86,6-91,2

° In assenza di segni o sintomi.

**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
Pool PASSI 2007-2010





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

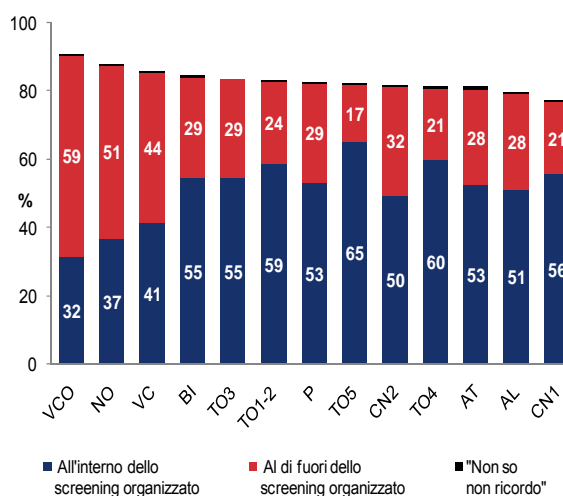
Tra le donne sottoposte a screening negli ultimi 3 anni, vengono considerate aderenti al programma di screening organizzato quelle che dichiarano di non avere pagato l'ultimo Pap-test mentre vengono considerati effettuati come prevenzione individuale i test per i quali le donne dichiarano di avere pagato il ticket o l'intero costo dell'esame.

Nel 2007-2010 PASSI stima che in Piemonte il 53% delle donne ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 29% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

Differentemente dalle altre, nelle ASL VCO, NO e VC lo screening spontaneo ha una maggiore diffusione di quello organizzato.

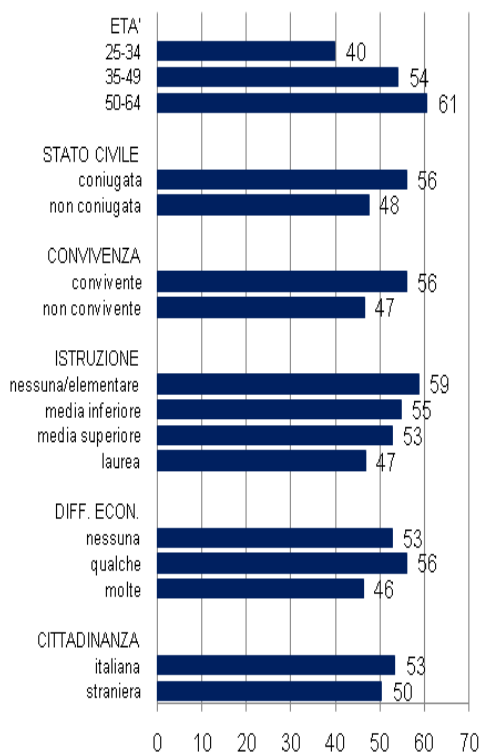
L'ASL TO5 è quella in cui risulta maggiore la proporzione di donne che effettuano il Pap-test all'interno dello screening organizzato sia in termini di prevalenza (65%) che di rapporto con la quota delle donne che lo eseguono spontaneamente.

**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
Piemonte - PASSI 2007-2010

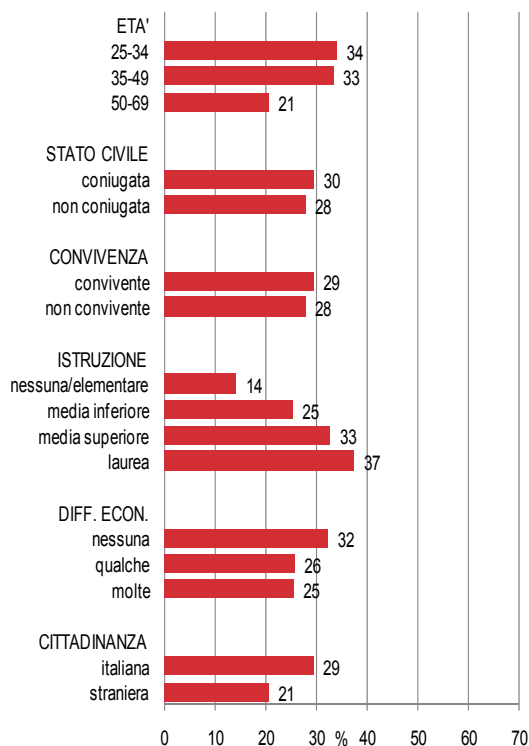


## Quali sono i fattori predittivi individuali di adesione al test di screening?

**Pap test negli ultimi tre anni all'interno di programmi di screening organizzati**  
Piemonte - PASSI 2007-2010 (n=6.723)  
Totale: 53,3% (IC95%: 52,0-54,6)



**Pap test negli ultimi tre anni al di fuori di programmi di screening organizzati**  
Piemonte - PASSI 2007-2010 (n=6.723)  
Totale: 29,0% (IC95%: 27,8-30,1)



Le donne che hanno eseguito il test nell'ambito dei programmi di screening organizzati e spontanei differiscono tra loro per alcune caratteristiche demografiche:

- la prevalenza di donne che si sottopone al Pap-test all'interno dello screening organizzato aumenta all'aumentare dell'età, mentre il Pap-test "spontaneo" è più frequente nelle età più giovani;
- lo stato civile coniugata e la convivenza sono fattori di per sé predittivi di adesione allo screening mammografico in generale, tuttavia in misura maggiore per lo screening organizzato;
- tra le donne con effettuazione "spontanea" del test vi è un forte gradiente per scolarità, con maggiore adesione tra le donne con istruzione alta; nello screening organizzato, invece, questo gradiente è opposto e molto meno evidente.
- la presenza di difficoltà economiche riduce l'adesione per entrambi i tipi di screening, mentre l'assenza di difficoltà economiche facilita l'adesione allo screening spontaneo;
- la cittadinanza influenza l'effettuazione del Pap-test maggiormente per i test spontanei, con una maggiore adesione tra le donne italiane;

L'analisi logistica conferma, per lo screening organizzato, la maggiore adesione fra le donne di età maggiore e senza difficoltà economiche; mentre per lo screening spontaneo si conferma una maggiore adesione soltanto per un alto livello di istruzione.

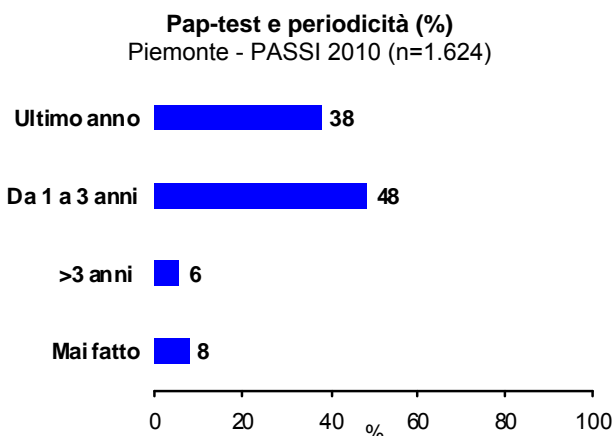
## Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test\*?

Rispetto all'effettuazione dell'ultimo Pap-test preventivo tra le donne di 25-64 anni, i dati 2010 in Piemonte riferiscono che:

l'86% lo ha effettuato nei tempi previsti dalle linee guida (il 38% lo ha effettuato nell'ultimo anno; il 48% da 1 a 3 anni).

Il 6% riferisce di aver effettuato il Pap-test da oltre 3 anni.

L'8% non ha mai eseguito un test di diagnosi precoce per tumore cervicale.

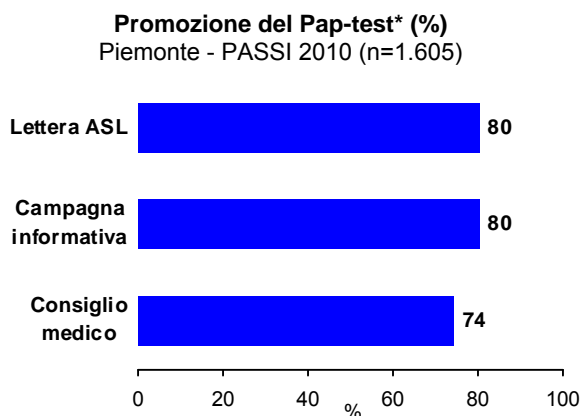


\*Il programma dello screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni tre anni per le donne nella fascia d'età di 25-64 anni.

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

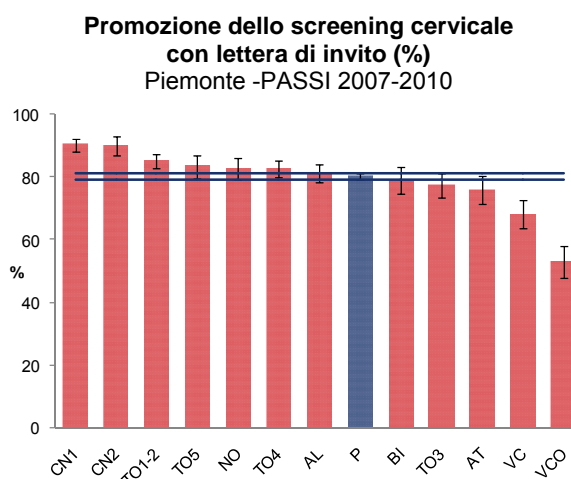
Sempre con i dati 2010 tra le donne del Piemonte:

- l'80% ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL;
- l'80% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione;
- il 74% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare il Pap-test con periodicità.



Considerando l'intero periodo di raccolta dati del PASSI (2007-2010), in Piemonte la lettera della ASL di invito allo screening ha raggiunto l'80% della popolazione target.

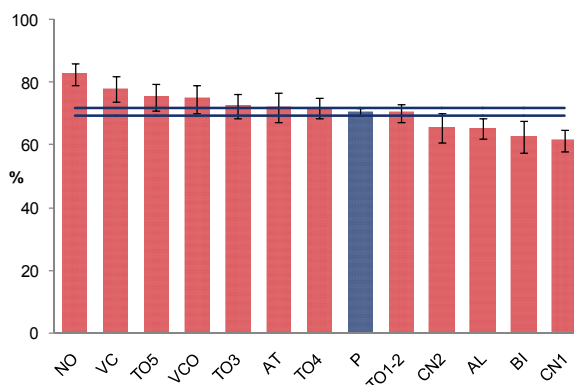
L'impiego di questa azione di promozione risulta diversamente diffusa tra le ASL del Piemonte: maggiore in provincia di Cuneo (90%) e nella TO1-2 (85%), mentre risulta inferiore nelle ASL VCO e VC (53% e 68%, rispettivamente).



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

La promozione dello screening cervicale mediante consiglio da parte del medico ha raggiunto il 70% della popolazione target, presentando differenze significative tra le ASL: maggiore nelle ASL NO (83%) e VC (78%), mentre risulta meno impiegata nelle ASL CN1 (61%), BI (63%) e AL (65%).

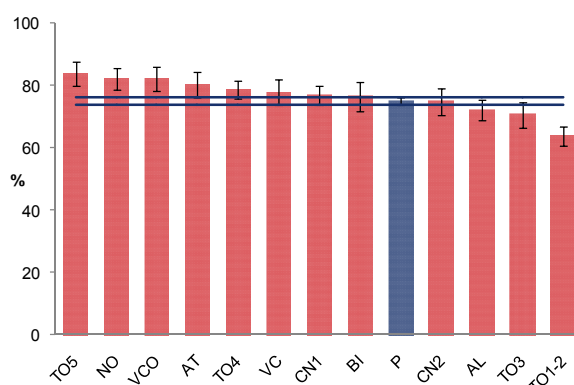
**Promozione dello screening cervicale con consiglio medico (%)**  
Piemonte -PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

La campagna informativa per la promozione dello screening cervicale ha raggiunto il 75% della popolazione target, con risultati maggiori nelle ASL TO5 (84%), NO (82%) e VCO (82%), mentre risulta di minore impatto nell'ASL TO1-2 (64%).

**Promozione dello screening cervicale con campagna informativa (%)**  
Piemonte -PASSI 2007-2010



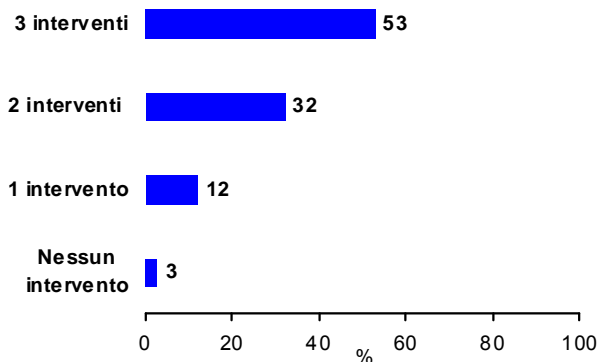
Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel quadriennio 2007-2010 il 54% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 61% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa, valori tutti inferiori a quelli osservati in Piemonte.

**Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.590)

Nel 2010 in Piemonte il 53% delle donne è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati; il 32% da due interventi e il 12% da un solo intervento.

Solo il 3% delle donne riferisce di non aver ricevuto alcun tipo di intervento di promozione.

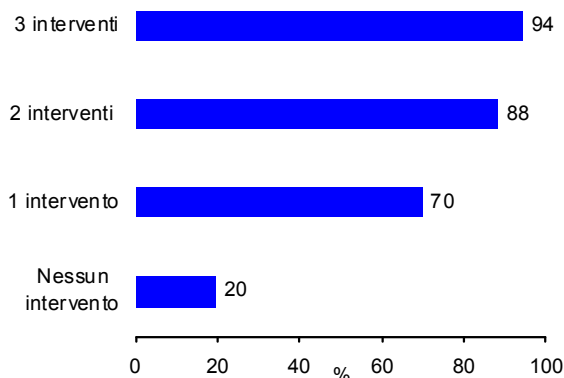


## Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

Dai dati 2010 del Piemonte, risulta che tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione, solo 2 su 10 hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni.

Tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione, hanno eseguito il Pap-test di 9 su 10.

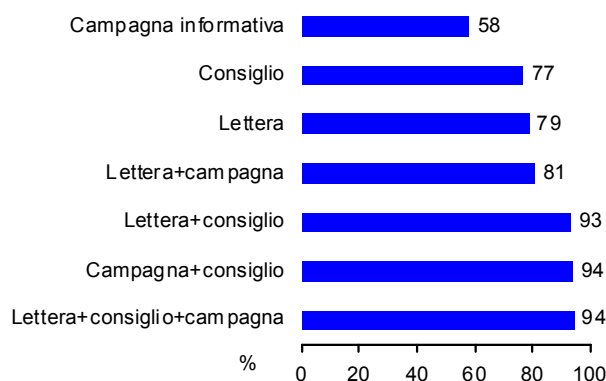
**Effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni  
Per numero di interventi di promozione (%)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.590)



L'efficacia della promozione dipende anche dal tipo di intervento: la campagna informativa da sola risulta utile per il 58%, mentre lettera e consiglio da soli raggiungono il 79% e il 77%, rispettivamente.

Il consiglio, se accompagnato da lettera e/o campagna informativa, fa sì che più di 9 donne su 10 effettuino il Pap-test secondo le linee guida.

**Interventi di promozione e  
effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.590)



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

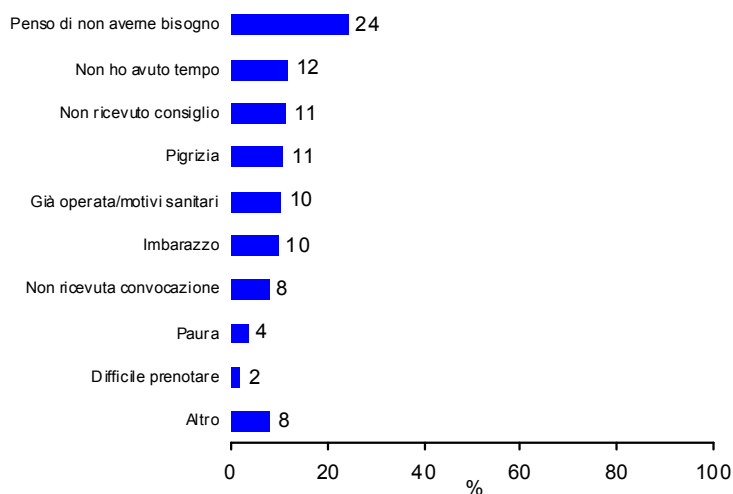
In Piemonte il 14% delle donne di 25-64 anni non ha effettuato la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero secondo le linee guida.

Circa un quarto di queste donne individua come principale motivo di questa condizione il fatto di non averne bisogno, indicando in tal modo una non corretta percezione del rischio.

Tra gli altri principali motivi individuati che interessano circa 1 donna su 10, vi sono il non aver ricevuto il consiglio (11%) o la lettera di convocazione (8%).

**Motivazione della non effettuazione del Pap-test  
secondo le linee guida**

Piemonte - PASSI 2010 (n=213)\*



\* Esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (n=50).

## Per un confronto...

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero (donne 25-64 anni)	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni</b>	80,0	77,6 - 82,4	81,6	79,8 - 83,3	82,2	80,3 - 84,2	86,5	84,7 - 88,4	76,4	75,6 - 77,2
<i>screening organizzato</i>	n.d.		51,7	49,5 - 53,9	55,6	53,1 - 58,1	56,8	54,2 - 59,3	37,6	36,7 - 38,5
<i>screening individuale</i>	n.d.		29,8	27,8 - 31,8	26,4	24,3 - 28,6	29,5	27,2 - 31,9	38,1	37,2 - 39,1
<b>Diffusione interventi di promozione:</b>										
<i>lettera dell'ASL</i>	76,6	74,0 - 79,2	80,7	78,9 - 82,5	83,1	81,3 - 84,9	80,4	78,2 - 82,5	54,7	53,8 - 55,6
<i>consiglio dell'operatore sanitario</i>	60,7	57,8 - 63,7	71,6	69,6 - 73,6	73,8	71,6 - 76,0	74,3	71,8 - 76,7	64,4	63,4 - 65,4
<i>campagna informativa</i>	72,6	69,9 - 75,3	73,9	71,9 - 75,9	73,1	70,8 - 75,3	80,4	78,2 - 82,6	68,0	67,0 - 69,0

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Piemonte nel 2010 PASSI stima che l'effettuazione del Pap-test negli ultimi tre anni riguardi circa l'87% delle donne di 25-64 anni. Dal 2007 questo valore è in significativo e costante aumento e superiore a quello del pool nazionale.

Attraverso la domanda sulle modalità di pagamento dell'ultimo test effettuato, PASSI stima inoltre la quota di screening eseguita su iniziativa individuale (30%) oppure all'interno del programma organizzato "Prevenzione Serena" (57%), che risulta quindi la modalità significativamente più diffusa, a differenza di quanto avviene a livello di pool. Tuttavia le notevoli differenze riscontrate tra le ASL del Piemonte per quest'ultima modalità indicano ampi margini di miglioramento per gli aspetti di qualità e contrasto alle diseguaglianze che, come anche i dati PASSI dimostrano, caratterizzano l'effettuazione dello screening organizzato.

Le donne che riferiscono di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno sono il 38%, più di quelle attese in base alla periodicità triennale dell'esame (33%); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato ("sovracopertura"), che ci spinge a ritenere utile sviluppare campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione e agli operatori sanitari.

Una non corretta percezione del rischio continua ad essere la causa principale della mancata effettuazione dell'esame, da cui deriva l'ulteriore necessità di incrementare le campagne di informazione e sensibilizzazione.

Particolare attenzione va quindi posta al mantenimento e all'implementazione dei servizi pubblici di screening e alla messa in campo di iniziative specifiche al fine di favorire di raggiungere la quota di donne che ancora non effettua il test e ridurre possibilmente la quota di sovra diagnosi.

## Bibliografia

- *Human papillomavirus infection and cervical cancer*. World Health Organization.  
[www.who.int/vaccine\\_research/diseases/hpv/en/](http://www.who.int/vaccine_research/diseases/hpv/en/)
- I numeri del cancro in Italia - 2011. AIRTUM  
[http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2011/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2011.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2011/I_numeri_del_cancro_2011.pdf)
- I tumori in Piemonte. Aspetti epidemiologici. Rapporto CPO 2011.  
[http://www.cpo.it/documenti/rapporto\\_cpo2011\\_sito.pdf](http://www.cpo.it/documenti/rapporto_cpo2011_sito.pdf)
- *I tumori in Italia-Rapporto 2009*. Epidemiologia & Prevenzione, anno 33 luglio-ottobre 2009 suppl.1.  
[www.registri-tumori.it/cms/?q=Rapp2009](http://www.registri-tumori.it/cms/?q=Rapp2009)
- Incidenza – mortalità – sopravvivenza e prevalenza dei tumori in Piemonte (aggiornamento 2010). Elaborazioni del Registro Tumori Piemonte.  
[www.cpo.it/dationcologici/rt2010/cervix-uteri\\_10.pdf](http://www.cpo.it/dationcologici/rt2010/cervix-uteri_10.pdf)
- I programmi di screening in Italia 2009, Osservatorio Nazionale Screening.  
<http://www.osservatorionazionalecreening.it/>
- Programmi di screening regionali.  
[www.osservatorionazionalecreening.it/programmi-piemonte.php](http://www.osservatorionazionalecreening.it/programmi-piemonte.php) e <http://ccm-network.it/screening/>
- Mancini E. Programma Regionale di Screening per il Cervicocarcinoma. Attività, risultati, prospettive. Torino, 10 maggio 2010.  
[www.cpo.it/atti/workshop\\_cervicocarcinoma\\_2010/mancini.pdf](http://www.cpo.it/atti/workshop_cervicocarcinoma_2010/mancini.pdf)
- Segnan N. Screening spontaneo e organizzato.  
[www.cpo.it/atti/workshop\\_cervicocarcinoma\\_09/segnan.pdf](http://www.cpo.it/atti/workshop_cervicocarcinoma_09/segnan.pdf)
- Ronco G. et al. *Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia*. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo rapporto. 2009: 59-77.  
[win.osservatorionazionalecreening.it/](http://win.osservatorionazionalecreening.it/)

# Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore maligno a maggiore insorgenza nella popolazione italiana. Tra i maschi è il terzo tumore per frequenza, preceduto dal tumore della prostata e del polmone; nelle femmine è preceduto solo dal tumore della mammella.

Il tumore del colon mostra, in entrambi i sessi, una tendenza all'aumento dell'incidenza, mentre la mortalità è in riduzione; la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 60% circa.

Lo screening rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia del colon-retto, attraverso la diagnosi precoci di lesioni pre-neoplastiche. I principali test di screening sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF o FOBT, "*fecal occult blood test*") e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto la ricerca del SOF nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale e la colonscopia alle persone tra i 58 e i 60 anni di età, una volta nella vita, da ripetere eventualmente ogni dieci anni. Nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi di screening delle neoplasie del colon-retto a livello nazionale risulta del 51%: come accade anche per gli altri screening oncologici, il risultato è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

Nella Regione Piemonte, a differenza delle altre Regioni italiane, il programma di screening prevede l'offerta della rettosigmoidoscopia una sola volta nella vita a tutti i soggetti di 58 anni d'età come test di 1° livello. Per coloro che rifiutano quest'esame c'è comunque la possibilità di scambiarlo con il test della ricerca del SOF ogni due anni. Inoltre l'offerta biennale della ricerca del SOF fino all'età di 69 anni è rivolta anche alle persone che avevano superato l'età di 58 anni all'avvio del programma.

Questo screening, avviato nel 2003, è attualmente attivo in tutte le ASL del territorio regionale.

Su una popolazione residente di 58 anni pari a 56.300 persone, la copertura da inviti nel 2010 (proporzione di persone eleggibili effettivamente invitate) ha raggiunto l'88% (49.600 inviti). Poco meno di un terzo della popolazione invitata ha accettato di sottoporsi al test.

Su una popolazione residente di età compresa tra 59 e 69 anni eleggibile nel 2010 per l'invito alla ricerca del SOF (non inclusi nel programma con rettosigmoidoscopia) pari a 238.000 persone, la copertura da inviti ha raggiunto il 69% (163.500 inviti). Anche in questo gruppo poco meno di un terzo della popolazione invitata ha accettato di sottoporsi al test.



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

In Piemonte circa 3 persone su 10 (30 %) tra i 58 e i 69 anni hanno effettuato, in assenza di segni o sintomi, una ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni e/o una rettoscopia negli ultimi cinque anni.

Il 21% riferisce di aver eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni.

Il 16% riferisce di aver effettuato una rettoscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni (questo valore sale al 18% per una rettoscopia effettuata negli ultimi 10 anni).

### Diagnosi precoce delle neoplasie del Colon-retto (58-69 anni)

Piemonte - PASSI 2010 (n=891)

Caratteristiche	SOF negli ultimi 2 anni <sup>o</sup>		retto-sigmoidoscopia negli ultimi 5 anni <sup>o</sup>	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	<b>20,5</b>	<b>17,9-23,2</b>	<b>15,9</b>	<b>13,6-18,4</b>
<b>Sesso</b>				
uomini	22,2	18,3-26,1	19,1	15,4-22,9
donne	18,9	15,2-22,6	13,0	9,9-16,1
<b>Istruzione</b>				
nessuna/elementare	20,2	15,4-25,1	13,7	9,9-17,6
media inferiore	19,3	15,2-23,5	15,0	11,0-19,1
media superiore	21,5	15,4-27,5	19,4	13,9-25,0
laurea	20,6	17,9-23,2	22,3	11,4-33,2
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	19,4	10,2-28,7	20,2	10,8-29,6
qualche	20,9	16,3-25,5	18,3	13,9-22,7
nessuna	20,7	17,1-24,4	13,8	10,8-16,8

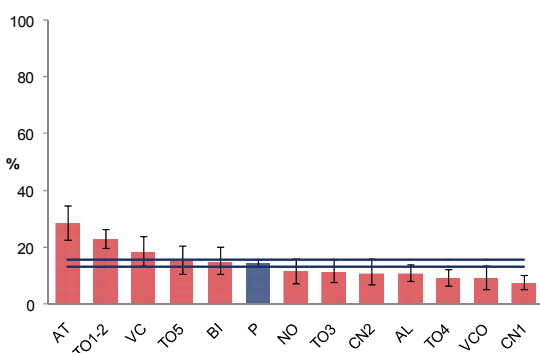
<sup>o</sup> In assenza di segni o sintomi.

Analizzando l'effetto di ogni singola variabile in presenza di tutte le altre attraverso una opportuna tecnica statistica (regressione logistica), l'effettuazione della rettoscopia risulta più frequente negli uomini. Per la ricerca del SOF non si segnala nessuna associazione statistica significativa.

Nel periodo 2007-2010, la prevalenza di persone di 58-69 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni presentano differenze statisticamente significative tra le ASL piemontesi, con valori massimi nelle ASL AT (29%) e TO1-2 (23%) e valori minimi nell'ASL CN1 (8%). Il valore complessivo del Piemonte nel periodo 2007-2010 è del 14%.

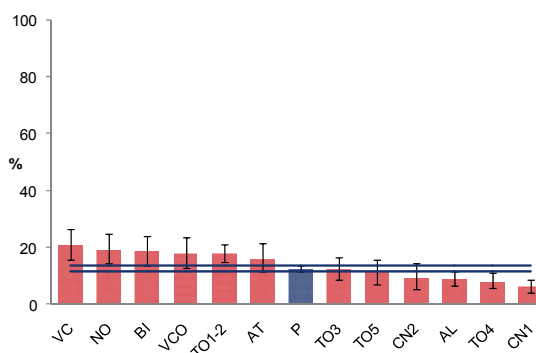
Anche per quanto riguarda l'effettuazione della rettoscopia negli ultimi 5 anni, vi sono differenze statisticamente significative tra le ASL, con il valore massimo nell'ASL VC (21%) e minimo nell'ASL CN1 (6%). Il valore complessivo del Piemonte nel periodo 2007-2010 è del 13%.

**Persone di 58-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Persone di 58-69 anni che hanno eseguito almeno una rettoscopia negli ultimi cinque anni (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni\* (%)**  
Pool PASSI 2010

Nella popolazione target dei programmi di screening delle altre regioni italiane (50-69 anni) in Piemonte il 25% ha effettuato un test di screening per il carcinoma del colon-retto. In particolare il 17% ha effettuato la ricerca del SOF, mentre il 13% ha effettuato una rettoscopia.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 29% ha effettuato la ricerca del sangue occulto e circa il 12% la colonscopia.



\* In Piemonte la popolazione target è 58-69 anni, nelle altre Regioni è 50-69 anni.

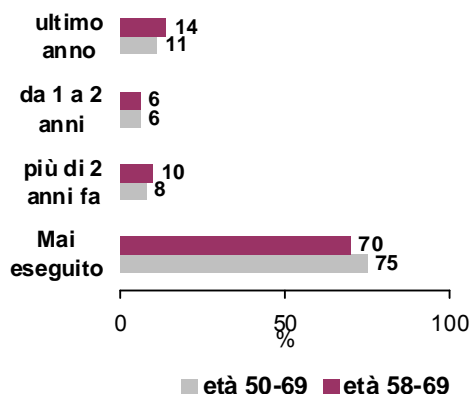
**Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto?**

Il 70% della popolazione piemontese di 58-69 anni non ha mai eseguito una ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo (75% tra i 50-69 anni).

Tra coloro che hanno effettuato questo esame:

- il 14% l'ha eseguita nell'ultimo anno;
- il 6% da uno a due anni;
- il 10% da più di due anni.

**Sangue occulto e periodicità (%)**  
Piemonte - PASSI 2010

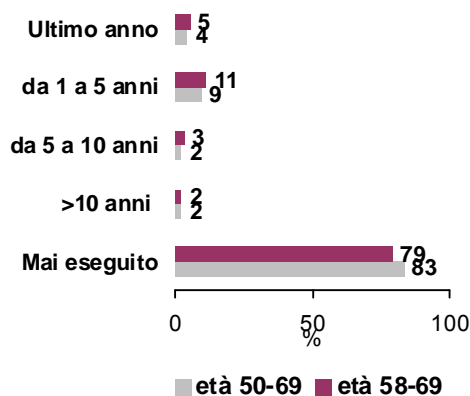


Quasi 8 persone su 10 (79%) di 58-69 anni in Piemonte non hanno mai eseguito una rettoscopia a scopo preventivo.

Tra coloro che hanno effettuato l'esame:

- il 5% l'ha eseguito nell'ultimo anno;
- l'11% da 1 a 5 anni fa;
- il 3% da 5 a 10 anni fa;
- il 2% da oltre 10 anni.

**Rettoscopia e periodicità (%)**  
Piemonte - PASSI 2010

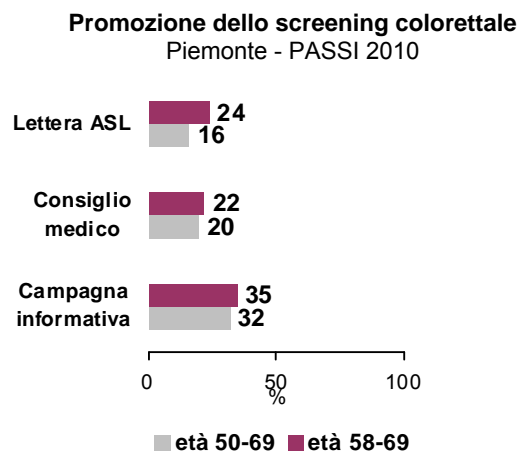


## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto?

Tra i 58 ed i 69 anni:

- il 24% delle persone ha ricevuto la lettera di invito dalle ASL per lo screening del colon-retto;
- il 22% ha ricevuto il consiglio di un operatore sanitario;
- il 35% ha visto o sentito una campagna informativa.

Differenze significative con l'intera popolazione 50-69 anni si evidenziano solo nel caso della lettera.



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale:

- il 33% delle persone 50-69 anni ha ricevuto la lettera dell'ASL;
- il 23% il consiglio dell'operatore sanitario;
- il 35% ha visto una campagna informativa.

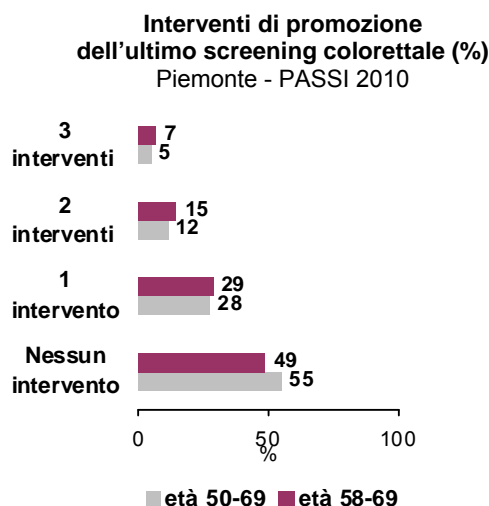
Tra le ASL piemontesi si osservano, negli anni 2007-2010, differenze statisticamente significative per quanto riguarda la promozione dello screening del colon-retto tra le persone di 58-69 anni:

- lettera d'invito: range dall'2% dell'ASL VCO al 55% dell'ASL TO1-2;
- consiglio dell'operatore sanitario: range dal 10% dell'ASL VCO al 48% dell'ASL AT;
- campagna informativa, range dal 23% dell'ASL TO3 al 49% dell'ASL TO1.

Il 7% dei Piemontesi della fascia d'età 58-69 è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening del colon-retto considerati (lettera, consiglio o campagna):

- il 15% da due interventi di promozione;
- il 29% da un solo intervento.

Circa la metà della popolazione target 58-69 anni (49%) per lo screening del colon-retto in Piemonte, non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione (55% per la popolazione 50-69 anni).

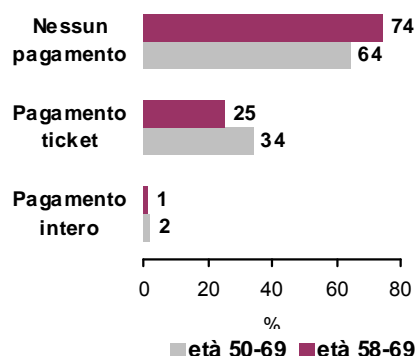


## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

In Piemonte il 74% delle persone tra i 58 e i 69 anni non ha sostenuto alcun costo per eseguire la ricerca del sangue occulto nelle feci; il 25% ha pagato solamente il ticket e l'1% l'intero costo dell'esame.

Fra i soggetti della popolazione target dello screening in Piemonte (58-69 anni), coloro che non hanno pagato sono il 74% (64% tra i 50-69 anni).

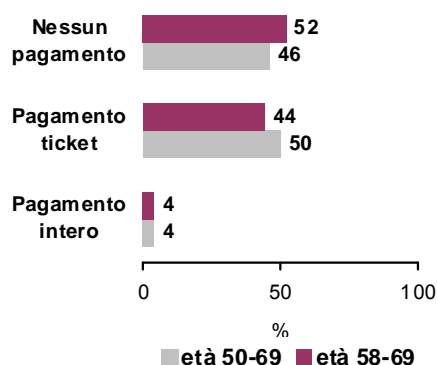
**Costi della ricerca di sangue occulto**  
Piemonte - PASSI 2010



Più della metà (52%) della popolazione target piemontese non ha pagato la rettossigmoidoscopia preventiva; il 44% ha pagato solo il ticket; il 4% l'intero costo dell'esame.

Nella popolazione 50-69 non ha pagato la rettossigmoidoscopia il 46% di coloro che l'hanno eseguita.

**Costi della rettossigmoidoscopia (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



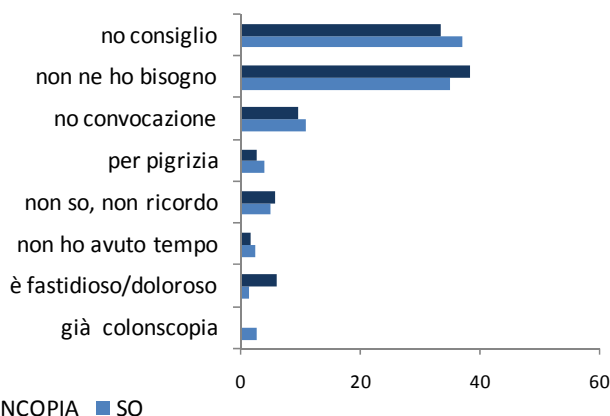
Nel pool nazionale, l'84% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni non ha pagato per la ricerca del sangue occulto (49% per la colonscopia), il 3% ha pagato solamente il ticket (42% per la colonscopia), mentre il 13% l'intero costo dell'esame (9% per la colonscopia).

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

In Piemonte ben il 70% delle persone di 58-69 anni non risulta coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del colon-retto, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la rettossigmoidoscopia.

La mancanza del consiglio di un operatore sanitario e ritenere di non averne bisogno risultano i principali motivi della mancata effettuazione dello screening del colon-retto sia per il target 58-69 anni che per la popolazione 50-69 anni.

**Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



\* Esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo".

### Per un confronto...

Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	Piemonte							
	2007		2008		2009		2010	
	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)	%	(IC al 95%)
<b>Eseguita una rettosigmoidoscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni</b>								
età 50-69	8,9	7,2 - 10,5	10,6	9,2 - 12,1	11,4	9,8 - 13,0	17,1	15,2 - 19,1
età 58-69	11,6	9,1 - 14,1	12,8	10,8 - 14,9	13,5	11,3 - 15,8	18,7	16,1 - 21,3
<b>Eseguita la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo negli ultimi 2 anni</b>								
età 50-69	9,4	7,5 - 11,3	8,8	7,5 - 10,1	10,9	9,1 - 12,6	17,1	15,2 - 19,1
età 58-69	11,0	8,4 - 13,6	11,1	9,2 - 13,0	14,5	12,0 - 16,9	20,5	17,9 - 23,2
<b>Eseguito test di screening (SOF o rettosigmoidoscopia) per il carcinoma colon-retto</b>								
età 50-69	17,9	15,6 - 20,3	19,1	17,3 - 21	21,9	19,7 - 24,1	26,7	24,4 - 28,9
età 58-69	22,2	18,8 - 25,5	23,5	21,1 - 26,1	27,5	24,5 - 30,5	30,5	27,4 - 33,5

### Conclusioni e raccomandazioni

Rispetto agli altri screening oncologici, lo screening per il carcinoma del colon-retto ha una diffusione nettamente minore fra la popolazione target interessando circa un terzo della popolazione tra 58 e 69 anni.

Tuttavia grazie anche alla estensione dello screening organizzato su tutto il territorio regionale, il trend del periodo 2007-2010 è in aumento sia per quanto riguarda il SOF, sia per quanto riguarda l'esame endoscopico: la popolazione 58-69 anni che ha effettuato un esame preventivo per il tumore del color-retto passa infatti dal 22% del 2007 al 30% del 2010.

Si osserva grande variabilità fra le ASL, sia per diffusione che per tipologia prevalente.

Anche per lo screening del colon-retto una maggiore *compliance* della popolazione target si ottiene associando più modalità di promozione.

A conferma della ancora limitata diffusione di questa attività di prevenzione, tra i principali motivi della mancata effettuazione dello screening si trovano, insieme alla convinzione di non averne bisogno, anche la mancanza del consiglio di un operatore sanitario e la mancata convocazione.

Il confronto con i risultati del pool PASSI viene limitato dalle diverse età target a cui è rivolto lo screening organizzato in Piemonte rispetto alle altre Regioni.

## Bibliografia

- *Rapporto Airtum 2009: i trend dei tumori in Italia (dati 1998-2005)*. Epidemiologia & prevenzione, anno 33 (4-5) luglio-ottobre 2009 supplemento 1.  
[www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2009Trend/E&P33\\_4-5S1\\_38\\_colonretto.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2009Trend/E&P33_4-5S1_38_colonretto.pdf)
- *Tumore del colon retto: scheda epidemiologica*.  
[www.ccm-network.it/screening/epidemiologia\\_colon](http://www.ccm-network.it/screening/epidemiologia_colon)  
[www.tumori.net](http://www.tumori.net) e [www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it)
- *Incidenza – mortalità – sopravvivenza e prevalenza dei tumori in Piemonte (aggiornamento 2010)*. Elaborazioni del Registro Tumori Piemonte.  
[www.cpo.it/dationcologici/rt2010/colon-rectum\\_10.pdf](http://www.cpo.it/dationcologici/rt2010/colon-rectum_10.pdf)
- Jorgensen O. et al, "A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds". Gut, 2002; 50(1): 29-32.
- *Screening oncologici: Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*.  
[www.osservatorionazionalecreening.it/ons/documentazione/raccomandazioni/screening\\_vers\\_co\\_mpleta.pdf](http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/documentazione/raccomandazioni/screening_vers_co_mpleta.pdf)
- *Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettali. Manuale operativo*. EpidemiolPrev. 2007; 31 (1 Suppi): 1-56.  
[www.osservatorionazionalecreening.it/ons/publicazioni/altre/indicatori\\_giscor/indicatori\\_giscor.pdf](http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/publicazioni/altre/indicatori_giscor/indicatori_giscor.pdf)
- *I programmi di screening in Italia 2009*, Osservatorio Nazionale Screening.  
<http://www.osservatorionazionalecreening.it/>
- *Programmi di screening regionali*. Osservatorio nazionale screening.  
[win.osservatorionazionalecreening.it/programmi-piemonte.php](http://win.osservatorionazionalecreening.it/programmi-piemonte.php)

# Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche. Conseguenze che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche in termini di mortalità, ospedalizzazioni, perdita di produttività e altri costi sociali.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio di sviluppare complicanze in seguito all'infezione, in particolare le persone più vulnerabili perché affette da malattie croniche e gli anziani e coloro che si prendono cura di questi soggetti.

L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio Sanitario Nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno i tre quarti della popolazione target.

Tuttavia, mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni (per la presenza di dati affidabili sul numero di persone residenti in questa fascia di età), i dati sulla copertura vaccinale degli adulti con patologie croniche non sono altrettanto affidabili, a causa delle difficoltà di stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione. Al momento, PASSI è l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche.

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

In Piemonte l'11% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2009-2010.

Le persone tra 18 e 64 anni vaccinate per l'influenza sono risultate significativamente più frequenti:

- nella fascia di età 50-64 anni (19%);
- nelle persone con almeno una patologia cronica (30%).

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per tutte queste variabili.

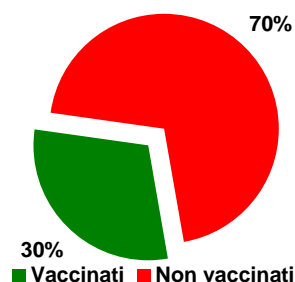
**Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.750)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	10,8	9,3-12,3
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	5,9	3,6-8,2
35 - 49	8,0	6,0-10,0
50 - 64	19,5	16,0-22,9
<b>Sesso</b>		
uomini	11,0	8,8-13,1
donne	10,7	8,6-12,8
<b>Istruzione</b>		
alta	10,3	8,1-12,6
bassa	11,1	9,2-13,1
<b>Difficoltà economiche</b>		
si	10,9	8,7-13,2
no	10,8	8,8-12,9
<b>Patologie severe*</b>		
almeno una	30,1	24,5-35,8
assente	7,3	5,9-8,7

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

### Vaccinazione antinfluenzale 2009-10 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica Piemonte PASSI 2010 (n=284)

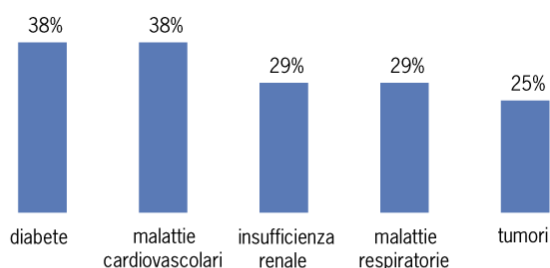
In Piemonte, il 30% delle persone con almeno una patologia cronica riferisce di essere stato vaccinato contro l'influenza stagionale.



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:

- basse coperture tra le persone affette da tumori (25%), da patologie respiratorie croniche (29%) e da insufficienza renale (29%);
- poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (38%).

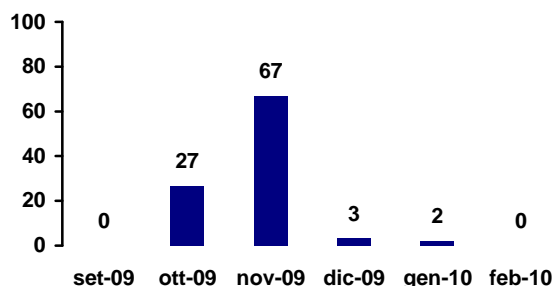
### Copertura\* vaccinale nelle persone (18-64 anni) con diverse patologie croniche (%) Pool ASL - PASSI 2010 (n=1.999)



\*Le stime di copertura sono ricavate dalle 1.999 interviste di persone che riferiscono almeno una malattia cronica, effettuate e registrate dal 31 marzo 2010 al 30 settembre 2010.

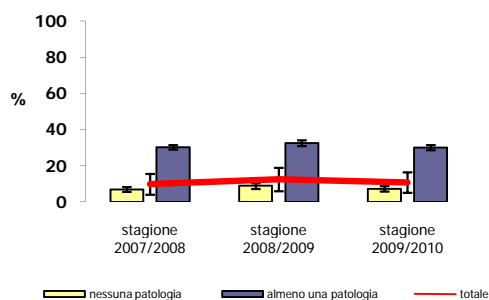
### % di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese Piemonte - PASSI 2010 (n=195)

In Piemonte la maggior parte (67%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale)





### Coperture vaccinali soggetti 18-64 anni (%) Piemonte - PASSI



Nelle stagioni influenzali esaminate in Piemonte le persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza sono risultate in media pari al 10%.

Le percentuali risultano più basse tra coloro che non riferiscono alcuna patologia (tra il 7 e il 9%) rispetto a coloro che ne hanno almeno una (intorno al 30%).

### Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate.

Nella stagione 2010/2011, le strategie vaccinali adottate in Piemonte hanno permesso di raggiungere il 57% delle persone sopra ai 65 anni, dato in leggera diminuzione rispetto alla stagione precedente (61%). Nella popolazione anziana la copertura vaccinale è cresciuta significativamente dal 1999 ad oggi, senza però raggiungere l'obiettivo minimo del 75%, raccomandato a livello nazionale.

Tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, PASSI stima che circa una su tre effettui la vaccinazione antiinfluenzale stagionale, con una copertura quindi insufficiente rispetto all'obiettivo fissato a livello nazionale per questa categoria.

# Vaccinazione antirosolia

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

Il Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 è stato approvato il 23 marzo 2011 dalla Conferenza Stato-Regioni e fissa per il 2015, oltre all'eliminazione dei casi di morbillo endemico, l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi.

Per raggiungere questi obiettivi è richiesta una copertura vaccinale superiore al 95% per la prima dose di morbillo e rosolia, entro i 24 mesi di vita e una percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia inferiore al 5%. Il Piano prevede inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva già con il piano 2007-2009, il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, attualmente i dati routinari di copertura vaccinale rilevati dal ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età a livello nazionale è ancora inferiore al 90%.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, PASSI misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

## Quante donne sono vaccinate contro la rosolia?

In Piemonte il 34% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.

La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:

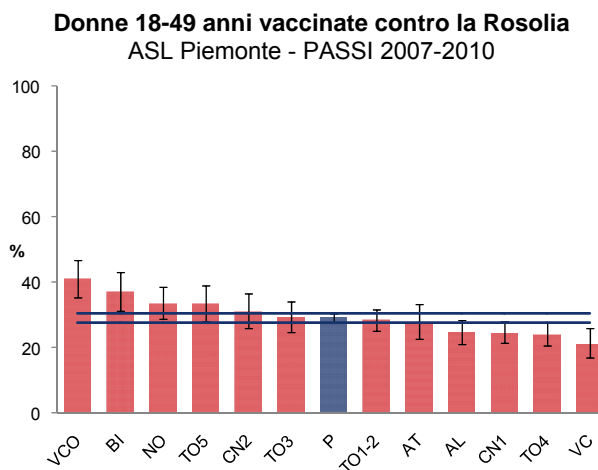
- più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (56%);
- senza difficoltà economiche.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per età e situazione economica.

**Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.219)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	33,9	31,0-36,9
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	55,7	46,9-64,4
25 - 34	34,1	28,5-39,7
35 - 49	27,7	24,1-31,3
<b>Istruzione</b>		
alta	32,8	27,6-38,0
bassa	34,4	30,8-38,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	26,5	18,0-34,9
alcune	32,2	27,5-37,0
nessuna	36,7	32,5-40,9

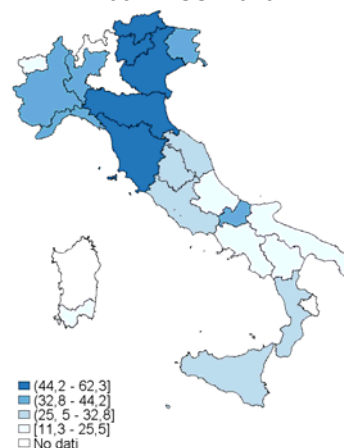
Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia: il range va dal 21% dell'ASL VC al 41% dell'ASL VCO.



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 36%.

**Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia**  
Pool PASSI 2010



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

In Piemonte il 60% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia poichè:

- ha effettuato la vaccinazione (34%);
- ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (26%).

Il 2% risulta suscettibile in quanto:

- non ha effettuato la vaccinazione;
- ha riferito un rubeotest negativo.

Nel rimanente 38% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

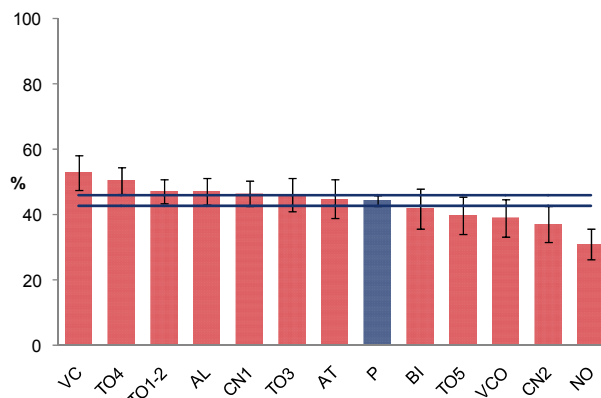
**Vaccinazione antirosolia e immunità**  
(donne 18-49 anni) - % (IC95%)  
Piemonte - PASSI 2010 (n=1.212)

Caratteristiche	%	IC95%
<b>Immuni</b>	<b>60,2</b>	52,1-63,3
Vaccinate	33,9	31,0-36,9
Non vaccinate ma con rubeotest positivo	26,3	23,7-28,8
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>39,8</b>	57,1-63,3
Non vaccinate e rubeotest negativo	2,0	1,1-3,0
Non vaccinate e rubeotest effettuato ma con risultato sconosciuto	1,0	0,5-1,5
Non vaccinate e rubeotest non effettuato o non sa se effettuato	36,8	33,8-39,8

### Donne 18-49 anni suscettibili o con stato immunitario sconosciuto alla Rosolia

ASL Piemonte - PASSI 2007-2010

Nel confronto 2007-2010 tra le ASL piemontesi sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia: il range va dal 31% dell'ASL NO al 53% dell'ASL VC.

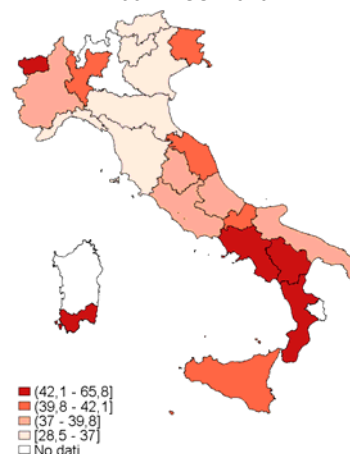


Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

### Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia

Pool PASSI 2010

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione o non a conoscenza del proprio stato immunitario è pari al 40%.



## Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che il 3% delle donne in età fertile non sia immune alla rosolia perché non vaccinata e con rubeo test negativo e che più di una donna tra 18 e 49 anni su tre non sia a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia; questo dato è rimasto pressoché immutato negli anni della sorveglianza e sottolinea la necessità di migliorare la strategia di comunicazione rivolta alla popolazione a rischio di sviluppare questa malattia, di per sé non importante ma che assume una evidente pericolosità se contratta durante la gravidanza per la sua teratogenicità.

## **Bibliografia**

- E Pandolfi E, Chiaradia G, Moncada M, Rava L, Tozzi A E Prevention of congenital rubella and congenital varicella in europe. Eurosurveillance, Volume 14, Issue 9, 05 March 2009.
- Malaspina S., Ferrara L., Barale A. Rapporto sul Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc). Attività del triennio 2004-2006 in Regione Piemonte (maggio 2009)  
[http://www.asl1.it/allegati/Seremi/Attivita/Vaccinazioni/Pubblicazioni/02\\_Rapporto\\_Piano\\_eliminazione\\_morbillo\\_rosolia\\_congenita.pdf](http://www.asl1.it/allegati/Seremi/Attivita/Vaccinazioni/Pubblicazioni/02_Rapporto_Piano_eliminazione_morbillo_rosolia_congenita.pdf)
- Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1519\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf)



# Benessere

Percezione dello stato di salute  
Sintomi di depressione

BENESSERE

# Percezione dello stato di salute

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

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (**Healthy Days**), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande che indagano su come l'individuo si sente, per quanti giorni nell'ultimo mese non si è sentito bene per motivi fisici, per motivi mentali e/o psicologici e per quanti giorni ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

## Come si sentono le persone?

In Piemonte il 70% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 27% si sente discretamente e solo il 3% si sente male o molto male.

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

- i giovani nella fascia 18-34 anni;
- gli uomini;
- le persone con alta istruzione;
- le persone senza o con qualche difficoltà economica;
- le persone senza patologie severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per tutte le variabili considerate.

Nelle ASL del Piemonte, la percentuale 2007-2010 di intervistati con percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 63% dell'ASL BI al 74% dell'ASL CN1; l'ASL BI registra un valore significativamente inferiore a quello regionale (68%), le ASL CN1 e VCO significativamente superiore.

Stato di salute percepito positivamente°  
Piemonte PASSI 2010 (n= 3.934)

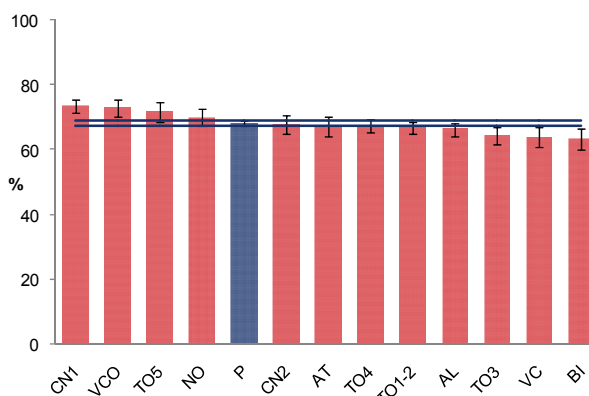
Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	69,8	68,3-71,2
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	89,7	87,6-91,9
35 - 49	73,2	70,7-75,7
50 - 69	52,4	49,7-55,1
<b>Sesso</b>		
uomini	73,1	71,1-75,1
donne	66,5	64,4-68,6
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	43,2	38,0-48,5
media	63,3	60,4-66,1
superiore	77,0	75,0-79,2
laurea	83,0	79,2-86,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	51,7	46,1-57,3
qualche	65,1	62,3-67,8
nessuna	76,1	74,3-78,0
<b>Patologie severe°°</b>		
almeno una	39,2	35,4-43,0
assente	76,9	75,4-78,5

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

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

BENESSERE

Persone che si dichiarano in salute  
buona o molto buona (%)  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.



**Persone che si dichiarano in salute  
buona o molto buona (%)**  
Pool PASSI 2007-2010



■ Percentuale superiore al Pool  
■ Percentuale non significativamente diversa dal Pool  
□ Percentuale inferiore al Pool

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 68% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

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

La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è quasi 3 giorni e le attività abituali risultano limitate per più di 1 giorno al mese.

Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore per le persone con molte difficoltà economiche e con almeno una patologia cronica.

Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici è inoltre maggiore nelle donne e nelle persone con basso livello d'istruzione.

Rispetto alle altre classi di età tra i 50 e i 69 anni il numero medio di giorni in cattiva salute è maggiore ed è associato anche ad una maggiore durata delle limitazioni nelle attività abituali.

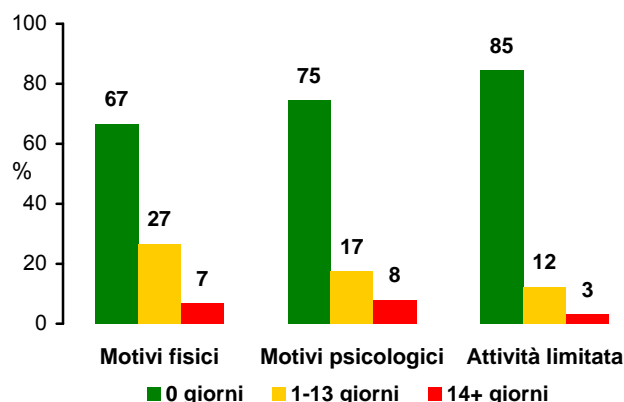
**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**  
Piemonte - PASSI 2010 (n=3.909)

Caratteristiche	N° gg/mese (IC95%) per				Attività limitata	
	Motivi fisici	Motivi psicologici				
<b>Totale</b>	<b>2,6</b>	2,4-2,8	<b>2,7</b>	2,5-2,9	<b>1,3</b>	1,1-1,4
<b>Classi di età</b>						
18 - 34	<b>1,8</b>	1,4-2,1	<b>1,9</b>	1,6-2,2	<b>0,9</b>	0,7-1,1
35 - 49	<b>2,5</b>	2,1-2,8	<b>2,8</b>	2,4-3,1	<b>1,2</b>	0,9-1,4
50 - 69	<b>3,4</b>	2,9-3,7	<b>3,3</b>	2,9-3,7	<b>1,6</b>	1,3-1,9
<b>Sesso</b>						
uomini	<b>2,0</b>	1,7-2,3	<b>2,0</b>	1,7-2,2	<b>1,1</b>	0,9-1,3
donne	<b>3,2</b>	2,9-3,6	<b>3,4</b>	3,1-3,8	<b>1,4</b>	1,2-1,6
<b>Istruzione</b>						
nessuna/elementare	<b>4,7</b>	3,7-5,6	<b>4,7</b>	3,7-5,7	<b>2,3</b>	1,6-3,1
media inferiore	<b>3,0</b>	2,6-3,4	<b>2,6</b>	2,3-3,0	<b>1,4</b>	1,1-1,7
media superiore	<b>2,1</b>	1,8-2,4	<b>2,5</b>	2,2-2,8	<b>1,0</b>	0,8-1,2
laurea	<b>1,8</b>	1,4-2,2	<b>2,1</b>	1,6-2,6	<b>0,9</b>	0,6-1,3
<b>Difficoltà economiche</b>						
molte	<b>4,6</b>	3,7-5,5	<b>6,6</b>	5,5-7,8	<b>2,7</b>	2,0-3,4
qualche	<b>2,8</b>	2,5-3,2	<b>2,7</b>	2,4-3,1	<b>1,4</b>	1,1-1,6
nessuna	<b>2,1</b>	1,8-2,4	<b>2,0</b>	1,7-2,2	<b>0,9</b>	0,7-1,1
<b>Patologie severe</b>						
almeno una	<b>4,9</b>	4,3-5,5	<b>4,9</b>	4,2-5,5	<b>2,8</b>	2,3-3,3
assente	<b>2,1</b>	1,8-2,3	<b>2,2</b>	2,0-2,4	<b>0,9</b>	0,8-1,0

In Piemonte la maggior parte delle persone intervistate si è sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (67% in buona salute fisica, 75% in buona salute psicologica e 85% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (7%), per motivi psicologici (8%) e con limitazioni alle attività abituali (3%).

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
Piemonte - PASSI 2010



### Per un confronto...

Percezione dello stato di salute	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	66,9	65,2-68,6	67,7	66,4-68,9	67,9	66,5-69,4	69,8	68,3-71,2	67,7	67,1-68,3
<b>Numero di giorni in cattiva salute con limitazione di attività</b>										
0 giorni	80,6	78,9-82,2	84,9	83,8-85,5	84,3	83,1-85,5	84,5	83,3-85,8	83,2	82,7-83,7
1-13 giorni	15,1	13,6-16,6	12,0	11,0-12,9	12,2	11,1-13,2	12,3	11,1-13,4	13,4	12,9-13,9
14+ giorni	4,3	3,5-5,2	3,2	2,7-3,7	3,5	2,9-4,1	3,2	2,6-3,8	3,4	3,1-3,6

### Conclusioni e raccomandazioni

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute fornisce un indicatore attendibile della domanda dei servizi sanitari.

Il monitoraggio nel tempo dello stato di salute percepito può fornire indicazioni per la programmazione regionale: in quanto il "sentirsi male" più che lo "star male" è l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Oltre i due terzi delle persone intervistate in Piemonte riferisce di sentirsi in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

### Bibliografia

Health for All – Italia. Sistema informativo territoriale su sanità e salute. Istituto Nazionale di Statistica, 2009.

# Sintomi di depressione

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

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

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

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

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

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

## Quante sono e quali caratteristiche hanno le persone con sintomi di depressione?

In Piemonte circa il 6% delle persone intervistate riferisce sintomi di depressione con prevalenze maggiori:

- nelle fasce d'età più avanzate;
- nelle donne;
- nelle persone con basso livello d'istruzione;
- nelle persone con difficoltà economiche;
- nelle persone senza un lavoro continuativo;
- nelle persone con almeno una patologia severa.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per tutte le variabili soprariportate.

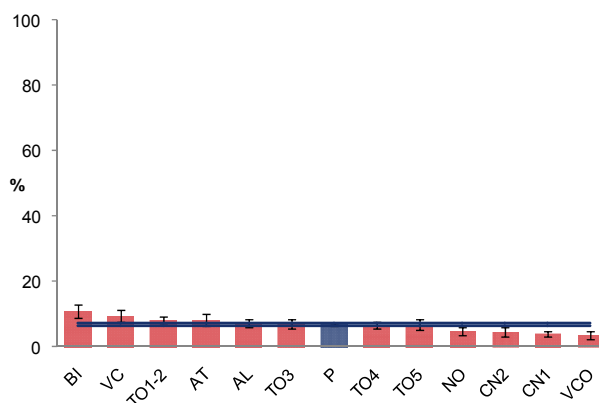
**Sintomi di depressione °**  
Piemonte - PASSI 2010 (n= 3.874)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	5,9	5,1-6,6
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	2,6	1,5-3,6
35 - 49	5,3	4,0-6,5
50 - 69	8,7	7,2-10,2
<b>Sesso</b>		
uomini	3,9	3,0-4,8
donne	7,8	6,5-9,0
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	15,0	11,2-18,8
media	6,2	4,7-7,7
superiore	3,6	2,7-4,4
laurea	5,6	3,3-8,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	18,9	14,5-23,2
qualche	5,4	4,2-6,7
nessuna	3,8	2,9-4,6
<b>Stato lavorativo</b>		
lavora	4,2	3,4-5,1
non lavora	8,3	6,8-9,7
<b>Patologie severe °°</b>		
almeno una	13,9	11,2-16,6
assente	4,0	3,2-4,7

°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

Rispetto alla situazione regionale, tra le ASL del Piemonte le persone con sintomi di depressione sono statisticamente meno nelle ASL VCO (3,4%) e CN1 (4%), mentre sono significativamente più numerose nelle ASL BI (10,7%), VC (9,4%) e nelle ASL di Torino (8,2%).

**Personne con sintomi di depressione (%)**  
ASL Piemonte - PASSI 2007-2010



Righe orizzontali: limiti di confidenza regionali.

**Personne con sintomi di depressione (%)**  
Pool PASSI 2007-2010



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, le persone con sintomi di depressione sono stimate al 6% nel 2010.

Per il periodo 2007-2010 si osservano valori significativamente differenti tra le Regioni.

## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di quest persone?

Si conferma la percezione più negativa della qualità della vita per le persone che riferiscono sintomi di depressione:

- il 26% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 73% delle persone che non hanno riferito i sintomi;
- la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

**Qualità di vita percepita e sintomi di depressione**  
Piemonte – PASSI 2010 (n=3.859)

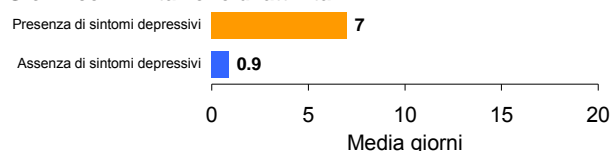
### Giorni in cattiva salute fisica



### Giorni in cattiva salute mentale



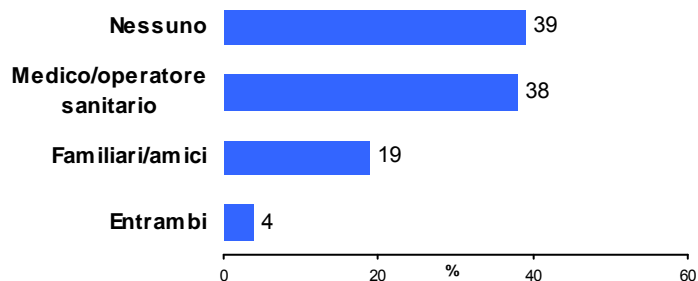
### Giorni con limitazione di attività



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

Il 61% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (39%), a familiari/amici (19%) o ad entrambi (4%).

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione  
Piemonte - PASSI 2010 (n=236)



### Per un confronto ...

Salute mentale	Piemonte								Pool PASSI	
	2007		2008		2009		2010		2010	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Sintomi depressione nelle ultime 2 settimane</b>	8,4	7,3-9,5	6,5	5,8-7,2	6,1	5,3-8,9	5,9	5,1-6,6	6,4	6,1-6,7
<i>donne</i>	11,6	9,8-13,4	9,2	8,0-10,4	7,9	6,7-9,2	7,8	6,5-9,0	4,1	3,8-4,5
<i>uomini</i>	5,2	3,9-6,5	3,8	3,0-4,5	4,3	3,3-5,3	3,9	3,0-4,8	8,6	8,1-9,1
<i>18-34</i>	6,0	4,2-7,9	4,1	3,1-5,2	3,8	2,5-5,0	2,6	1,5-3,6	5,2	4,7-5,8
<i>35-49</i>	7,7	5,9-9,6	6,1	4,9-7,3	6,4	5,0-7,7	5,9	4,0-6,5	5,4	5,0-5,9
<i>50-69</i>	10,9	8,9-12,8	8,6	7,3-9,9	7,6	6,2-9,0	8,7	7,2-10,2	8,3	7,7-8,9
<i>almeno 1 patologia</i>	16,7	13,2-20,2	14,9	12,3-17,5	11,2	8,6-13,8	13,9	11,2-16,6	13,1	12,1-14,2
<b>Non ha cercato aiuto da nessuno</b>	46,8	39,6-54,0	34,9	29,1-40,6	41,4	35,3-47,5	38,9	32,6-45,2	40,8	38,4-43,2
<b>Figure di riferimento per sintomi di depressione</b>										
<i>operatore sanitario</i>	34,1	27,3-41,0	38,7	32,9-44,5	31,7	25,6-37,8	38,9	32,5-45,4	33,8	31,6-36,2
<i>famiglia/amici</i>	14,4	8,5-20,4	16,3	11,2-21,3	19,7	14,6-24,9	18,6	13,7-23,6	18,8	16,9-20,8
<i>entrambi</i>	4,7	2,8-6,5	10,2	6,6-13,8	7,2	3,7-10,6	3,6	1,6-5,6	6,6	5,5-7,9

## Conclusioni e raccomandazioni

La sorveglianza PASSI utilizza per definire la stima delle persone con sintomi di depressione un test validato che non ha finalità diagnostiche ma stima la presenza del disturbo depressivo nella popolazione e valuta quale parte di essa non riceve ancora aiuto.

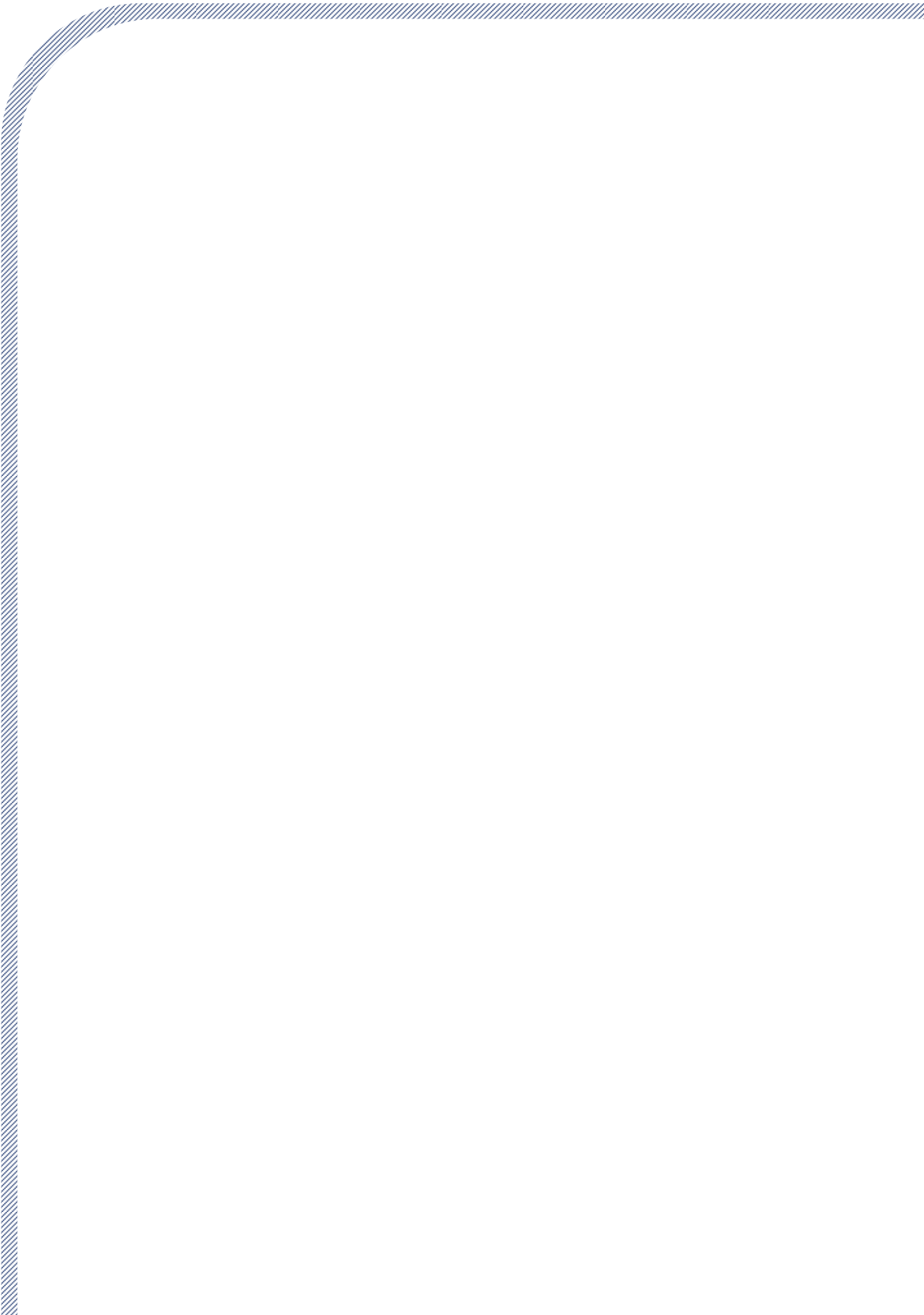
In Piemonte si stima che 6 persone su 100 abbiano sintomi di depressione con diffusioni superiori fra le donne, le persone con difficoltà economiche o senza lavoro e le persone con patologie severe. Più di un terzo di queste persone non si rivolge a nessuno per chiedere aiuto indicando che il trattamento della depressione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non è ancora soddisfacente.

Promuovere l'attenzione della comunità, degli operatori sanitari e dei responsabili delle ASL verso la depressione e fornire alle persone e ai familiari informazioni sulla malattia e sulle possibilità di trattamento appare di fondamentale importanza. A livello internazionale è raccomandato che i medici di famiglia e altri operatori sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o condizioni disagiate.

## **Bibliografia**

- The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures – Population tracking of perceived physical and mental health over time – David G Moriarty, Mathew M Zack, and Rosemarie Kobau.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW (2003) [The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener](#). Med Care 41:1284-1292.
- Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, Sagoni E, Ramieri L, Lega I, Camaioni D, Abeni D, Pasquini P (2003) [Il Patient Health Questionnaire \(Phq\) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti dell'intervista clinica strutturata per il Dsm-IV asse I \(Scid-I\)](#) [The Patient Health Questionnaire (PHQ) for the screening of psychiatric disorders: a validation study versus the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I (SCID-I)]. G Ital Psicopatol 9:235-242.







# Appendice

Materiali e metodi

Monitoraggio

Analisi dei dati

Risultati delle regressioni logistiche

# Materiali e metodi

## Tipo di studio

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

## Popolazione in studio

Persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL del Piemonte (nel 2010 circa tre milioni persone).

- Criteri di inclusione: residenza nei territori delle singole aziende sanitarie e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità a sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

## Strategie di campionamento

Il campionamento previsto si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età.

A **livello nazionale**, tutte le Regioni hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2010 sono state effettuate circa 36.000 interviste telefoniche (oltre 130.000 dall'avvio del sistema nel 2007). Il dato di riferimento nazionale è al "Pool PASSI" formato dal territorio coperto in maniera sufficiente dal sistema di sorveglianza per numerosità e rappresentatività dei campioni.

In alcune Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lombardia, Sardegna e Veneto) non si è ottenuta la copertura di tutte le ASL.

A **livello regionale**, nel 2010, sono state intervistate 3.939 persone di 18-69 anni con campionamenti effettuati su 12 ASL.

A **livello aziendale** il sistema di sorveglianza PASSI prevede l'effettuazione di almeno 275 interviste l'anno (25 per 11 mensilità). In Piemonte, le ASL AL e CN1 hanno comunque ipotizzato di raccoglierne 40 al mese per 11 mensilità ovvero 440 all'anno, le ASL TO1-2 e TO4 ne hanno ipotizzate 50 al mese, ovvero 550 all'anno (550/anno).

Rispetto all'atteso, nel 2010 l'ASL TO4 ne ha effettuate 268, l'ASL VC ne ha effettuate 4 in più rispetto all'atteso, mentre l'ASL NO ha effettuato un sovra campionamento raccogliendo 30 interviste mensile (330/anno), poi risultate pari a 328.

Il dato regionale annuale è risultato circa uguale all'atteso (3.939 vs 3.905).

Il campione complessivo del Piemonte è risultato così suddiviso:

Numero interviste	Attese	Effettuate
TO 1-2	550	535
TO 3	275	275
TO 4	550	268
TO 5	275	274
VC	275	279
BI	275	275
NO	275	328
VCO	275	275
CN 1	440	440
CN 2	275	275
AT	275	275
AL	440	440
<b>Piemonte</b>	<b>3.905</b>	<b>3.939</b>

### **Interviste**

Le interviste sono state condotte, a cadenza mensile, da personale delle ASL, prevalentemente dei dipartimenti di Prevenzione, specificamente istruito attraverso corsi di formazione.

I cittadini selezionati sono stati informati con una lettera informativa personale spedita dall'ASL; ai Medici di Medicina Generale vengono inviati, attraverso lettera e/o mail, i nominativi dei propri assistiti campionati per la sorveglianza.

Poiché le interviste sono telefoniche i dati raccolti sono riferiti e non vi sono misurazioni dirette. La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; in quanto solo il 32% delle interviste è stata effettuata utilizzando il metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). La durata dell'intervista è risultata in media di 19 minuti.

L'attività è costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)).

La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ed eventuale correzione delle anomalie riscontrate.

### **Etica e privacy**

Le operazioni della sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (D.L. n. 196/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*). Il sistema PASSI è stato inoltre valutato 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.

Gli intervistatori hanno ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale. Relativamente ai supporti informatici utilizzati sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, al fine di impedire l'accesso non autorizzato.

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

## Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza PASSI ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)). Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali. Si riportano di seguito le principali definizioni.

- **Popolazione indagata:** persone 18-69enni residenti in ASL e registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico.
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati 18-69enni, residenti nella ASL in grado di sostenere una intervista telefonica in italiano (o altra lingua ufficiale della Regione/Prov.Aut.).
- **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 anni oppure maggiore di 69.
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

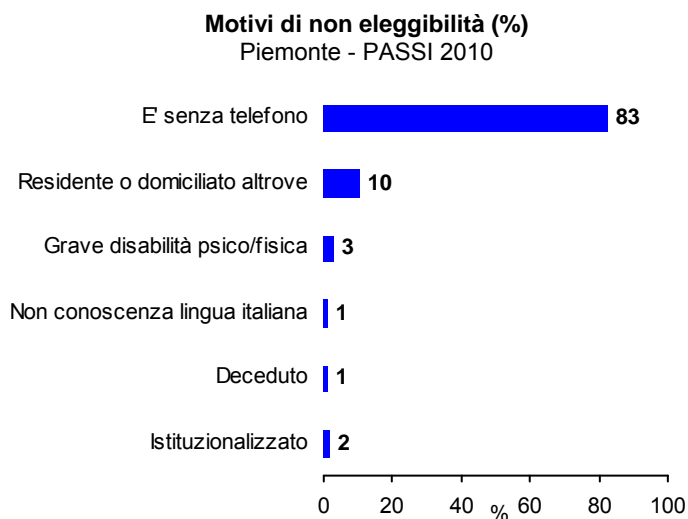
La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di monitoraggio confrontati con quelli del pool nazionale:

2010	Piemonte	Pool PASSI
Tasso di risposta	81,7	86,7
<i>rifiuto</i>	14,3	9,5
<i>non reperibilità</i>	4,0	3,5

## Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

Poco più di 971 soggetti campionati sono stati esclusi dal campione in quanto non eleggibili in base al protocollo del sistema di sorveglianza.

Il motivo più frequente per la non eleggibilità è l'essere "senza telefono rintracciabile", che comprende le persone senza telefono o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono.

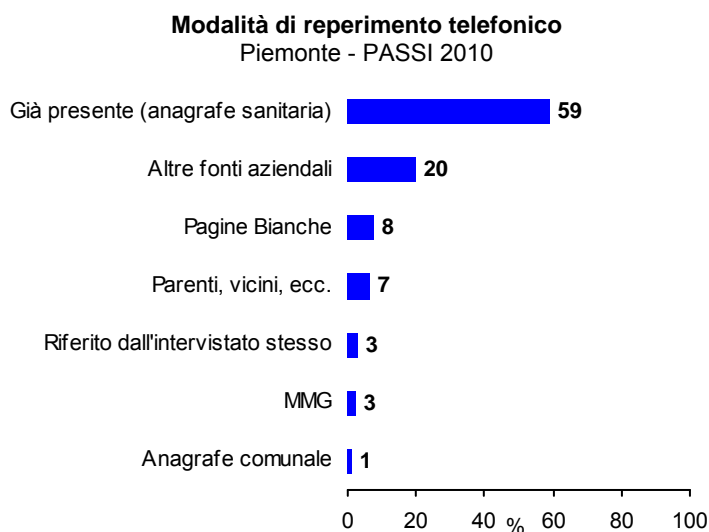


## Modalità di reperimento del numero telefonico

I numeri già presenti nell'anagrafe sanitaria al momento dell'estrazione del campione sono stati oltre uno su due (59%).

Un quinto dei numeri telefonici è stato rintracciato tramite altre fonti aziendali e il 8% tramite le Pagine Bianche.

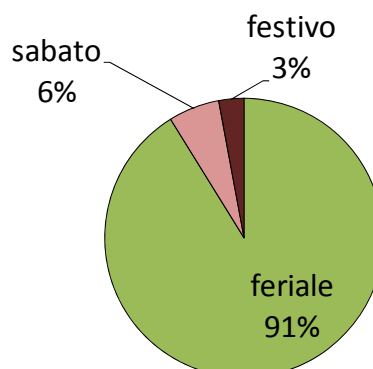
Il rimanente 13% dei numeri è reperito tramite altre modalità.



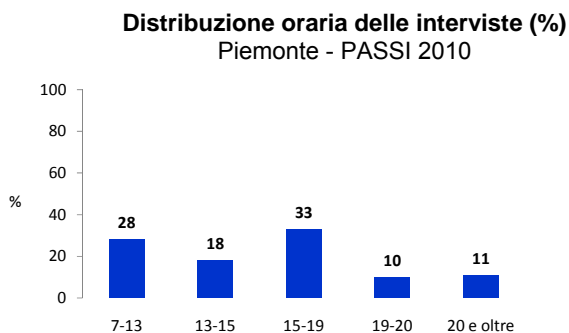
## Distribuzione oraria e settimanale delle interviste

La maggior parte delle interviste (91%) viene effettuata in giorni feriali, il 6% durante il sabato e il 3% in giorni festivi.

**Distribuzione settimanale delle interviste (%)**  
Piemonte - PASSI 2010



Secondo i dati di monitoraggio ufficiale, quasi la metà delle interviste (46%) viene effettuata entro le ore 15 e due interviste su dieci vengono effettuate in orari serali (dopo le 19).



Altri indicatori informazioni riguardanti le attività di svolgimento del sistema di sorveglianza PASSI nella Regione Piemonte sono disponibili sul sito:  
[www.regione.piemonte.it/sanita/cms/pubblicazioni.html](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/pubblicazioni.html).

## Analisi dei dati

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

Per agevolare la comprensione del presente rapporto, i risultati sono stati espressi sotto forma di percentuali riportando, solo per le variabili principali, stime puntuali, con un solo decimale e con intervalli di confidenza al 95%. Negli altri casi i valori vengono presentati come numeri interi tramite approssimazione dei decimali.

Per garantire idonea rappresentatività, in ciascuna Regione sono stati aggregati i dati delle singole ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto - quali ad esempio età e sesso, sono state effettuate analisi mediante *stratificazione* in fase di campionamento, e regressione logistica in fase di analisi; i risultati delle regressioni logistiche condotte sono riportati nell'Allegato statistico; nel testo, per brevità, ne compare solo la sintesi.

Nel presente rapporto, per gli indicatori di principale interesse, vengono mostrati grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 12 ASL del Piemonte (TO1 e TO2 sono considerate una unica ASL), introducendo anche i rispettivi *intervalli di confidenza al 95%* (IC 95%) per la variabile considerata. Le linee blu parallele alle ascisse presenti nei grafici raffigurano gli estremi dell'IC 95% regionale e sono state introdotte per facilitare i confronti.

Le *mappe tematiche* mostrano la distribuzione dei valori dei principali indicatori per le Regioni (o parti di esse) partecipanti al Pool PASSI. Le mappe evidenziano in modo immediatamente percepibile, tramite scale di colori, la situazione nelle diverse Regioni. Per definire le soglie, la differenza tra valore minimo e massimo è stata generalmente suddivisa in quartili, tranne nei casi, come gli screening, in cui esistono livelli soglia desumibili da raccomandazioni nazionali o internazionali.

Alcune stime riguardano solo porzioni limitate della popolazione, e ciò comporta la riduzione della numerosità dei casi su cui viene eseguita l'analisi. Di conseguenza, per alcune Regioni, non è stato possibile produrre stime pienamente attendibili, con i soli dati disponibili relativi al 2010: in tali casi i relativi valori non sono stati riportati nella mappa.

Nel presente rapporto 2010 vengono riportati alcuni confronti regionali e nazionali con i rispettivi dati raccolti negli anni precedenti (2007, 2008 e 2009); questi confronti sono raccolti in tabelle inserite in ciascuna sezione tematica.

### L'utilizzo della pesatura

Nella sorveglianza PASSI si utilizza un campionamento stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) effettuato a livello aziendale con estrazione casuale dalle anagrafi sanitarie. L'analisi dei dati a livello regionale necessita pertanto di una pesatura per migliorare l'affidabilità delle stime, in particolare per le variabili con forte eterogeneità interaziendale.

I pesi sono strato-dipendenti; in particolare ogni singola ASL avrà sei valori di peso, uno per ciascun strato. La variabile "Peso" rappresenta quanto il singolo strato di ASL pesa sul campione aggregato di Regione; a ogni intervista viene associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Nell'analisi condotta, sono stati calcolati due diversi pesi:

- il "Peso1" riporta i dati all'universo di riferimento ed è stato utilizzato nella regressione logistica multivariata. Il "Peso1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione  ${}_i P_k$  (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2009) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte  ${}_i \hat{P}_k$  in quel dato periodo dello strato k-esimo dell'ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{P}_k} \quad {}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{pop strato}_k \text{ Re g}} \quad {}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero int strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ Re g}}$$

- il “Peso2” mantiene la numerosità campionaria ed è stato utilizzato nell’analisi univariata. Il “Peso2” è l’inverso della frazione campionaria ed è dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente:

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ ASL}_i}$$

Nelle sezioni con target di età particolari (screening, vaccinazioni, carta del rischio cardiovascolare) sono stati appositamente calcolati entrambi i pesi per le rispettive classi d’età.

### **L’analisi di regressione logistica in breve**

L’analisi di regressione logistica si prefigge di studiare la relazione asimmetrica tra una variabile dipendente dicotomica, l’outcome/indicatore, con una o più variabili indipendenti, contemporaneamente.

Gli obiettivi principali dell’analisi di regressione logistica sono:

- a. valutare la forza e la significatività della relazione tra la variabile dipendente e la variabile indipendente, controllando gli effetti connessi con altre variabili inserite nel modello e fissate come costanti;
- b. calcolare la predizione del rischio basato sugli effetti di fattori multipli.

La quantificazione della forza e la predizione del rischio vengono espresse mediante l’Odds Ratio (OR), cioè dal rapporto tra la probabilità del verificarsi dell’evento in una categoria, detta di riferimento, con la probabilità del verificarsi dell’evento nell’altra categoria. Nel caso in cui la variabile indipendente sia formata da tre o più categorie (tre classi di età, tre livelli di istruzione), la regressione logistica confronta la categoria di riferimento con tutte le altre.

In particolare, se:

1. OR=1 la probabilità dell’evento, cioè che l’outcome/indicatore sia positivo, è uguale tra i soggetti appartenenti o no alla categoria di riferimento, al netto dell’influenza delle altre variabili indipendenti;
2. OR>1 la probabilità dell’evento, cioè che l’outcome/indicatore sia positivo, è minore negli appartenenti alla categoria di riferimento, al netto dell’influenza delle altre variabili indipendenti;
3. OR<1 la probabilità dell’evento, cioè che l’outcome/indicatore sia positivo, è maggiore negli appartenenti alla categoria di riferimento, al netto dell’influenza delle altre variabili indipendenti.

La significatività statistica della relazione viene espressa mediante il calcolo degli intervalli di confidenza dell’OR al 95% (IC95%), significativi se non contengono 1, e mediante i p-value associati al test Z, significativi se inferiori a 0,05.

Nel sistema di sorveglianza PASSI le variabili indipendenti sempre inserite nei modelli di regressione logistica sono di tipo socio demografico (età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche) e, in alcuni casi, relativamente all’outcome/indicatore da studiare, ne sono state inserite altre (stato civile, presenza di patologie, ecc.).

La regressione logistica bivariata viene impiegata per verificare se esiste una differenza significativa tra le categorie di una caratteristica sociodemografica; la regressione logistica multipla viene invece impiegata per confermare che l’eventuale differenza rimane tale al netto delle altre variabili inserite nel modello e conseguentemente l’outcome/indicatore risulta associato o no alla variabile indipendente.

Di seguito vengono riportati i risultati delle regressioni logistiche multiple condotte nelle diverse sezioni del report. Per ogni variabile indipendente sono indicati tra parentesi la categoria in esame rispetto alla categoria di riferimento, i valori dell’OR, i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (IC95%) e i valori dei p-value associati al test Z corrispondente.



# Risultati delle regressioni logistiche

## Guadagnare salute

### Attività fisica

Sedentari	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	1,25	1,02 - 1,53	0,03
Classe di età (50-69/18-34)	1,37	1,10 - 1,69	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	1,11	0,96 - 1,29	0,16
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,59	0,46 - 0,76	0,00
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,50	0,39 - 0,66	0,00
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,40	0,29 - 0,57	0,00
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,85	0,66 - 1,10	0,23
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,71	0,55 - 0,92	0,01

### Sovrappeso e obesità

Eccesso ponderale	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	2,09	1,71 - 2,56	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	2,94	2,38 - 3,62	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,43	0,37 - 0,49	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,64	0,49 - 0,82	0,00
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,45	0,35 - 0,58	0,00
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,30	0,21 - 0,43	0,00
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,03	0,80 - 1,33	0,82
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,81	0,63 - 1,04	0,10

### Consumo di frutta e verdura

Adesione al "5 a day"	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	1,71	1,24 - 2,37	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	2,97	2,14 - 4,12	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	1,74	1,39 - 2,18	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,83	0,58 - 1,20	0,32
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,12	0,77 - 1,62	0,56
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,31	0,82 - 2,08	0,26
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,69	0,48 - 1,00	0,05
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,80	0,56 - 1,14	0,21
Indice massa corporea (Sovrappeso/Sottopeso-Normopeso)	0,79	0,61 - 1,02	0,07
Indice massa corporea (Obeso/Sottopeso-Normopeso)	0,69	0,45 - 1,05	0,09

## Consumo di alcol

Consumo di alcol a rischio*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (25-34/18-24)	0,43	0,32 - 0,58	0,00
Classe di età (35-49/18-24)	0,25	0,19 - 0,32	0,00
Classe di età (50-69/18-24)	0,22	0,17 - 0,29	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,64	0,54 - 0,76	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,10	0,78 - 1,54	0,60
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,30	0,92 - 1,83	0,14
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,41	0,94 - 2,11	0,09
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,85	0,64 - 1,14	0,27
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,76	0,57 - 1,01	0,06

\* Forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge

Consumatore "binge"*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (25-34/18-24)	0,98	0,64 - 1,50	0,93
Classe di età (35-49/18-24)	0,60	0,40 - 0,89	0,01
Classe di età (50-69/18-24)	0,40	0,26 - 0,62	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,31	0,23 - 0,41	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,19	0,67 - 2,12	0,54
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,35	0,76 - 2,39	0,31
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,25	0,65 - 2,42	0,51
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,66	0,43 - 1,01	0,05
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,64	0,43 - 0,96	0,03

\* Nell'ultimo mese

## Abitudine al fumo

Fumatori	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (25-34/18-24)	1,20	0,88 - 1,63	0,24
Classe di età (35-49/18-24)	1,10	0,84 - 1,45	0,49
Classe di età (50-69/18-24)	0,56	0,42 - 0,75	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,46	0,39 - 0,53	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,12	0,84 - 1,49	0,46
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,72	0,54 - 0,97	0,03
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,46	0,32 - 0,68	0,00
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,51	0,40 - 0,66	0,00
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,46	0,36 - 0,58	0,00

## Rischio cardiovascolare

### Iperensione arteriosa

Misurazione della pressione arteriosa*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	2,13	1,70 - 2,65	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	3,84	2,93 - 5,02	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	1,20	0,99 - 1,45	0,06
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,11	0,81 - 1,54	0,52
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,35	0,98 - 1,85	0,07
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,92	0,61 - 1,39	0,71
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,07	0,71 - 1,62	0,75
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	1,25	0,77 - 2,05	0,37

\* Negli ultimi due anni

Ipertesi	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	4,14	2,60 - 6,61	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	15,99	10,14 - 25,22	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,94	0,78 - 1,14	0,56
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,78	0,59 - 1,03	0,08
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,78	0,58 - 1,04	0,09
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,78	0,51 - 1,18	0,24
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,87	0,62 - 1,21	0,41
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,89	0,64 - 1,23	0,47
Indice massa corporea (Sovrappeso-Obeso/Sottopeso-Normopeso)	2,57	2,11 - 3,12	0,00

### Ipercolesterolemia

Misurazione del colesterolo*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	4,79	3,88 - 5,90	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	10,06	7,71 - 13,12	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	1,23	1,03 - 1,47	0,03
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,95	0,63 - 1,42	0,79
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,18	0,78 - 1,78	0,44
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,74	1,07 - 2,82	0,03
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,50	1,11 - 2,03	0,01
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	1,63	1,22 - 2,19	0,00

\* Almeno una volta nella vita

Ipercolesterolemici	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	2,55	1,74 - 3,74	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	6,47	4,43 - 9,42	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	1,13	0,94 - 1,37	0,19
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,11	0,83 - 1,48	0,48
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,04	0,77 - 1,41	0,81
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,22	0,81 - 1,83	0,34
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,79	0,57 - 1,10	0,17
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,85	0,61 - 1,17	0,32
Indice massa corporea (Sovrappeso-Obeso/Sottopeso-Normopeso)	1,86	1,54 - 2,26	0,00

## Carta e punteggio individuale del rischio

Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (50-69/35-49)	2,21	1,51 - 3,23	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,87	0,61 - 1,23	0,42
Istruzione (Alta/Bassa)	1,25	0,86 - 1,80	0,24
Difficoltà economiche (No/Sì)	0,76	0,53 - 1,08	0,13
Fattori di rischio cardiovascolari (No/Sì)	0,48	0,30 - 0,78	0,00

## Diabete

Diabete	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/50-69)	0,19	0,12 - 0,31	0,00
Classe di età (18-34/50-69)	0,11	0,05 - 0,23	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,53	0,38 - 0,74	0,00
Istruzione (Alta/Bassa)	0,68	0,47 - 0,98	0,04
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,60	0,37 - 0,96	0,03
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,49	0,31 - 0,79	0,00
Obeso (Sì/No)	3,07	2,11 - 4,47	0,00

## Sicurezza

### Sicurezza stradale

Guida sotto l'effetto dell'alcol*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (25-34/18-24)	1,26	0,70 - 2,25	0,44
Classe di età (35-49/18-24)	1,16	0,68 - 1,97	0,58
Classe di età (50-69/18-24)	0,88	0,50 - 1,55	0,65
Sesso (Donna/Uomo)	0,24	0,16 - 0,37	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,90	0,45 - 1,79	0,76
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,57	0,80 - 3,09	0,19
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,50	0,70 - 3,24	0,30
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,85	0,49 - 1,48	0,57
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,72	0,42 - 1,23	0,23

\* Tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato nell'ultimo mese

### Sicurezza domestica

Bassa percezione di rischio di infortunio domestico	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	0,82	0,57 - 1,18	0,28
Classe di età (50-69/18-34)	0,91	0,60 - 1,37	0,64
Sesso (Donna/Uomo)	0,66	0,50 - 0,87	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,16	0,70 - 1,91	0,56
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,17	0,70 - 1,95	0,56
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	0,84	0,45 - 1,55	0,57
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	2,61	1,76 - 3,87	0,00
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	2,70	1,84 - 3,95	0,00
Popolazione a rischio (Presenza anziani, bambini/Assenza anziani, bambini)	1,54	1,13 - 2,10	0,01

## Programmi di prevenzione individuale

### Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero (donne 25-64 anni)

Effettuazione del Pap-test*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/25-34)	3,66	2,37 - 5,66	0,00
Classe di età (50-64/25-34)	2,14	1,37 - 3,34	0,00
Stato civile (Non coniugata/Coniugata)	0,76	0,46 - 1,28	0,31
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,39	0,82 - 2,34	0,20
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	3,68	2,07 - 6,54	0,00
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	5,50	2,50 - 12,10	0,00
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,97	1,22 - 3,17	0,00
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	1,82	1,13 - 2,95	0,01
Convivenza (Si/No)	1,84	1,11 - 3,04	0,01

\* Negli ultimi tre anni

### Diagnosi precoce del tumore della mammella (donne 50-69 anni)

Effettuazione della mammografia preventiva*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (60-69/50-59)	0,61	0,42 - 0,88	0,00
Stato civile (Non coniugata/Coniugata)	0,66	0,43 - 1,00	0,05
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,12	0,74 - 1,70	0,57
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,82	1,10 - 3,01	0,01
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	2,87	0,79 - 10,44	0,10
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,11	0,61 - 2,00	0,72
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	1,35	0,75 - 2,42	0,30

\* Negli ultimi due anni

### Diagnosi precoce del tumore del colon-retto (58-69 anni)

Effettuazione della ricerca del sangue occulto*	OR	IC 95%	p-value
Sesso (Donna/Uomo)	0,86	0,60 - 1,22	0,40
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,94	0,62 - 1,43	0,78
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,08	0,66 - 1,78	0,73
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,65	0,77 - 3,55	0,19
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,29	0,66 - 2,51	0,44
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	1,15	0,60 - 2,22	0,66

\* Negli ultimi due anni

Effettuazione della colonscopia*	OR	IC 95%	p-value
Sesso (Donna/Uomo)	0,71	0,49 - 1,03	0,07
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,35	0,86 - 2,13	0,19
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	2,10	1,24 - 3,55	0,00
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	2,81	1,28 - 6,16	0,00
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,72	0,39 - 1,33	0,30
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,46	0,25 - 0,85	0,01

\* Negli ultimi cinque anni

## Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)

Personale vaccinate nella campagna 2009-2010*	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	1,37	0,83 - 2,25	0,22
Classe di età (50-69/18-34)	3,35	2,06 - 5,45	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	1,04	0,75 - 1,45	0,82
Istruzione (Alta/Bassa)	1,94	1,33 - 2,83	0,00
Difficoltà economiche (No/Sì)	1,03	0,72 - 1,46	0,88
Patologia cronica (Almeno una/Nessuna)	4,68	3,25 - 6,73	0,00

\* Negli ultimi 12 mesi

## Vaccinazione antirosolia (18-49 anni)

Vaccinate	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (25-34/18-24)	0,41	0,27 - 0,60	0,00
Classe di età (35-49/18-24)	0,31	0,21 - 0,44	0,00
Istruzione (Alta/Bassa)	0,90	0,67 - 1,22	0,51
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,42	0,89 - 2,25	0,14
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	1,70	1,08 - 2,68	0,02

## Benessere

### Percezione dello stato di salute

Riferiscono di sentirsi "bene" o "molto bene"	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	0,36	0,28 - 0,46	0,00
Classe di età (50-69/18-34)	0,18	0,14 - 0,24	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	0,71	0,61 - 0,84	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	1,17	0,90 - 1,53	0,24
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	1,51	1,15 - 1,99	0,00
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,86	1,28 - 2,70	0,00
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	1,72	1,31 - 2,26	0,00
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	2,64	2,01 - 3,46	0,00
Patologia cronica (Almeno una/Nessuna)	3,45	2,85 - 4,18	0,00

### Sintomi di depressione

Riferiscono sintomi riconducibili a uno stato depressivo	OR	IC 95%	p-value
Classe di età (35-49/18-34)	2,01	1,21 - 3,34	0,01
Classe di età (50-69/18-34)	2,31	1,37 - 3,89	0,00
Sesso (Donna/Uomo)	2,08	1,52 - 2,84	0,00
Istruzione (Scuola media inferiore/Nessuno-Elementare)	0,57	0,37 - 0,86	0,01
Istruzione (Scuola media superiore/Nessuno-Elementare)	0,46	0,29 - 0,74	0,00
Istruzione (Laurea-Diploma universitario/Nessuno-Elementare)	1,02	0,56 - 1,87	0,95
Difficoltà economiche (Qualche/Molte)	0,27	0,18 - 0,39	0,00
Difficoltà economiche (Nessuna/Molte)	0,21	0,14 - 0,31	0,00
Lavoro regolare (No/Sì)	1,13	0,81 - 1,59	0,47
Patologia cronica (Almeno una/Nessuna)	0,38	0,28 - 0,53	0,00

## Operatori ASL che hanno contribuito alla realizzazione di PASSI in Piemonte nel 2010:

- ASL TO1 - TO2 *Coordinatore:* Malaspina Silvana. *Vice Coordinatore:* Modolo Giorgiana.  
*Intervistatori:* Alonzi Claudia, Cane Renata, Costa Rosa, Drigo Giulia, Guagliardo Angela, Mollace Giovanna, Pala Franca, Polistina Francesca, Rossetti Antonio.
- ASL TO3 *Coordinatore:* Alda Cosola; *Vice Coordinatori:* Laurenti Paolo; Paltrinieri Giovanna.  
*Intervistatori:* Mismetti Silvia, Favazza Nadia, Venero Elena Maria.
- ASL TO4 *Coordinatore:* Ottino Marina.  
*Intervistatori:* Alicastro Francesco, Anselmo Eva, Baracco Paola, Carlino Walter, Colombo Anna, Compagno Annalisa, Costanzo Rosanna, Fassino Annamaria, Francone Carla, Guerzoni Lorella, Gullo Giuseppe Alessandro, Incalza Vincenzo, Principiano Alessia, Reviglionio Gisella, Ruschi Marco, Scarcia Maria Grazia, Villa Paola, Zoia Irene.  
*Supporto amministrativo:* Guglielmi Caterina.
- ASL TO5 *Coordinatore:* Valenza Giuseppe.  
*Intervistatori:* Bando Anna, Baiardo Rossella, Boscolo Lodovica, Brotto Renata, Castagno Paolo, Dellavalle Giovanna, Destradis Anna, Di Cosmo Lucia, Gamba Margherita, Giuliano Anna, Ponte Laura, Randazzo Melina, Stroppiana Francesca.
- ASL VC *Coordinatore:* Bagnasco Gabriele; *Intervistatori:* Leone Paola, Longhi Michelina.
- ASL BI *Coordinatore:* Giacomini Adriano; *Intervistatori:* Andreone Simona, Busato Anna, Muraro Brunella, Vercellino Piercarlo, Vinci Laura.
- ASL NO *Coordinatore:* Moia Edoardo.  
*Intervistatori:* Boeddu Maria Rosa, Cianfrocca Laura, Frizzarin Laura, Greto Barbara, Lucchi Daniela, Palermo Cristina, Preti Claudia Angela.
- ASL VCO *Coordinatore:* Ferrari Paolo.  
*Intervistatori:* Corvi Vilma, Primatesta Ezio.
- ASL CN1 *Coordinatore:* Puglisi Maria Teresa. *Vice Coordinatore:* Fossati Anna Maria.  
*Intervistatori:* Balestra Antonella, Barale Mariangela, Becchio Maria Teresa, Botto Marilena, Cerrato Marina, Golemme Marisa, Eandi Lorena, Lamberti Marina, Rosso Carla, Strazzarino Enrica.  
*Supporto informatico:* Bruno Stefano.
- ASL CN2 *Coordinatore:* Giovanetti Franco.  
*Intervistatori:* Allario Milena, Curletti Laura, Dogliani Maria Grazia, Franco Carlevero Nadia, Giachino Giovanna, Leone Aldo, Marziani Natalina, Masenta Marina, Serventi Maria Gabriella.  
*Collaboratore per attività amministrative:* Zorzi Giuseppina.  
*Collaboratori per campionamento:* Fessia Daniele; Icardi Luigi Genesisio.
- ASL AT *Coordinatore:* Oddone Maurizio.  
*Intervistatori:* Abate Nadia, Iannuzzi Lucia, Iannuzzi Vittoria, Musso Annamaria, Mutton Mariuccia.
- ASL AL *Coordinatore Aziendale:* Prospero Rossana. *Vice Coordinatori:* Brezzi Maria Antonietta, D'Angelo Massimo, Fossati Fiorangela, Rondano Bruna.  
*Intervistatori:* Bagna Enrica, Casalone Francesca, De Angeli Marina, Fiori Carla, Lomolino Daniela, Novelli Daniela, Oleandro Rosa, Panizza Ornella, Rizzo Annalisa Simonelli Enrica, Solia Giacomina, Susani Franca.  
*Supporto informatico:* Gamalero Pietro, Marengo Tiziana.