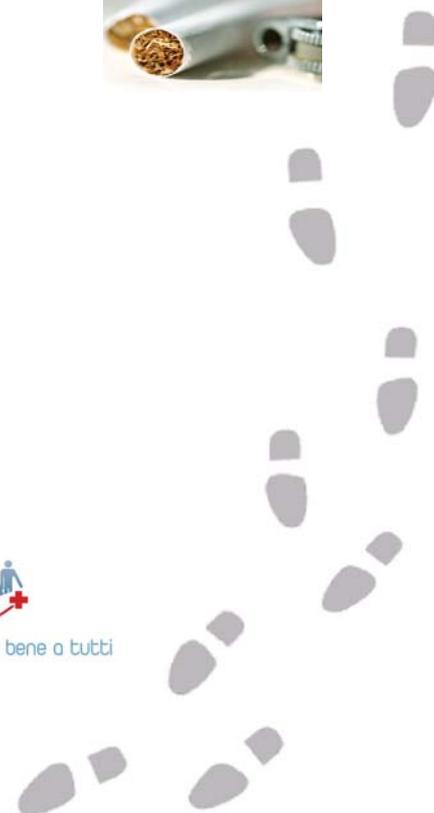
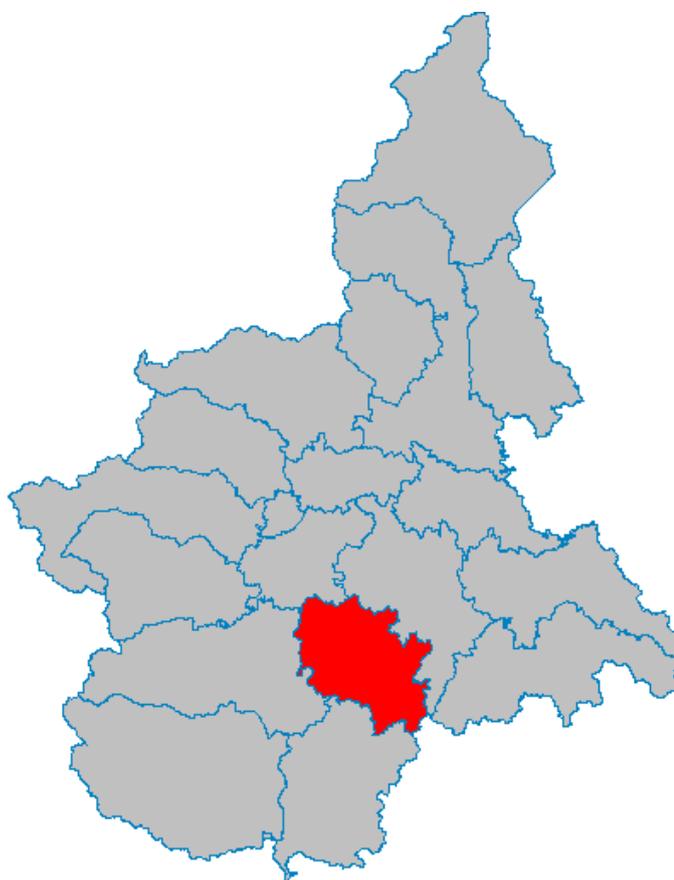


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale
Anni 2008 -2011

ASL CN2 Alba - Bra



A cura di:

Laura Marinaro – Coordinatore aziendale Passi
Giuseppina Zorogniotti
(Struttura Semplice a valenza Dipartimentale di Epidemiologia ASL CN2)

Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Donatella Tiberti, Daniela Lombardi, Pierangela Ferrero (SeREMI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL AL)
Maria Chiara Antoniotti, Andrea Nucera, Orietta Mariani (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara)
Paolo Ferrari (Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – ASL VCO)

Ugo Cavallera, Sergio Morgagni, Gianfranco Corgiat Loia, Giorgio Sapino (Assessorato alla Tutela della salute e Sanità Regione Piemonte).

- a livello aziendale:

Coordinatori aziendali Passi: Laura Marinaro (**giugno 2007 - maggio 2009**); Franco Giovanetti (**giugno 2009 – dicembre 2011**). **Intervistatori:** Milena Allario, Antonella Borda, Margherita Cugno, Maria Grazia Dogliani, Nadia Franco Carlevero, Giovanna Giachino, Aldo Leone, Maria Gabriella Serventi (S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica); Natalina Marziani (S.O.C. Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione); Laura Curletti; Marina Masenta (S.O.S. Medicina dello Sport). **Collaboratori per campionamento:** Daniele Fessia (S.O.C. Sistemi informativi ed informatici); Luigi Genesis Icardi (Direzione Dipartimento di Prevenzione). **Collaboratori per attività amministrative:** Annelisa Guasti e Giuseppina Zorogniotti (S.S.D. Epidemiologia).

Si ringraziano il Dott. Francesco Morabito - Direttore Generale, il Dott. Gianfranco Cassisa - Direttore Amministrativo, il Dott. Attilio Clerico - Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la Dott.ssa Patrizia Corradini – Direttore del Dipartimento strutturale Cure primarie e Servizi territoriali, il Dott. Luca Monchiero - Direttore del Distretto di Alba, il Dott. Elio Laudani - Direttore del Distretto di Bra, il Dott. Fabrizio Viglino – Direttore Struttura Complessa Sistemi informativi ed informatici, per aver contribuito alla realizzazione della sorveglianza Passi.

Un ringraziamento ai Medici di Medicina Generale, ai Sindaci e agli Uffici Anagrafe dei Comuni dell'azienda per la preziosa collaborazione fornita, ed in particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

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

- <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
- www.aslcn2

Indice

Premessa	pag.	3
Sintesi del rapporto aziendale	pag.	4
Obiettivi	pag.	6
Metodi	pag.	9
Descrizione del campione aziendale	pag.	11
Percezione dello stato di salute	pag.	17
Attività fisica	pag.	21
L'abitudine al fumo	pag.	26
Stato nutrizionale e abitudini alimentari	pag.	37
Consumo di alcol	pag.	45
Sicurezza stradale: uso dei dispositivi di protezione individuale	pag.	52
Alcol e guida	pag.	57
Sicurezza domestica	pag.	62
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	65
Vaccinazione antirosolia	pag.	68
Rischio cardiovascolare: Ipertensione arteriosa	pag.	71
Ipertensione arteriosa	pag.	76
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare	pag.	80
Sintomi di depressione	pag.	83
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	86
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	93
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	99

Premessa

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

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

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

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

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

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

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nell'ASL CN2, nel periodo 2008-11, è stato intervistato un campione casuale di 1.100 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie dell'ASL, il quale è risultato composto in maniera quasi sovrapponibile da donne (51%) e uomini (49%). L'età media è di 44,5 anni. Il 48% ha un livello di istruzione basso e il 70% degli intervistati di età 18-65 anni ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 67% delle persone intervistate considera positivamente il proprio stato di salute; tale percentuale diventa del 43% per i soggetti con almeno una patologia severa.

Attività fisica: È completamente sedentario il 22% del campione e solo il 34% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Un medico su tre si informa e consiglia al proprio paziente genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 30% si dichiara fumatore e il 23% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli (93%) e appena l'1% ha riferito di aver fruito di servizi dell'ASL. L'80% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 25% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (7%) o in "alcune zone" (18%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 29% del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 21% dei casi con dieta e nel 75% con la pratica di attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 10% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni, negli uomini e nelle persone con difficoltà economiche.

Consumo di alcol: Si stima che il 63% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche, mentre il consumo fuori pasto è del 6% e il consumo abituale elevato del 7%. Per quanto riguarda i bevitori, gli operatori sanitari si informano circa in 2 casi su 10 sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol, e consigliano raramente di moderarne il consumo (15% tra i bevitori "con consumo abituale elevato"; 2% tra i "bevitori binge"; 2% tra i "bevitori prevalentemente fuori pasto").

Sicurezza stradale: L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente soprattutto per quanto riguarda l'uso abituale della cintura di sicurezza sui sedili posteriori (32%). Il 90% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore. Il 10% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche, mentre l'8% di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nell'ASL CN2, non è elevata: il 96% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. In particolare hanno una più bassa percezione del rischio: gli uomini; le persone senza difficoltà economiche; le persone con cittadinanza straniera. La percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 4%.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, solo il 22% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata durante le campagne 2007/2008, 2008/2009, 2009/2010, 2010/2011.

Vaccinazione antirosolia: Il 66% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia, mentre il 34% non è consapevole del proprio stato immunitario. L'1% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinata e con un rubeotest negativo.

Rischio cardiovascolare: Risulta iperteso il 19% della popolazione aziendale tra i 18 e 69 anni; il 72% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 6% non è mai stata misurata la pressione arteriosa o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione. Il 24% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 25% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Circa una persona su quattro (22%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 3% degli intervistati nella fascia 35-69 anni riferisce di aver avuto la valutazione del rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: Nella ASL CN2, circa il 5% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi: nelle donne; nelle persone con difficoltà economiche; nelle persone senza un lavoro continuativo; nelle persone con almeno una patologia cronica; nelle persone che vivono sole.

Screening neoplasia del collo dell'utero: L'84% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato il pap test negli ultimi tre anni come raccomandato: il 52% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 32% l'ha eseguito come prevenzione individuale. In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne della fascia 35-49 anni, coniugate o conviventi, con alto livello d'istruzione, senza rilevanti difficoltà economiche, con cittadinanza italiana. Nonostante i buoni risultati raggiunti dal programma di screening "Prevenzione serena", nella ASL CN2 Alba-Bra il 16% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (6%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (10%).

Screening neoplasia della mammella: Nella ASL CN2 Alba-Bra circa il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne della fascia 60-69 anni, coniugate o conviventi, senza rilevanti difficoltà economiche, con cittadinanza italiana. L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 46 anni. Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 69% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

Screening tumore del colon retto: Nonostante le evidenze di efficacia dello screening per tumore del colon retto, nell'ASL CN2 sono poche le persone (21%) tra i 50 e 69 anni che si sottopongono ad esso a scopo preventivo. Il 13% riferisce di avere effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni come raccomandato e il 12% riferisce di essersi sottoposto a colonscopia negli ultimi 5 anni in accordo con le linee guida.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione ASL CN2 di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

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

6. Consumo di alcol

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

7. Sicurezza stradale

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

8. Infortuni domestici

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

9. Vaccinazione antinfluenzale

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

10. Vaccinazione antirosolia

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

11. Fattori di rischio cardiovascolare

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

12. Diagnosi precoci delle neoplasie

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

campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;

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

13. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra, aggiornate al 01.01.2008 (complessivamente 112.813 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell'azienda e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

A livello aziendale, da gennaio 2008 a dicembre 2011 sono state effettuate 1.100 interviste.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL. Sono stati informati anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione da gennaio 2008 a dicembre 2011, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica ha una durata in media di 20 minuti.

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

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

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

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato aziendale con quello regionale e di tutte le ASL piemontesi introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile

considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2008-11 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

La raccolta dei dati avviene direttamente su PC e solo in alcuni casi tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico.

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

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

Descrizione del campione aziendale

La popolazione dell'ASL CN2 Alba-Bra in studio al 1.1.2008 è costituita da 112.813 residenti di 18-69 anni (Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>).

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, nell'ASL CN2 Alba-Bra sono state intervistate 1100 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Le ASL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011
Numerosità	275	275	275	275
Tasso di risposta	84,1	85,1	82,3	90,5
Tasso di rifiuto	13,1	13,3	15	6,6

L'età e il sesso

- Nella ASL CN2 Alba-Bra, il campione intervistato (1.100 persone) è composto in maniera quasi sovrapponibile da donne (51%) e uomini (49%); l'età media complessiva è di 44,5 anni.

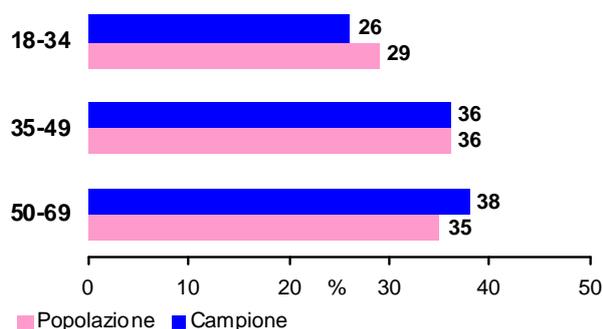
- Il campione è costituito per:

- il 26% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 36% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 38% da persone nella fascia 50-69 anni.

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

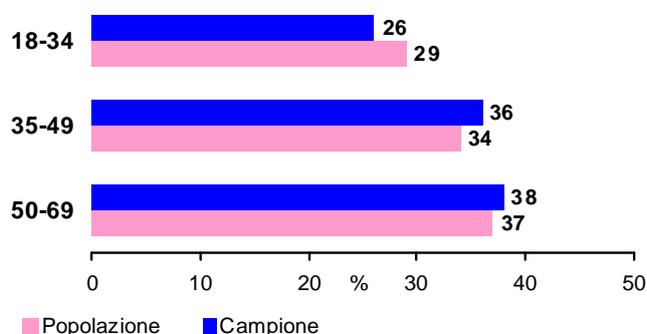
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=537)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE

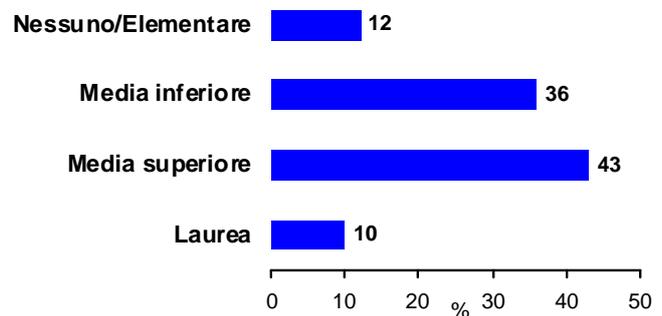
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=563)



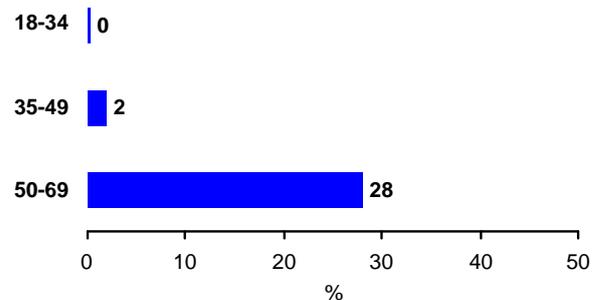
Il titolo di studio

- Nella ASL CN2 Alba-Bra il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 36% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 10% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.
- L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

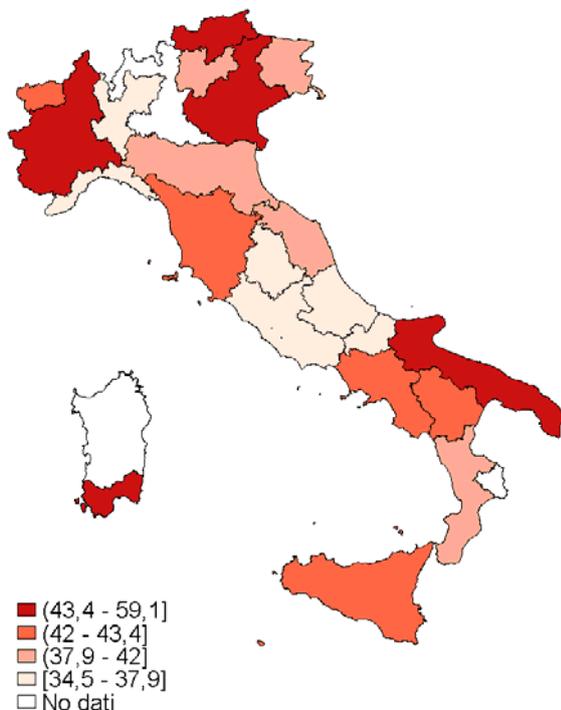
Campione per titolo di studio
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1100)



Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASL CN2 Alba-Bra PASSI 2008-11 (n=128)



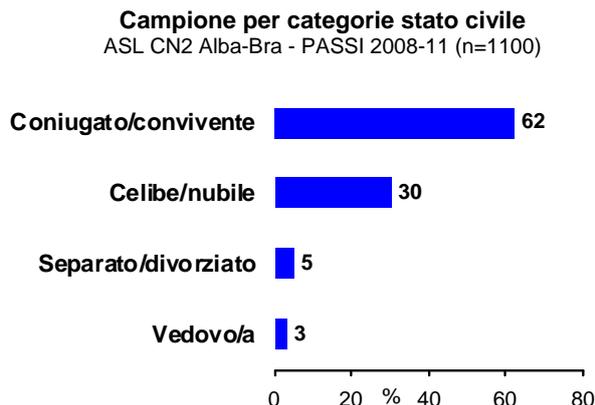
Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2008-11



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

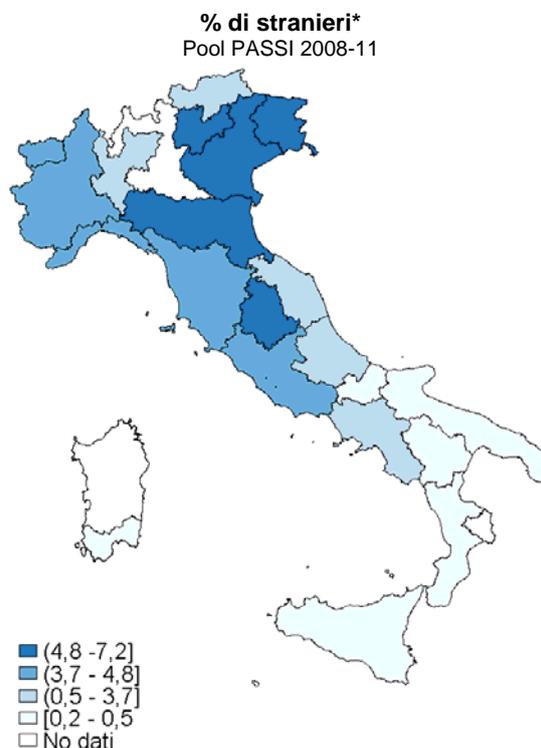
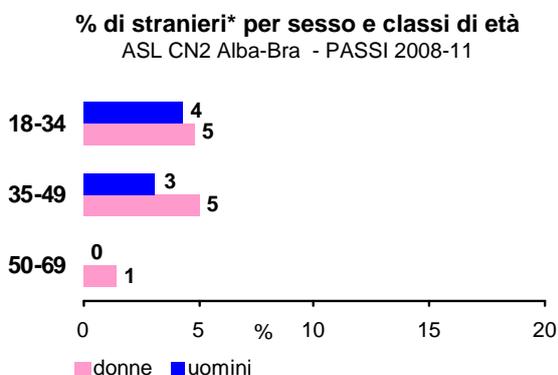
Lo stato civile

- Nella ASL CN2 Alba-Bra i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi il 3%.



Cittadinanza

- Nella ASL CN2 Alba-Bra il campione è costituito dal 97% di cittadini italiani, 3% di stranieri e nessuno ha la doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nelle fasce 18-34 e 35-49 anni il 5% delle donne 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.
- Nella regione Piemonte nel periodo 2008-11, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 4% degli intervistati, mentre nel pool di ASL nello stesso periodo gli stranieri sono il 3%, con una distribuzione eterogenea sul territorio.



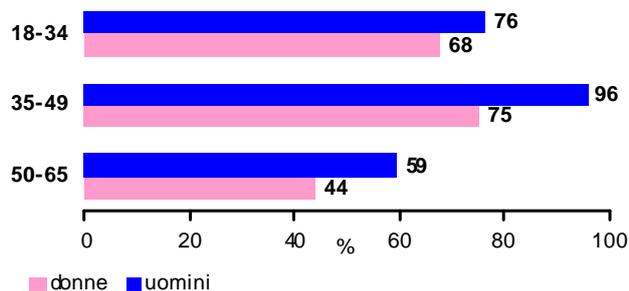
* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

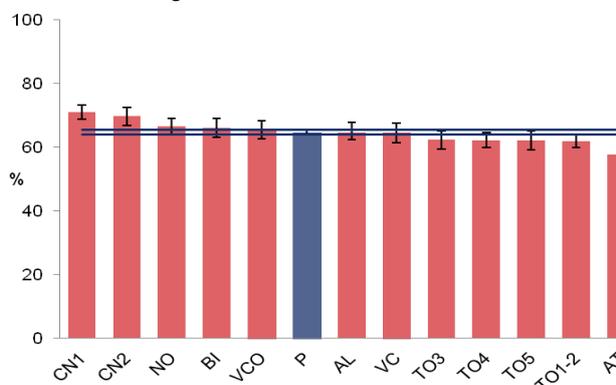
Il lavoro

- Nell'ASL CN2 il 70% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (62% contro 78%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.
- Nel periodo 2008-11 nella regione Piemonte la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 65% (range 58% ASL AT – 71% ASL CN1).
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI la percentuale di lavoratori regolari è del 61% con un rilevante gradiente Nord-Sud.

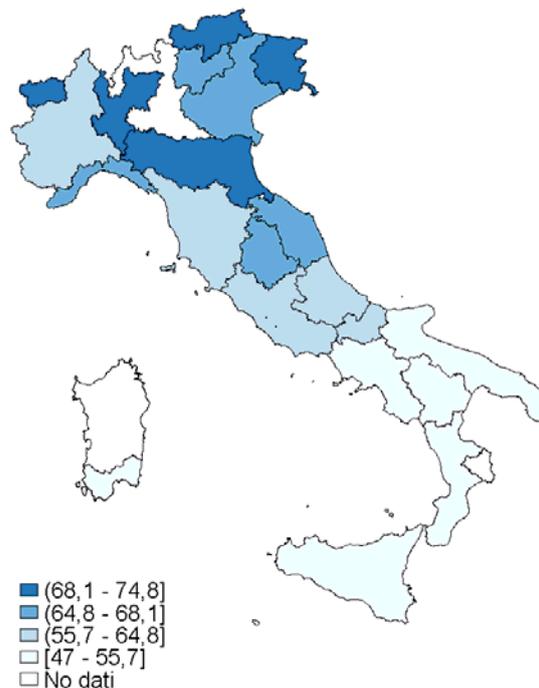
% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11



% di lavoratori regolari (lavoro continuativo)
Regione Piemonte – Passi 2008-11



% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2008-11

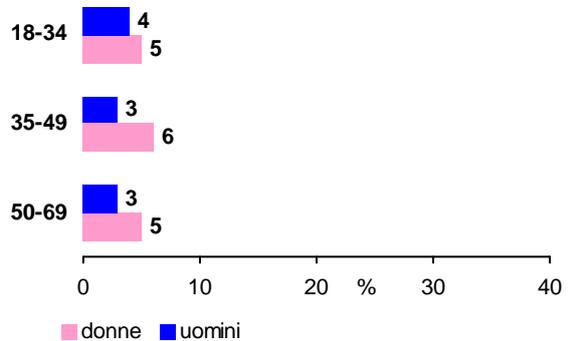


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

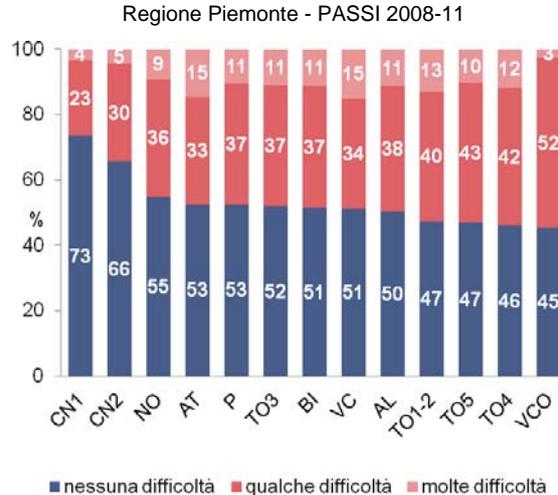
Difficoltà economiche

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra:
 - il 66% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica;
 - il 30% qualche difficoltà;
 - il 4% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (6% contro 4%). Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.
- Nel periodo 2008-11 nella regione Piemonte, il 53% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 37% qualche difficoltà, l'11% molte difficoltà.
- Nel pool di ASL PASSI, queste percentuali sono rispettivamente del 46%, 41% e 13%. Inoltre la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente territoriale.

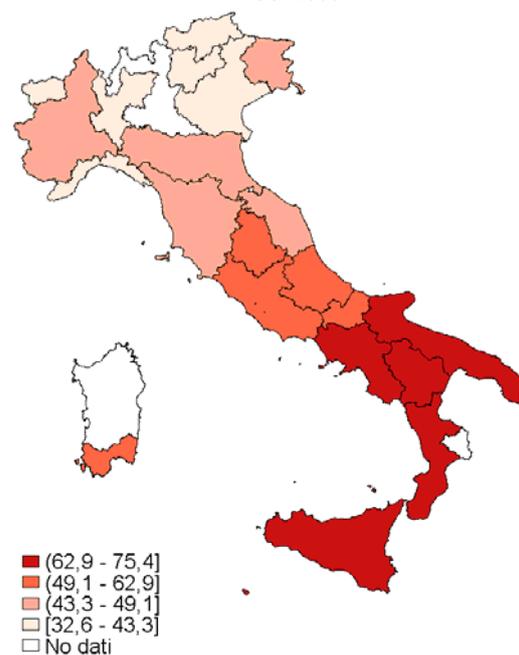
% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11



% di intervistati che riferiscono nessuna, qualche, molte difficoltà economiche
Regione Piemonte - PASSI 2008-11



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2008-11



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e la bassa percentuale 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.

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.

La buona sovrapposibilità fra le caratteristiche del campione intervistato e quelle dell'intera popolazione aziendale depone per una buona rappresentatività del campione, consentendo pertanto di estendere le stime ottenute dall'indagine alla popolazione dell'ASLCN2.

La sorveglianza Passi ha rilevato nel campione di popolazione dell'ASLCN2 un buon livello di istruzione rilevato; la tranquillità economica interessa il 66% del campione, mentre il 4% degli intervistati dichiara di avere molte difficoltà economiche.

La situazione occupazionale (dichiarata) nell'ASLCN2 sembrerebbe migliore rispetto alla media regionale (il 70% della popolazione 18-65 anni dell'ASLCN2 ha un lavoro continuativo contro il 65% del Piemonte).

I determinanti di tipo sociale (istruzione e benessere economico) spesso risultano associati ad una maggiore frequenza di fattori di rischio noti: sedentarietà, sovrappeso, stili di vita scorretti, minore adesione agli screening, peggiore percezione del proprio stato di salute etc.

Si conferma quindi la necessità di interventi che contrastino sempre più le disuguaglianze sociali e pongano attenzione all'equità dell'intero sistema.

Percezione dello stato di salute

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

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

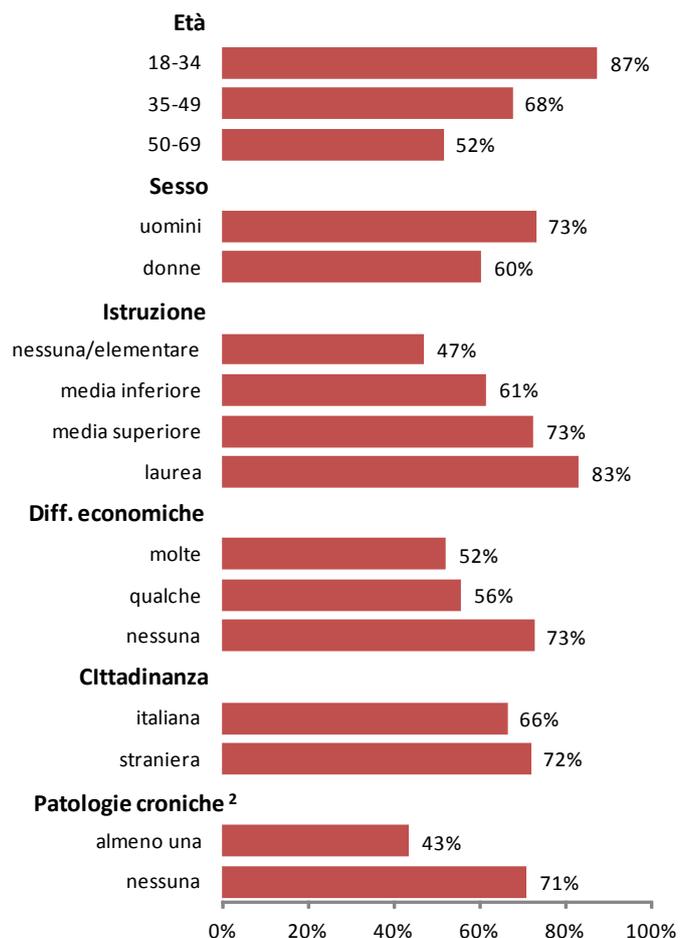
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL CN2, il 67% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe
 - i cittadini stranieri.

Stato di salute percepito positivamente¹

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 66,5% (IC 95%: 63,7%-69,3%)



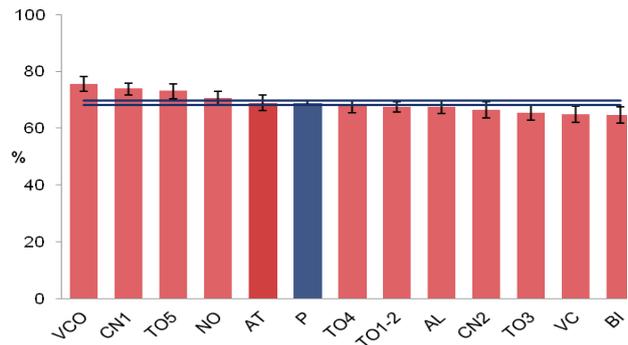
¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

- Tra le ASL del Piemonte partecipanti al sistema Passi il valore più elevato è quello dell'ASL VCO (76%).

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Piemonte: 68,9 (IC95% - 68,2-69,6)



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 67% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

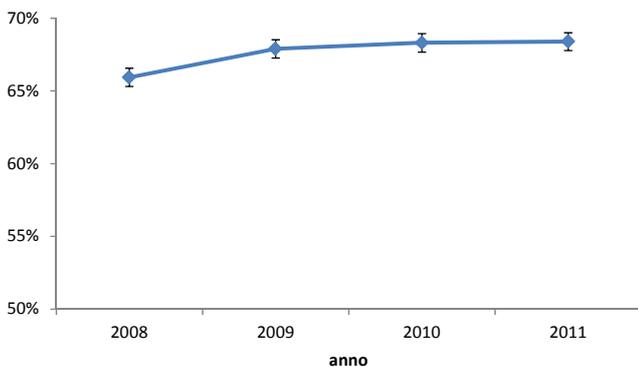
Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
Pool di Asl: 67,4% (IC95%: 67,1-67,7)



Confronto su pool omogeneo nazionale

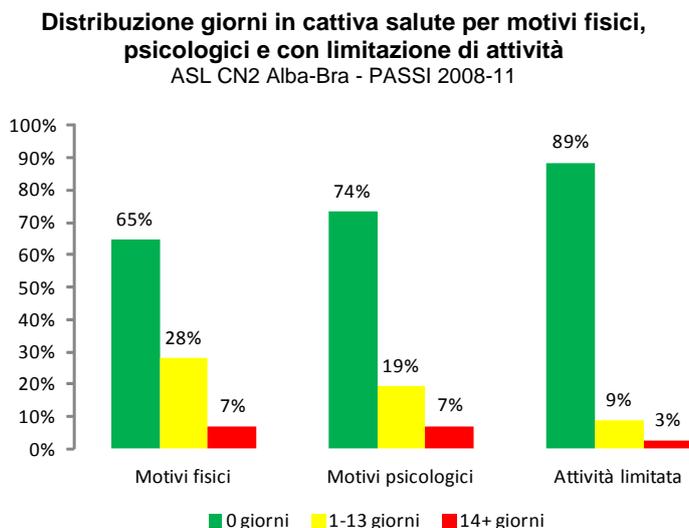
Stato di salute percepito positivamente
Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo, tra il 2008 e il 2009, della percentuale di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute a cui fa seguito una stabilizzazione dell'indicatore.

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

- Nella ASL CN2 la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (65% in buona salute fisica, 74% in buona salute psicologica e 89% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici e per motivi psicologici (7%), con limitazioni alle attività abituali (3%).



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1100)

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è 2,5 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per quasi un 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 nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie croniche.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate (67%) a livello aziendale ha riferito la percezione di essere 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.

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

La misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

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

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità.

Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

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

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1.100)

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> ¹	34,5 (31,7-37,5)
<i>parzialmente attivo</i> ²	43,6 (40,7-46,6)
<i>sedentario</i> ³	21,8 (19,4-24,4)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2008-11, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 34% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 22% è completamente sedentario.

- La sedentarietà è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

Sedentari
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 21,8% (IC 95%: 19,4%-24,4%)

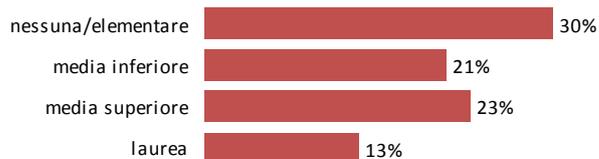
Età



Sesso



Istruzione



Diff. economiche



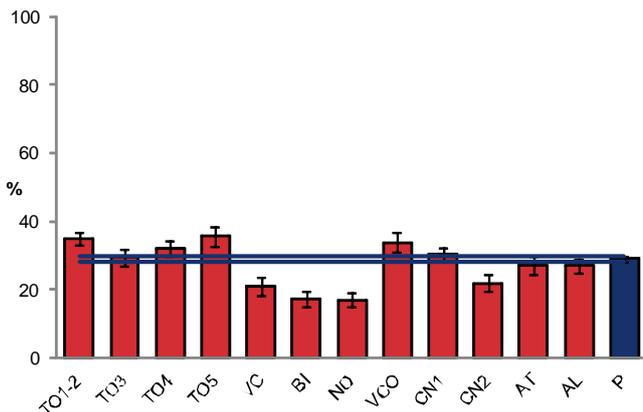
Cittadinanza



0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35%

Sedentari

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Piemonte: 29% (IC95%: 28,2%-29,7%)



- In Piemonte la percentuale di sedentari è del 29%, con un range di 17% dell'ASL NO e 36% dell'ASL TO5.

Sedentari
Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)

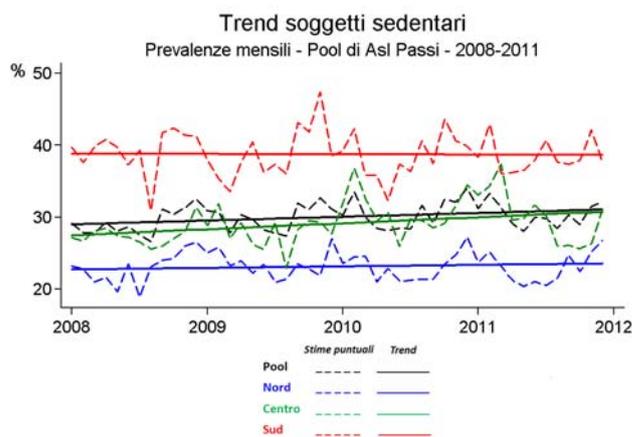


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 30%.
- Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

Analisi di trend sul pool di ASL

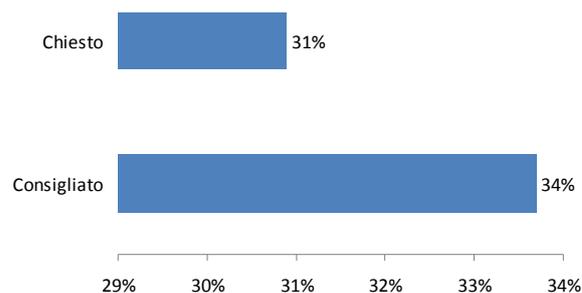
- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di sedentarietà, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



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

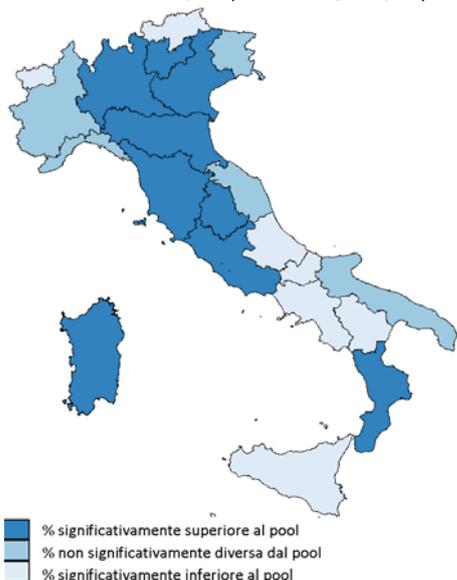
- Nella ASL CN2 Alba-Bra solo il 31% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 34% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Attenzione degli operatori sanitari
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)



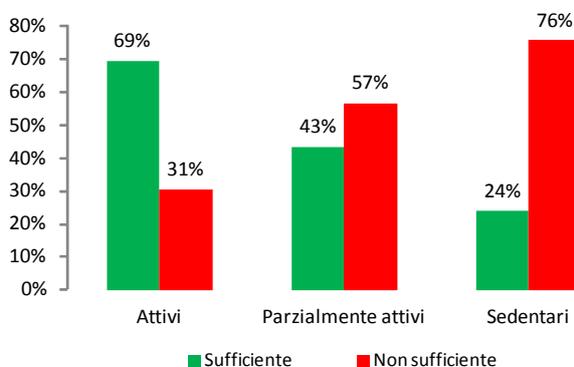
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (39%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

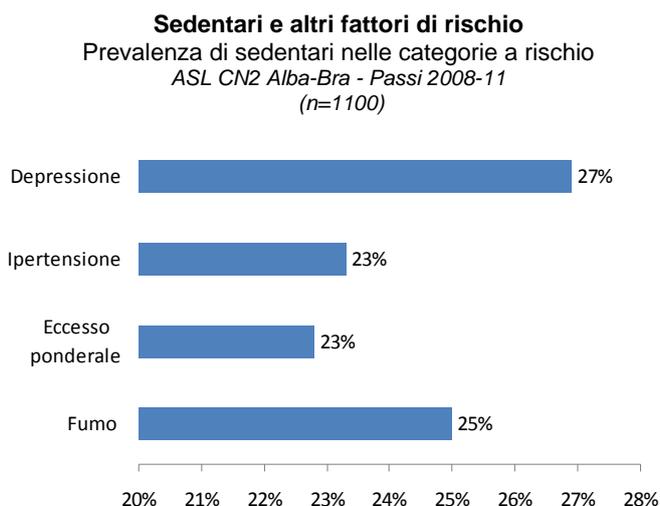
- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 31% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 43% delle persone parzialmente attive ed il 24% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 27% delle persone depresse;
 - il 23% degli ipertesi e delle persone in eccesso ponderale;
 - il 25% dei fumatori.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL CN2 Alba-Bra si stima che solo circa una persona adulta su tre (34%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 22% può essere considerato completamente sedentario.

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

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

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

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

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Negli ultimi 40 anni, la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo di sigaretta – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1.100)

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	47,3 (44,3-50,3)
Fumatori ²	30,2 (27,5-33,0)
<i>in astensione</i> ³	0,7 (0,3-1,5)
<i>occasional</i> ⁴	0,5 (0,2-1,1)
<i>quotidiani</i> ⁵	29,0 (26,4-31,8)
Ex –fumatori ⁶	22,5 (20,1-25,2)

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

2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

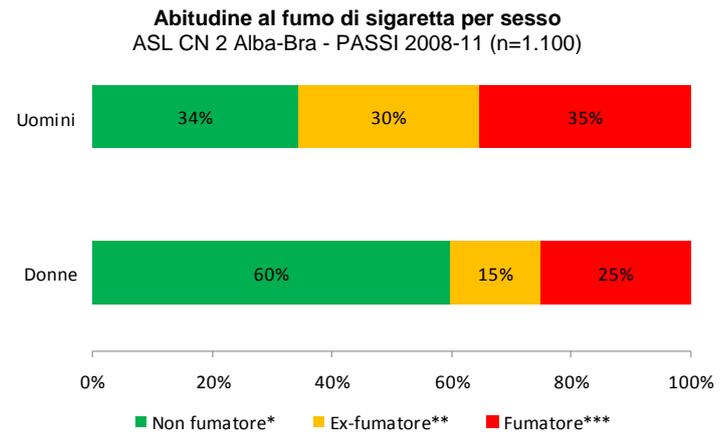
5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

6 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2008-11 nella ASL CN2 Alba-Bra, tra gli adulti di 18-69 anni, circa la metà degli intervistati è non fumatore, il 23% è classificabile come ex fumatore e il 30% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 29% e gli occasionali lo 0,5%.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

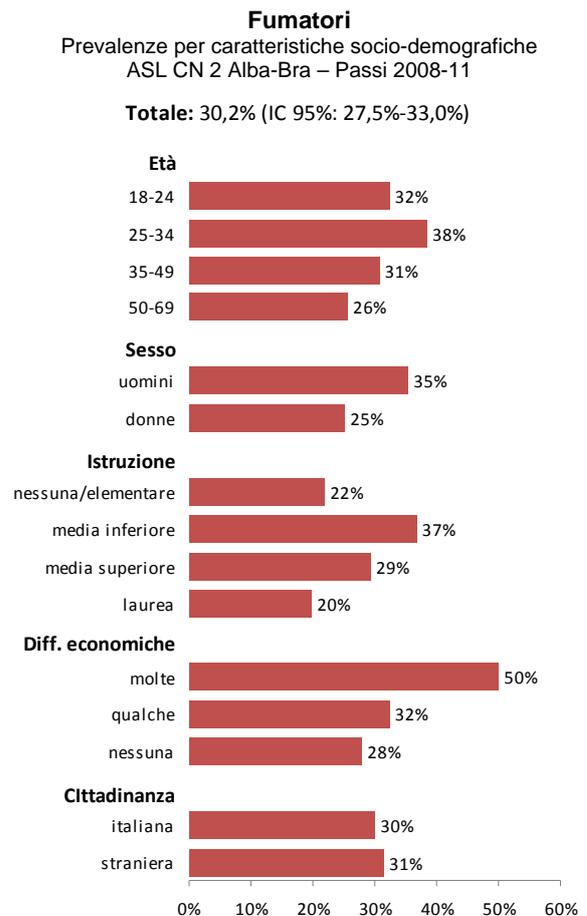
- Nella ASL CN2 Alba-Bra, la percentuale di fumatori nel 2008-11 è del 30%.
- Circa l'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono circa l'1%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (35% versus 25%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (60% versus 34%).



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

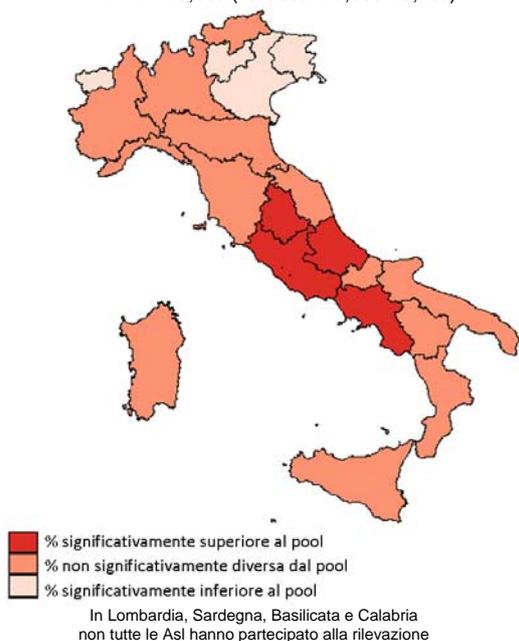
Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è risultata più alta tra gli intervistati della fascia di età 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma più di uno su tre), rispetto alle donne (una su quattro) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare e ai laureati, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Non si evidenziano differenze per cittadinanza.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, il 9% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).



Fumatori

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
Pool di Asl: 28,9% (IC 95%: 28,6%-29,2%)

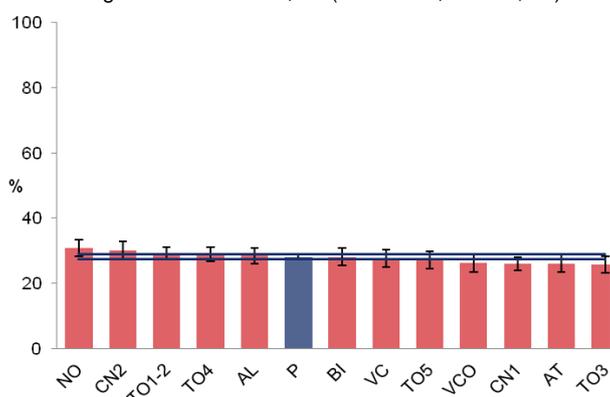


- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria.

- Tra le ASL del Piemonte, l'ASLCN2 è al secondo posto dopo l'ASLNO in cui si registra la percentuale più alta (30,9%), mentre la più bassa presso l'ASLTO5 (27,1%).

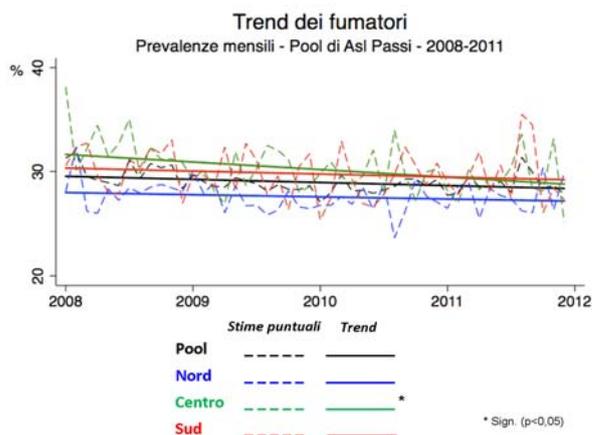
Fumatori

Prevalenze per ASL - Passi 2008-11
Regione Piemonte: 28,1% (IC95%: 27,4% - 28,9%)



Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le Asl del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 32% al 29%.



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

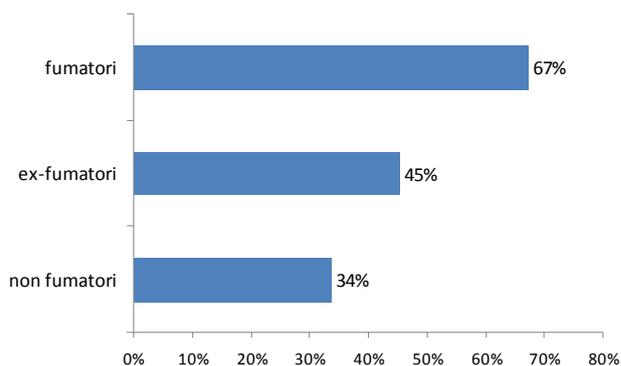
Attenzione degli operatori sanitari – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=927)

	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sull'abitudine al fumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	46,2 (42,9-49,4)

- Circa il 46% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
 - il 67% dei fumatori
 - il 45% degli ex fumatori
 - il 34% dei non fumatori.

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=927)*

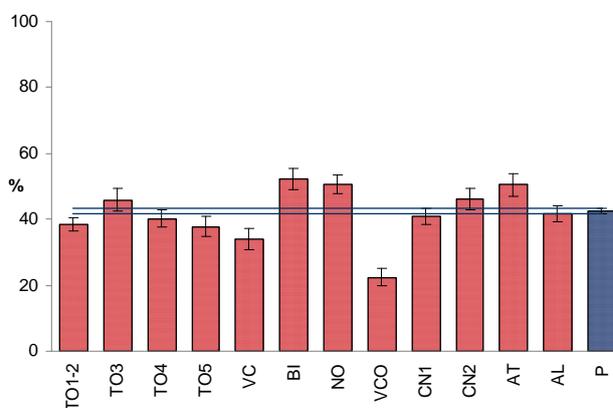


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra le ASL del Piemonte, la prevalenza di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini tabagiche varia dal 52,4% dell'ASLBI al 22,2% dell'ASLVCO, con numerose differenze anche significative, rispetto alla media regionale (42,4%).

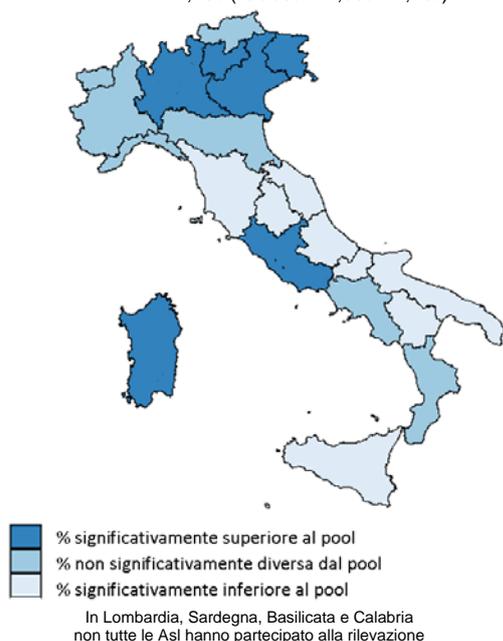
Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per ASL di residenza – Regione Piemonte - Passi 2008-11



Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
Pool di Asl: 41,4% (IC95%: 41,0%-41,7%)



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna.

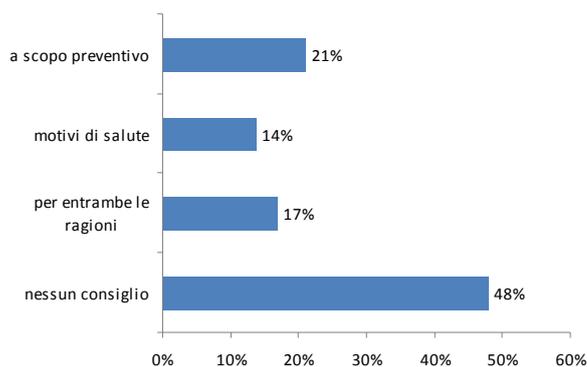
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

Attenzione degli operatori sanitari – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=259)

	% (IC95%)
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	52,1 (45,9-58,3)

- Tra i fumatori, il 52% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (21%).

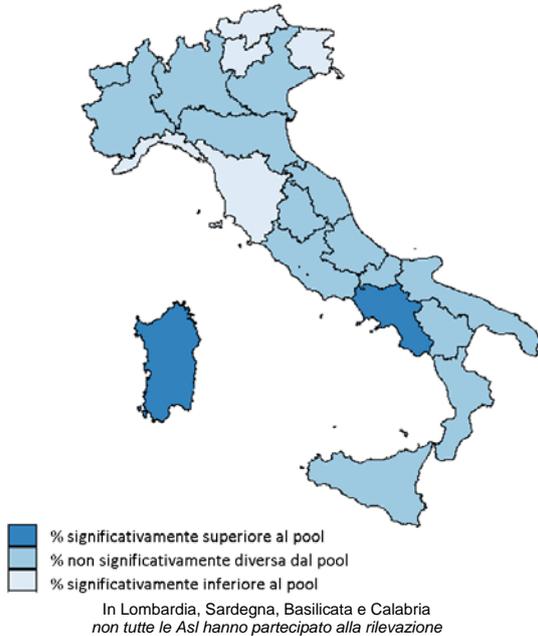
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=259*)



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

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
Pool di Asl: 56,8% (IC95%: 56,1%-57,5%)



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 57%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 41% della P.A. di Bolzano al 67% della Sardegna.

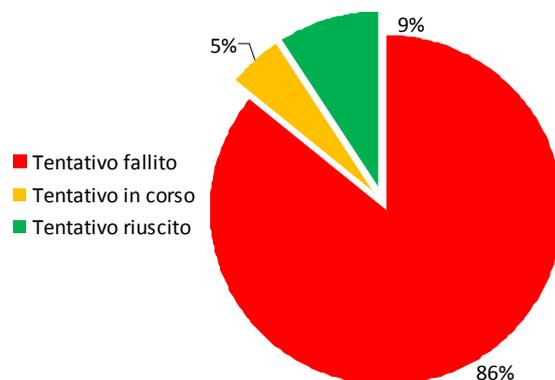
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 47% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

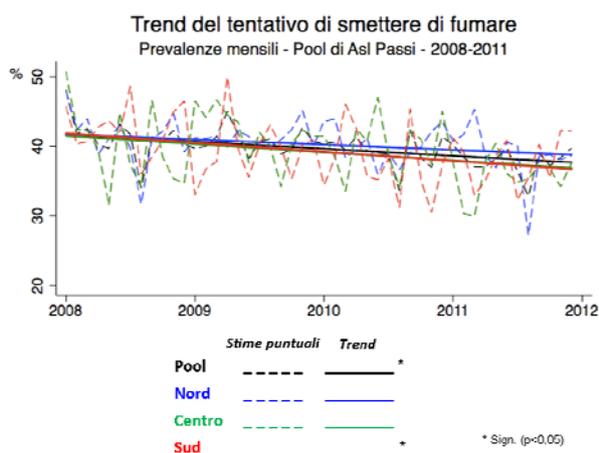
- L'86% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- Il 5% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- Il 9% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=162)



Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Nell'ASLCN2 tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 93% l'ha fatto da solo, il 4% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dall' ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, 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.

Fumo passivo

Fumo passivo – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11

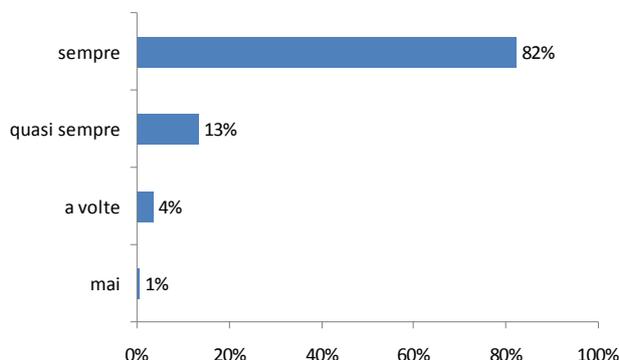
	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	95,8 (94,4-96,9)
<i>sul luogo di lavoro</i>	91,6 (89,3-93,5)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	75,5 (72,8-78,0)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	85,4 (80,7-89,3)

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2008-11 il 96% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (82%) o quasi sempre (13%).
- Il 5% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (4%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11* (n=1.058)

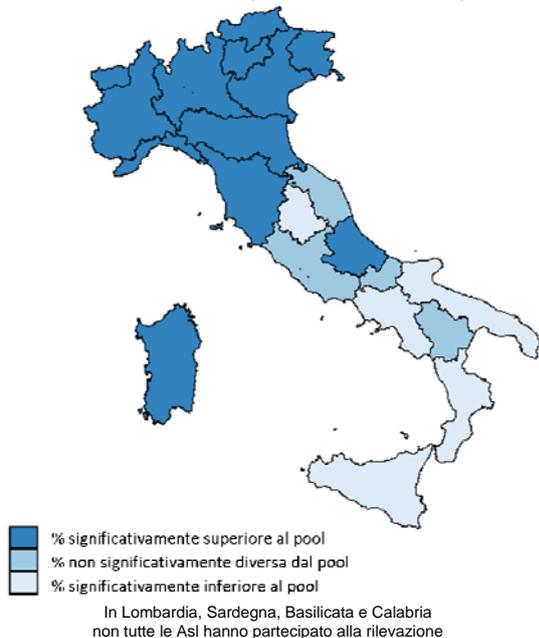


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

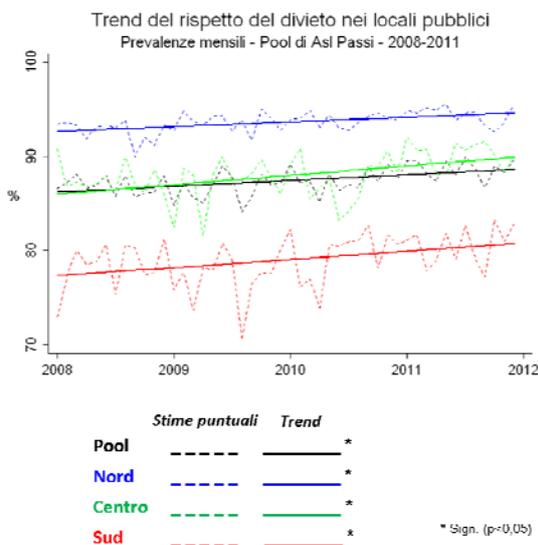
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11

Pool di Asl: 87,3% (IC95%: 87,1%-87,6%)



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 67% delle Asl della Calabria al 95% del Friuli-Venezia Giulia.

Analisi di trend sul pool di ASL



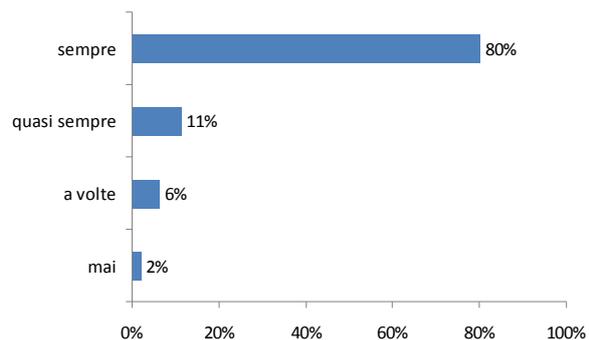
- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a 95%, per il Centro 86% a 90%, per il Sud 77% a 81%.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, il 92% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (11%).
- L'8% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è a volte (6%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n= 706)*



*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

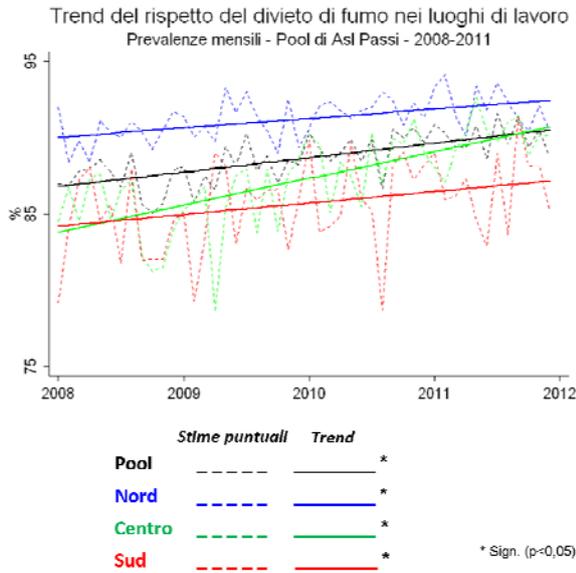
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
Pool di Asl: 88,7% (IC95%: 88,4%-89,0%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 79% delle Asl del Molise e della Calabria al 95% della P.A. di Bolzano.

Analisi di trend sul pool di ASL



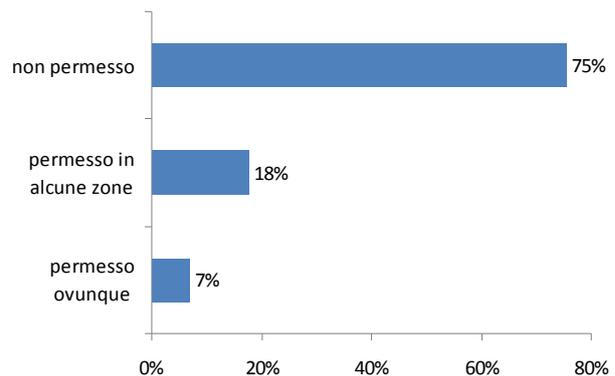
Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 87% a 90%, per il Nord da 90% a 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a 87%.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASL CN2 Alba-Bra, nel periodo 2008-11:
 - il 75% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 18% che si fuma in alcune zone;
 - il 7% che si può fumare ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'85% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=1.100)



Divieto di fumo in casa

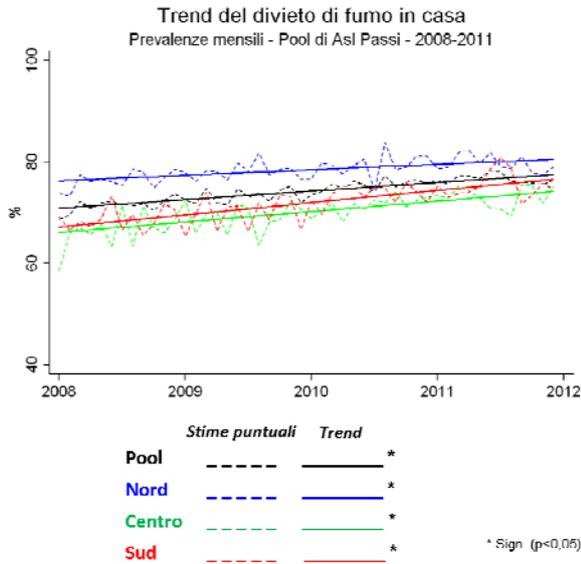
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
Pool di Asl: 74,5% (IC95%: 74,2%-74,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 74% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% delle Asl di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% per quelle del Veneto.

Analisi di trend sul pool di ASL



- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il pool di Asl e per tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 72% a 77%, per il Nord da 76% a 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.

Conclusioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, nel periodo 2008-11, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

L'abitudine al fumo continua ad essere più frequente nel sesso maschile (35% versus 25%) e tra le persone socialmente svantaggiate.

Un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL regionali.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

La stato nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa di vita nei Paesi a medio e alto reddito. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

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

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

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1.100)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	28,7 (26,1-31,5)
<i>obesi</i> ²	9,1 (7,5-11,0)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>sovrappeso</i>	52,3
<i>obesi</i>	81,6
Adesione al <i>five-a-day</i>	9,5 (7,9-11,5)

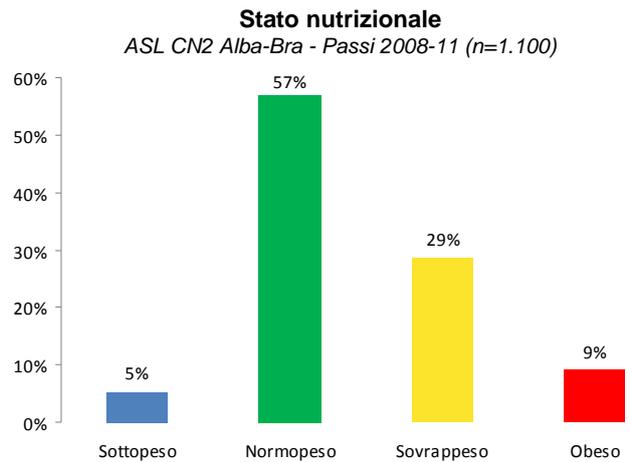
¹ sovrappeso = indice di massa corporea (*Imc*) compreso tra 25 e 29,9

² obeso = indice di massa corporea (*Imc*) ≥30

³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

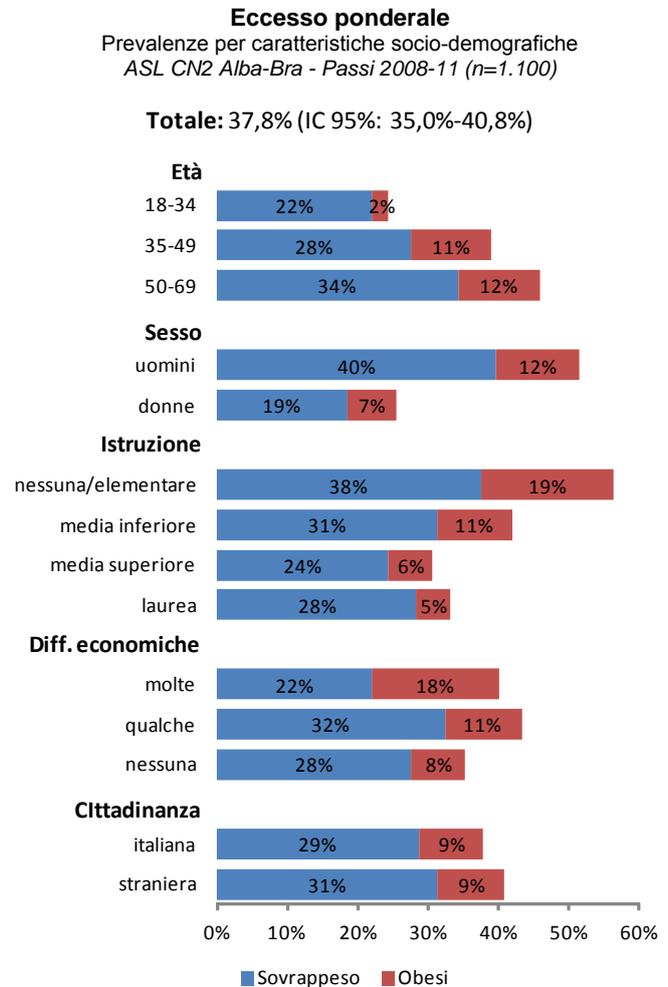
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 29% sovrappeso e il 9% obeso.
- Complessivamente si stima che il 38% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

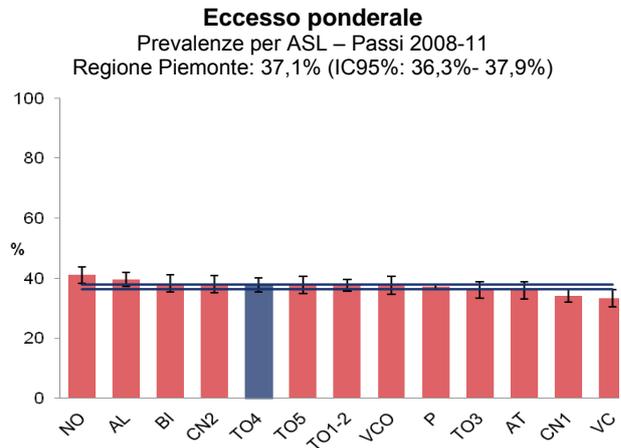


Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

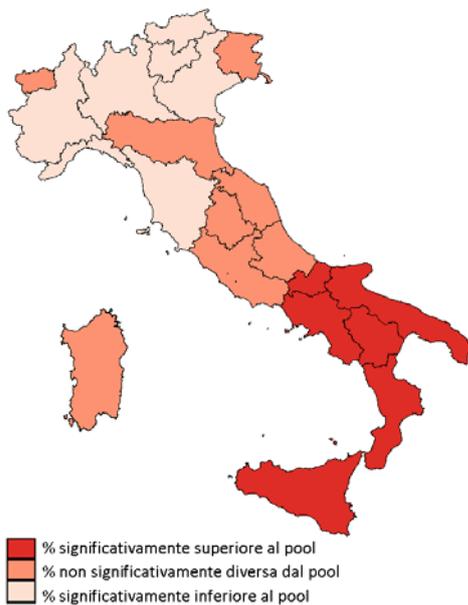
- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (52% vs 26%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione.



- Nelle ASL piemontesi Passi 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 37% (range 33% ASL VC – 41% ASL NO).



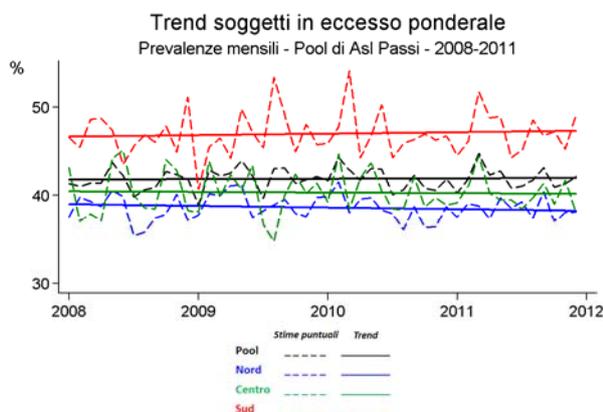
Eccesso ponderale
Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 42,0% (IC95%: 41,6%-42,3%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

Analisi di trend sul pool di ASL

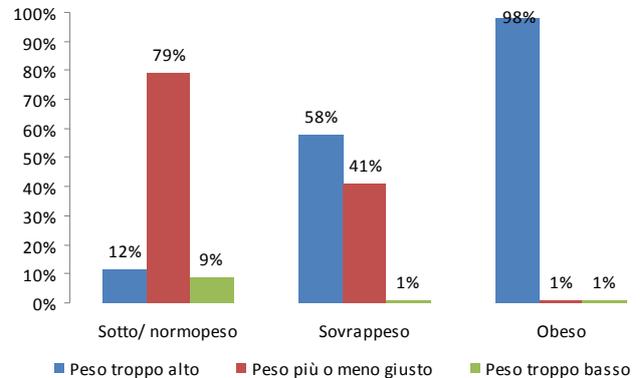


- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL CN2 si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (98%) e nei normopeso (79%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 41% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso il 76% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'85% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 25% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 49% degli uomini.

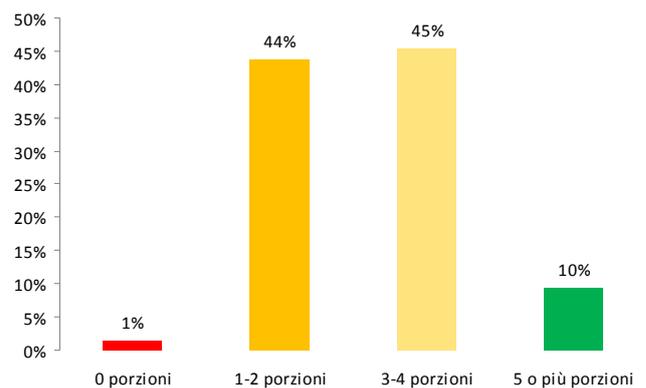
Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=1.100)



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

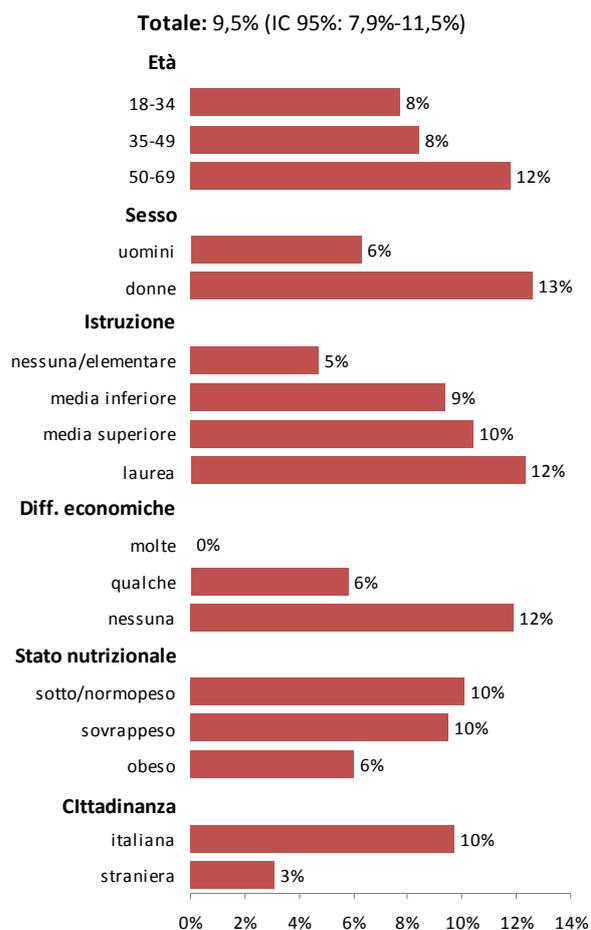
- Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 44% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 45% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 10% le 5 porzioni raccomandate.

Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per porzioni consumate
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=1.100)

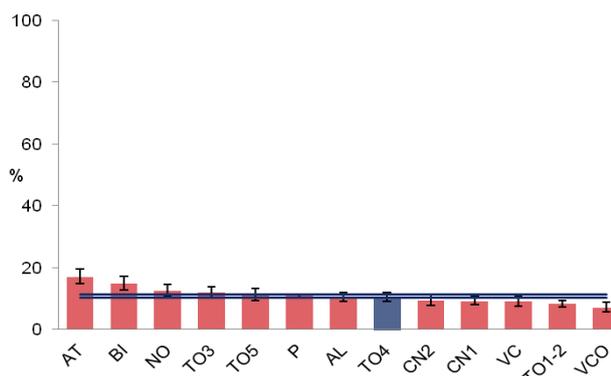


- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:
 - nelle persone sopra ai 50 anni;
 - nelle donne;
 - nelle persone con alto livello d'istruzione;
 - nelle persone sotto/normopeso e sovrappeso;
 - nelle persone con nessuna difficoltà economica.

Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=1.100)



Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Regione Piemonte: 10,9% (IC95%: 10,4% - 11,4%)



- Nelle ASL del Piemonte Passi 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è dell'11% (range 7% ASL VCO – 17% ASL AT).

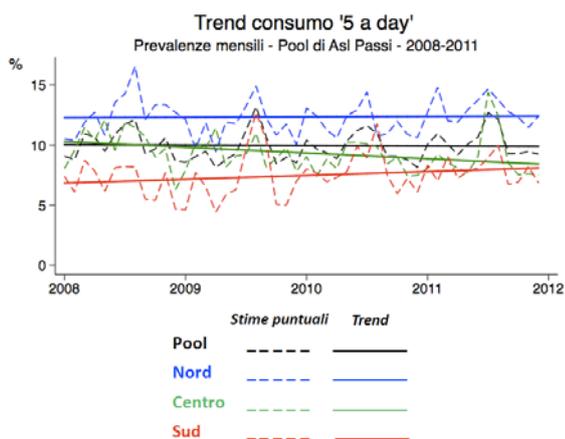
Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 9,8% (IC95%: 9,6%-10,0%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%.
- La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al *five a day* nel periodo 2008-2011. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

Analisi di trend sul pool di ASL



- L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al *five a day*, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

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

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 60% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 52% delle persone in sovrappeso e l'82% delle persone obese.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

- Il 21% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (19% nei sovrappeso e 24% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (30% vs 15% negli uomini);
 - negli obesi (24% vs 19% nei sovrappeso);
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (25%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (12%);
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (31% vs 11% di chi non ha ricevuto alcun consiglio).

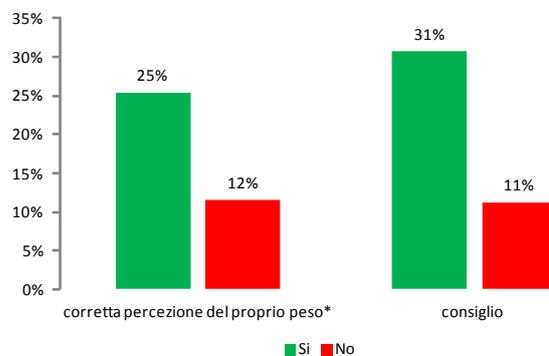
- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.
- La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (63%).

Attuazione di una dieta

% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso

% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario

ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11



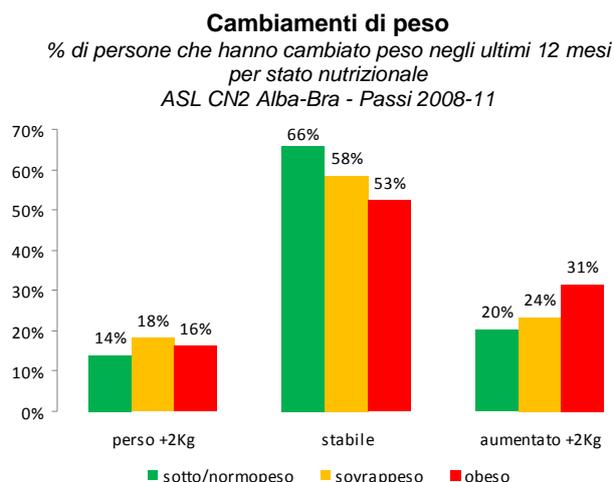
* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=313)

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

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (22% nei sovrappeso e 26% negli obesi). Il 44% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 43% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio, il 75% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 81% di chi non l'ha ricevuto.
- Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nell'ASL CN2 il 22% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia 18-34 anni (30% vs 24% nella fascia di età 35-49 anni e 16% in quella 50-69 anni);
 - nelle persone già in eccesso ponderale (31% obesi e il 24% sovrappeso vs 20% normopeso);
 - nelle donne (26% vs 18% uomini).



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 37,8% della popolazione è in eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: il 41% dei soggetti in sovrappeso considera il proprio peso "più o meno giusto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo, il 22% della popolazione è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 21% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (77%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (10%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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

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

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori Passi

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta 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.

Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici: consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; consumo *binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.



L'unità alcolica corrisponde a:

- un boccale di birra (33 cc)
oppure
- un bicchiere di vino (20 cc)
oppure
- un bicchierino di liquore (5 cc)

¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1.098)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	62,8 (59,9-65,7)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,5 (5,1-8,1)
Consumo abituale elevato ¹	6,7 (5,3-8,4)
Consumo binge (2010-2011) ²	7,7 (5,7-10,3)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	15,2 (12,4-18,6)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne).

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010).

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella Asl CN2 Alba-Bra è risultata pari al 63%, mentre il consumo fuori pasto era del 6% e il consumo abituale elevato del 7%.

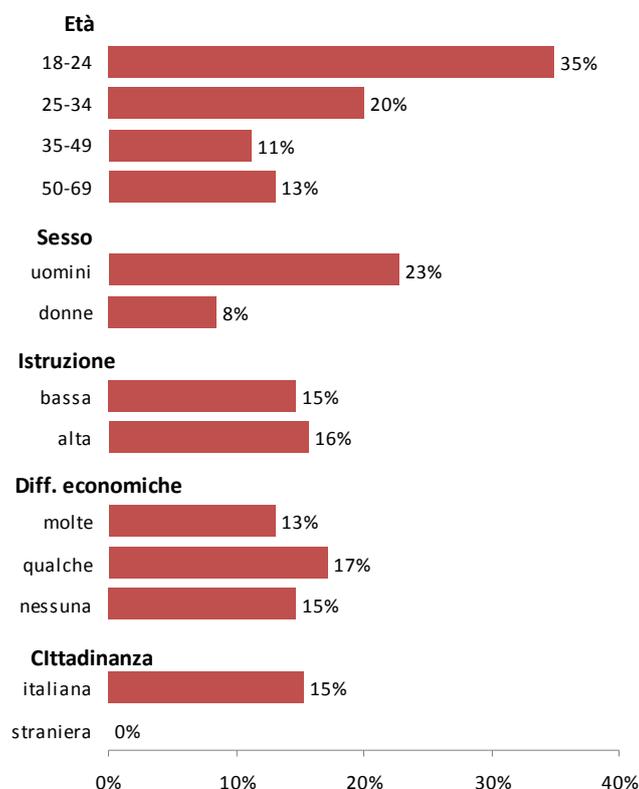
Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (8%) e del consumo a maggior rischio (15%), relative al periodo 2010-11.

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

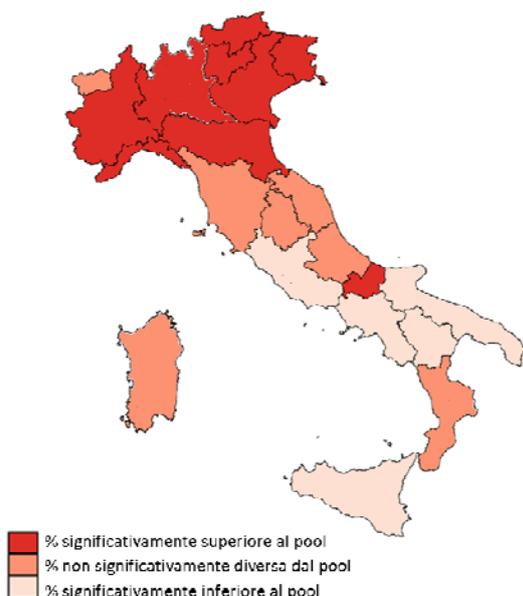
- Nel periodo 2010-11 nell’Azienda CN2 Alba-Bra, il 15% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e gli intervistati di cittadinanza italiana.

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2010-11

Totale: 15% (IC 95%: 12,4%-18,6%)



Consumo a maggior rischio
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-11
Pool di Asl: 17,0% (IC95%: 16,7-17,3%)

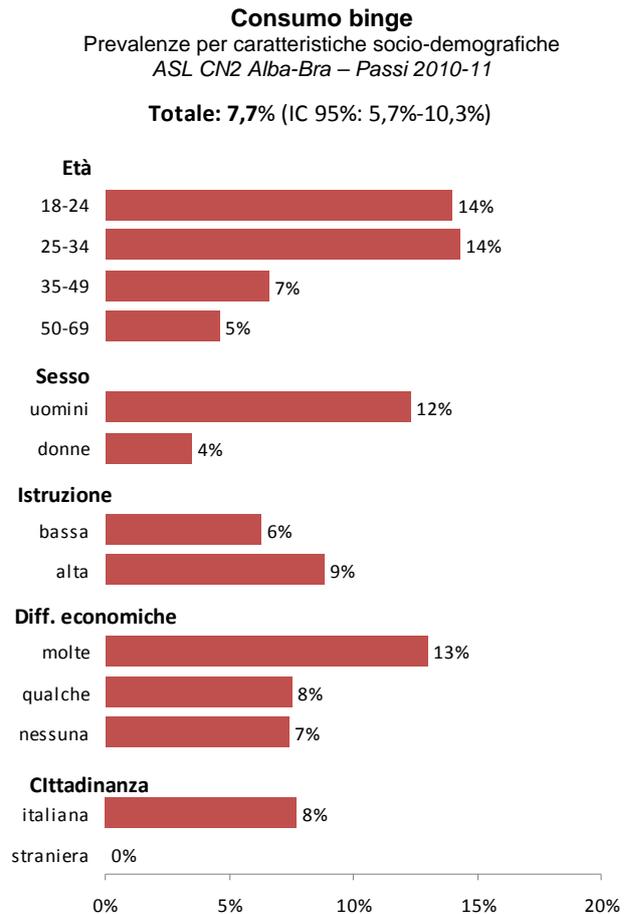


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

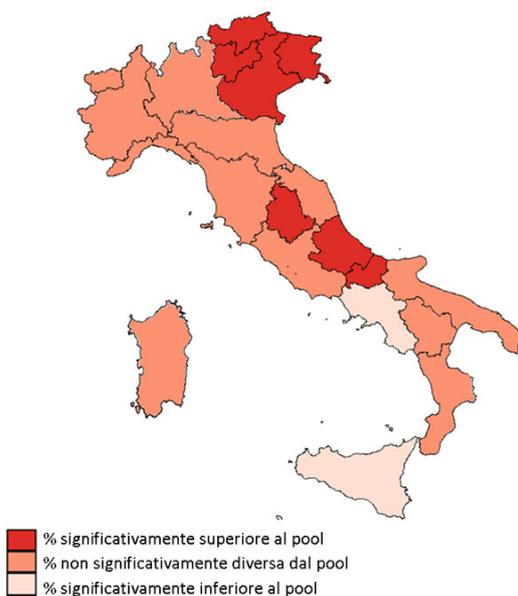
- Nella Regione Piemonte, nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 20%, mentre, nello stesso periodo, nel Pool di ASL PASSI è del 17%.
- Si osservano inoltre differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano.

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2010-11 nell'Azienda CN2 Alba-Bra, il 8% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni, gli uomini, le persone con livello di istruzione alto, quelle con molte difficoltà economiche e di cittadinanza italiana.



Consumo binge
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-11
Pool di Asl: 8,6% (IC95%: 8,4%-8,9%)

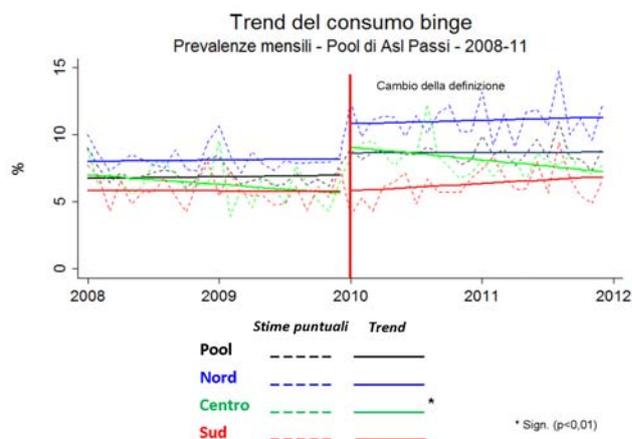


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Sia a livello regionale che di Pool di ASL PASSI, nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il *range* varia dal 3% della Sicilia al 18% della P.A. di Bolzano.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva come in coincidenza del cambio di definizione ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente. Non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembrano aumentare sebbene non siano significativi) per i dati di pool di Asl, nel Nord e nel Sud, mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.



Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

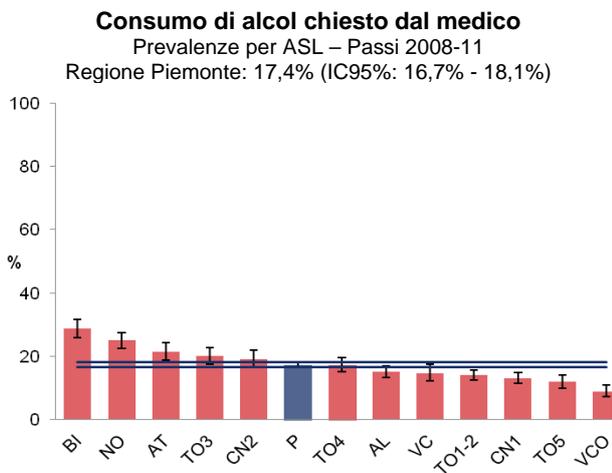
I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Attenzione al consumo alcolico – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=910)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	19,1 (16,6-21,9)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2011) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	4,8 (1,3-11,9)

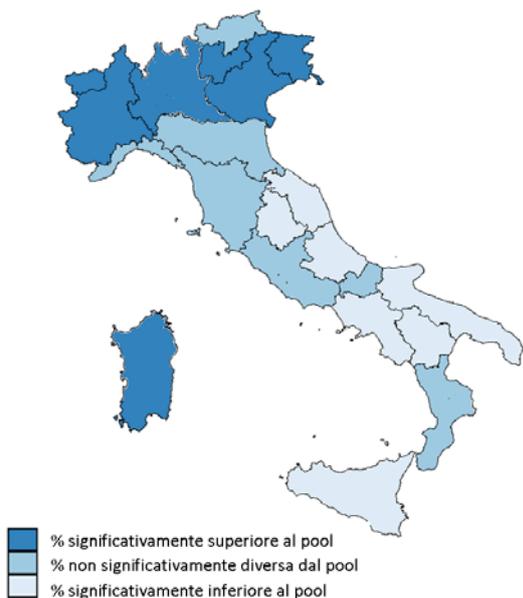
¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2008-11, nella Azienda CN2 Alba-Bra, solo il 19% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.



- A livello regionale, nel periodo 2008-11, questa percentuale è risultata del 17% (range 9% ASL VCO – 29% ASL BI).

Consumo di alcol chiesto dal medico
 Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
 Pool di Asl: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)

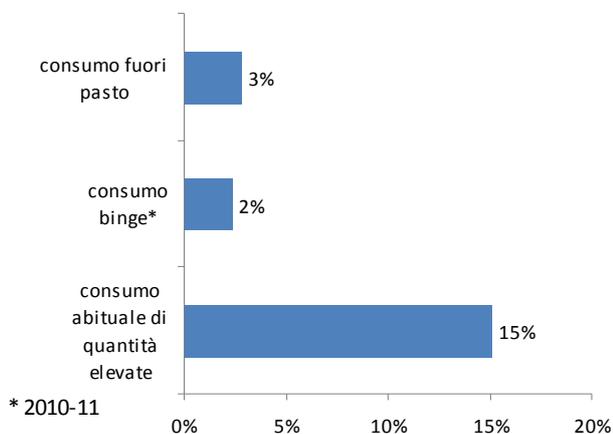


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di soggetti intervistati che riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol è del 15%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle Asl della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

Nel periodo 2008-11, nell'ASL CN2 Alba-Bra, solo il 5% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio
che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Percentuali per tipo di consumo – ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto, la frequenza di consigli da parte di un sanitario è pari al 3% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge è del 2% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato sale al 15% (dato 2008-11).

Conclusioni

La maggioranza della popolazione (63%) dell'ASL CN2 Alba-Bra consuma alcol. Il 15% degli intervistati ha abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 anni e tra gli uomini. Il consumo a rischio è più frequente nelle regioni settentrionali.

In base alle indicazioni del programma *Guadagnare Salute*, è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Quindi, nell'ottica del programma *Guadagnare Salute*, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2010 sono stati registrati in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. Rispetto al 2009, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

In Piemonte, secondo i dati raccolti dal Centro Regionale di Monitoraggio della Sicurezza stradale, nel decennio 2001-2010 gli incidenti stradali sono stati 151.725 e hanno coinvolto 358.152 persone di cui 221.893 sono rimaste ferite e 4.443 sono morte. Nella provincia di Cuneo, nel 2010 gli incidenti sono stati 15.571 con 63 morti e 2.386 feriti. Nel territorio cuneese, nel periodo 2001-2010 si è registrato un calo degli incidenti stradali (-21,3%), del numero dei morti (- 41,7%) e del numero dei feriti (- 22,3%).

Gli incidenti stradali continuano a rappresentare un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità.

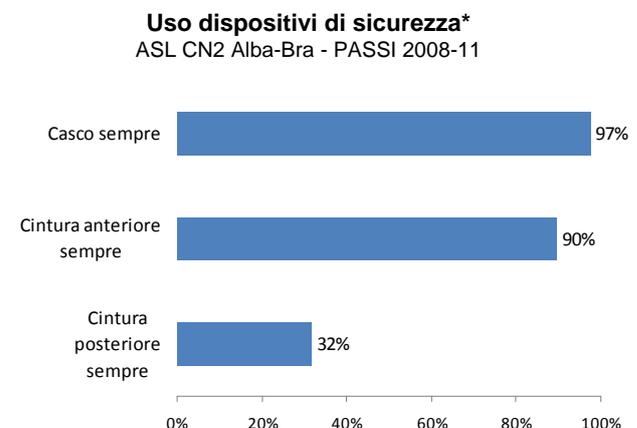
Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

Uso dei dispositivi di protezione individuale

- Nel periodo 2008-11, nella ASL CN2 Alba-Bra la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (90%) e il casco (97%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 32% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

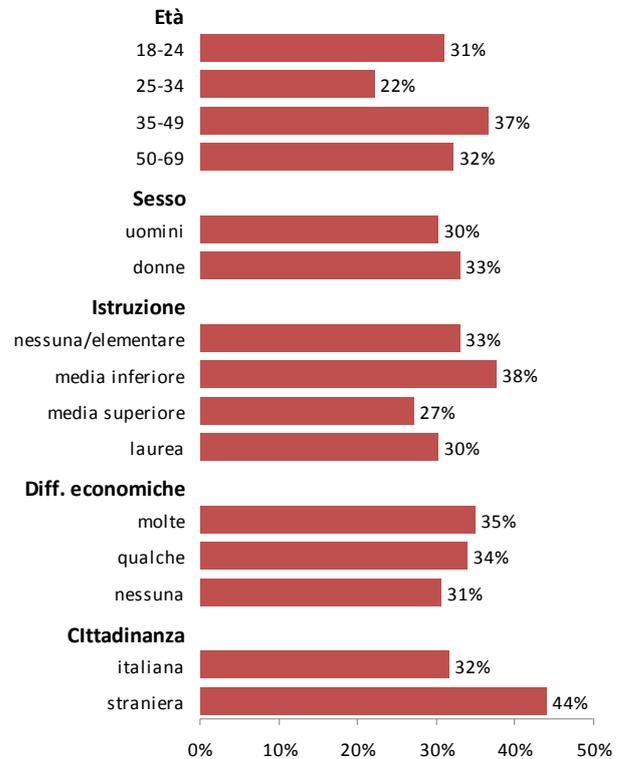


*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è più basso nella classe d'età 25-34 anni, negli uomini rispetto alle donne, nei cittadini italiani rispetto agli stranieri.

Utilizzo sempre delle cinture posteriori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11

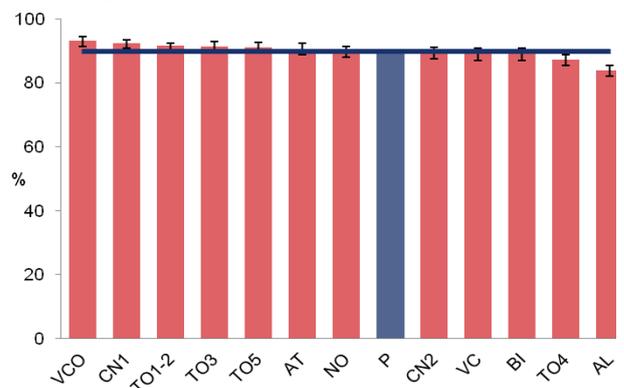
Totale: 31,8% (IC 95%: 28,8%-35%)



- Nel periodo 2008-11, nelle ASL del Piemonte la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (90%) (range 84% ASL AL – 93% ASL VCO) e il casco (97%) (range 87% ASL AT – 99% ASL BI).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 28% degli intervistati, infatti, la usa sempre (range 19% ASL VCO – 41% ASL CN1).

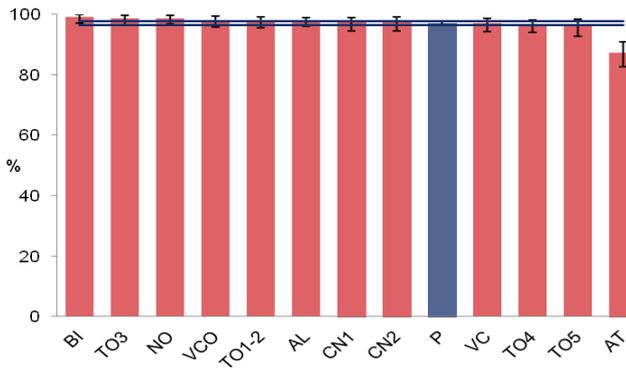
Uso della cintura anteriore sempre

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Regione Piemonte: 89,8% (IC95%: 89,3% - 90,3%)



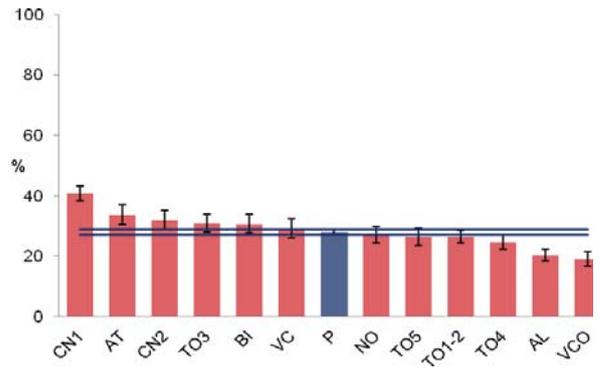
Uso del casco

Prevalenze per ASL – Passi 2008- 11
 Regione Piemonte: 97% (IC95%: 96,5% - 97,6%)



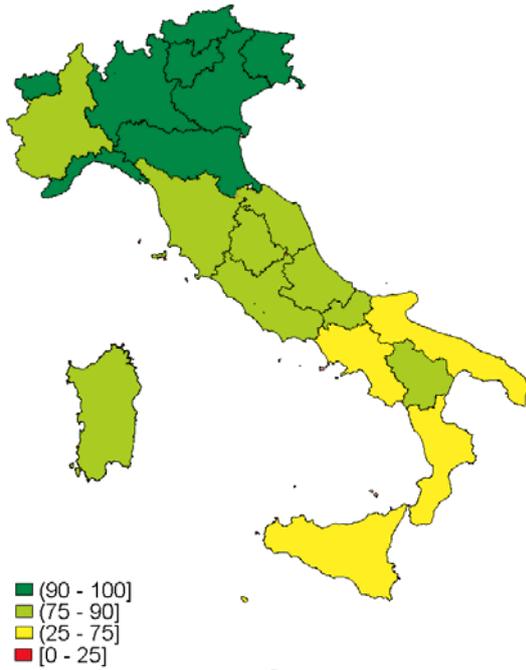
Uso della cintura posteriori sempre

Prevalenze per ASL – Passi 2008- 11
 Regione Piemonte: 27,9% (IC95%: 27,1% - 28,7%)



Uso della cintura anteriore sempre

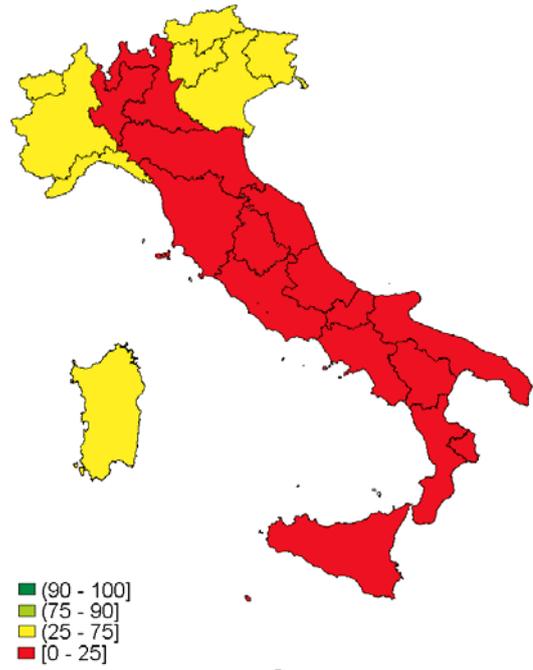
Prevalenze per regione di residenza – Passi 2008-11
 Pool di ASL: 83,1% (IC95%: 82,9%-83,4%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
 non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Uso della cintura posteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2008-11
 Pool di ASL: 19,1% (IC95%: 18,9%-19,4%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
 non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Uso del casco sempre

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 94,3% (IC95%: 93,9%-94,6%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

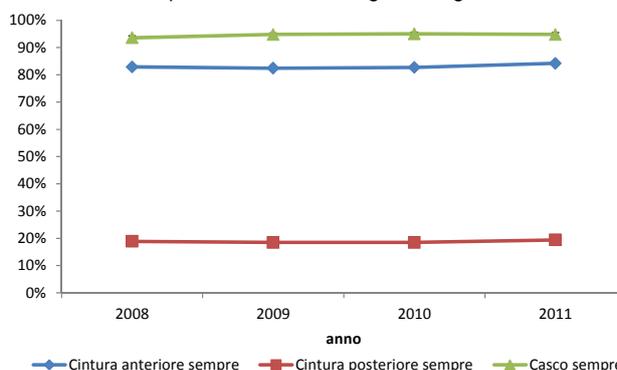
- È presente un gradiente territoriale (Nord-Sud) statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2008-2011 (pool omogeneo), si può osservare un aumento significativo solo per l'utilizzo della cintura anteriore.

Uso dei dispositivi di sicurezza sempre

Prevalenze per anno – Pool omogeneo regionale 2008-11



Conclusioni

I dati Passi sull'uso di cinture, casco e seggiolini di sicurezza misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da Passi, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

La maggior parte degli intervistati nella ASL CN2 Alba-Bra fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se esistono margini di miglioramento. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori (32% della popolazione).

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati. Sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le forze dell'ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza. Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il sistema sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come Passi o Ulisse.

Il Piano Nazionale della Prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Alcol e guida

Nei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

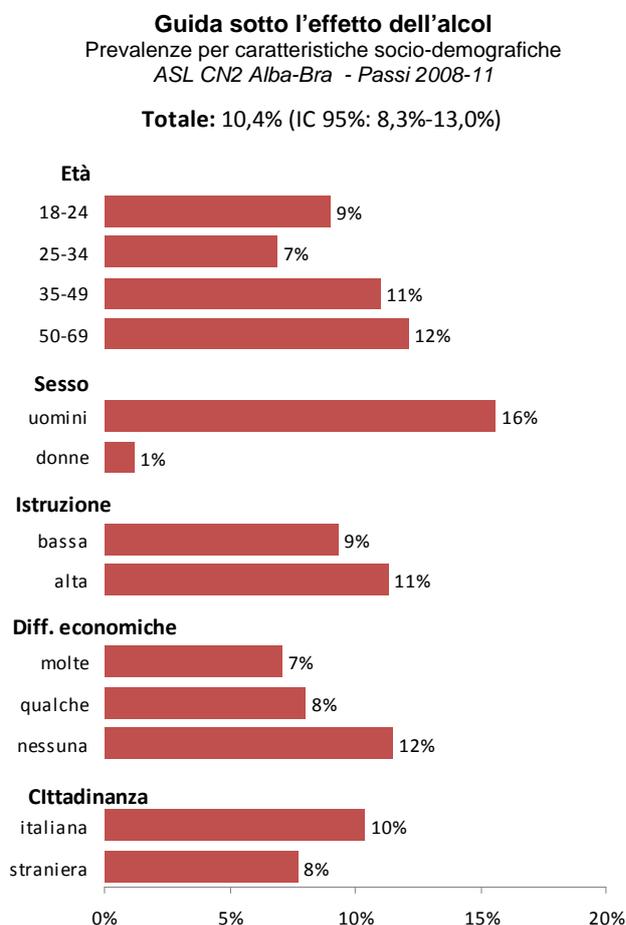
Alcol e guida – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=1.100)

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	10,4 (8,3-13,0)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	7,9 (6,4-9,7)

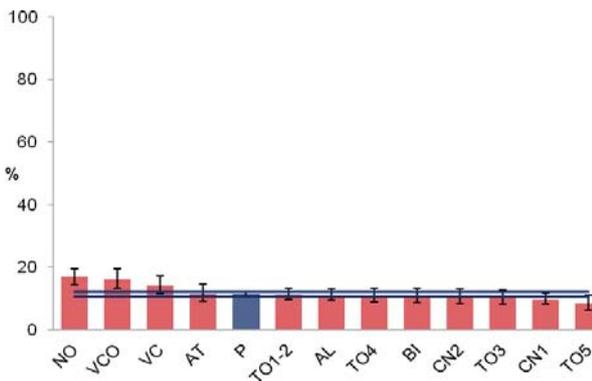
* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato);
 ** percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

Nel periodo 2008-11, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 10% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. L'8% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne (16% vs. 1%).
- Si rilevano differenze anche per età, istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza.

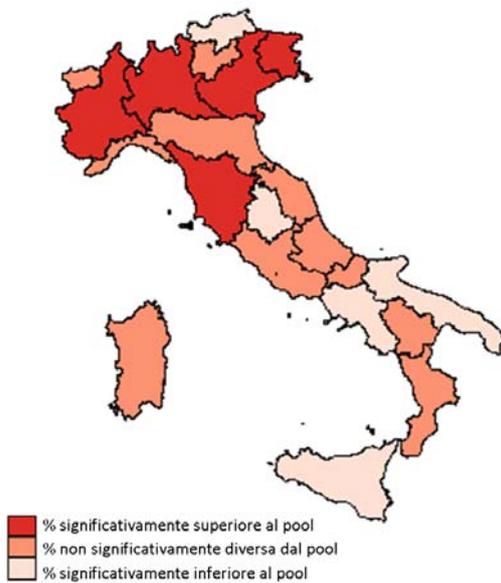


Guida sotto effetto dell'alcol
 Prevalenze per ASL - Passi 2008-11
 Regione Piemonte: 11,3% (IC95%: 10,6%- 11,9%)



- Nella regione Piemonte nel periodo 2008-11, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è dell' 11% (range 8% ASL TO5 – 17% ASL NO).

Guida sotto effetto dell'alcol
 Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-11
 Pool di Asl: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)

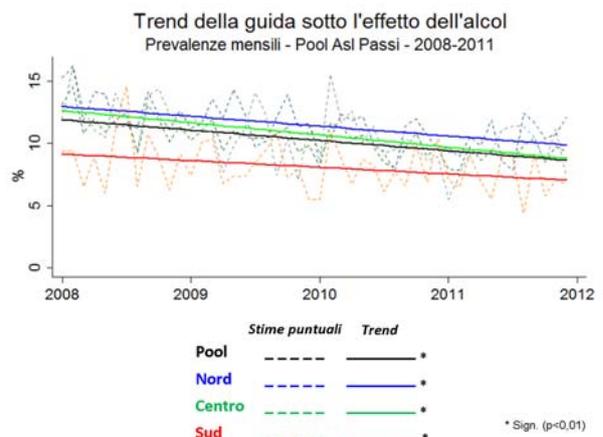


- Nel pool di ASL la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali che variano dal 6,2% della Campania al 13,5% del Friuli Venezia-Giulia. Si nota un particolare gradiente geografico.

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo, con stagionalità. Si passa in media dal 12% a 9%. Stratificando per macroarea, sia il decremento significativo che la stagionalità si confermano in tutte e tre la macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% a 7%).



Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

Alcol e guida nei giovani – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=113)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	9 (3,7-17,6)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, la popolazione di giovani di 18-25 anni merita di essere monitorata con attenzione, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), è esposta ad un rischio maggiore di incidenti.

Tra i giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2008-2011, il 9% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è poco differente dalla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto.

I controlli delle Forze dell'Ordine (2010-11)

Controlli delle forze dell'ordine – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2010-11 (n=536)

	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	42,9 (38,7-47,2)

*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

- Nel periodo 2010-11, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 43% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di due volte negli ultimi 12 mesi.

Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2010-11
Pool di ASL: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)



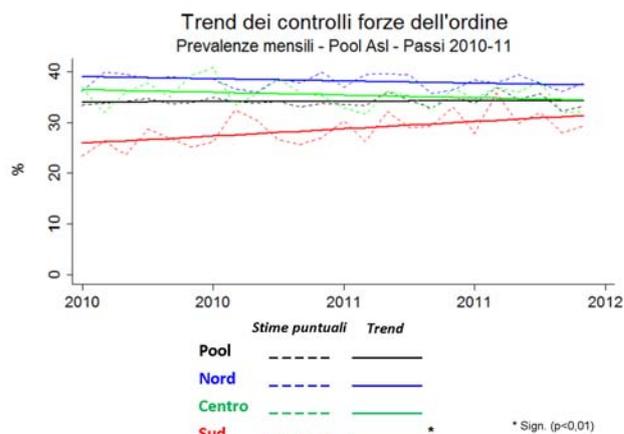
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel periodo 2010-11, la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 32%, mentre nel Pool di ASL questa percentuale nello stesso periodo è del 35%.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno, analizzato per mese, nel periodo 2010-11, non si notano differenze significative per il pool di Asl omogeneo, e, stratificando per macroarea, neppure per il Nord e il Centro Italia mentre per il Sud si registra un incremento significativo che passa in media dal 26% al 31%.



Controlli delle forze dell'ordine – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2010-11 (n=230)

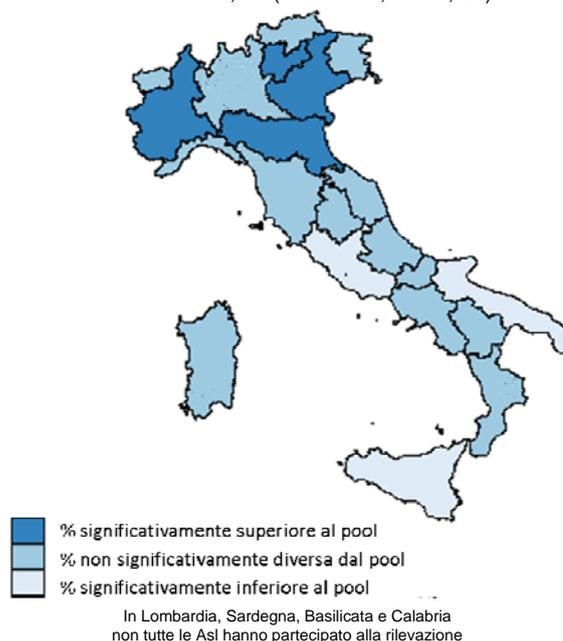
	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	13,9 (9,7-19,1)

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

- Il 14% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- Nel 2010-11, a livello regionale la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è del 16%, mentre nel Pool di ASL questa percentuale per lo stesso periodo temporale è dell'11%.

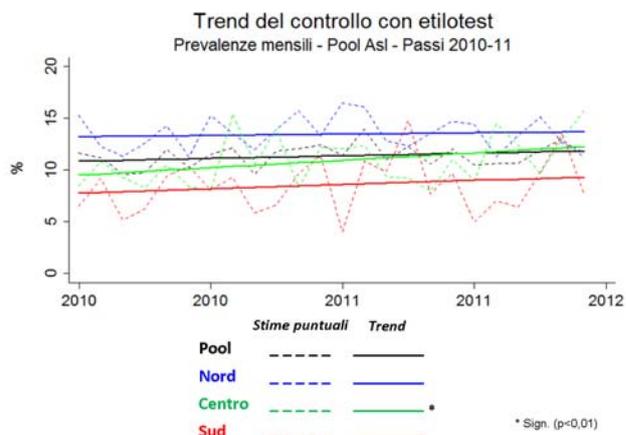
Etilotest effettuato al guidatore

Prevalenze per regione di residenza - Passi 2010-11
Pool di ASL: 11,1% (IC95%: 10,7%-11,5%)



Analisi di trend sul pool di ASL

- Nella valutazione mensile del fenomeno nel periodo 2010-11, non si osservano cambiamenti significativi per il pool di Asl, il Nord e il Sud, mentre per il Centro c'è un aumento significativo e si passa in media dal 10% a 12%.



Conclusioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, una minoranza, piccola ma consistente (il 10% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sebbene i comportamenti individuali rappresentino fattori di primaria importanza, per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

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.

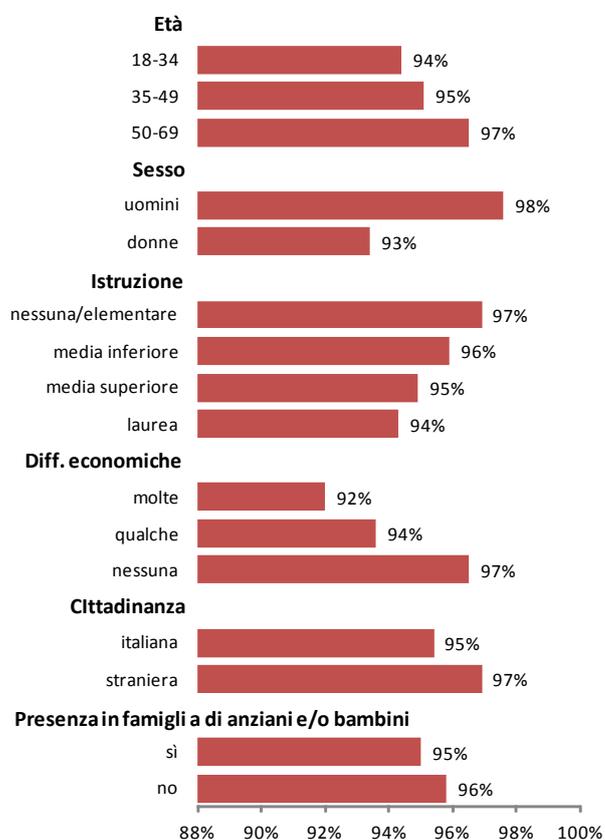
Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 96% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
 - gli uomini;
 - le persone senza difficoltà economiche;
 - le persone con cittadinanza straniera.

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico¹

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 95,5% (IC 95%: 94,0%-96,6%)

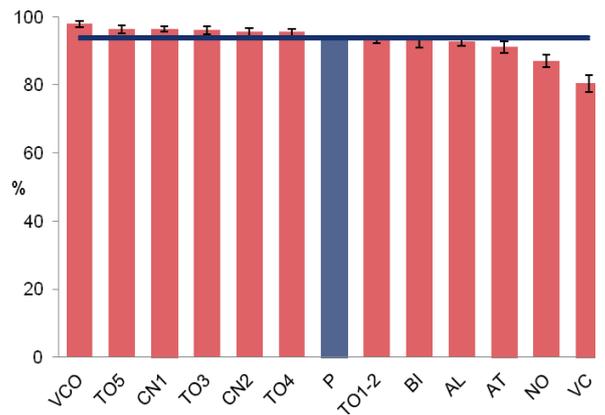


¹ Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

- Nelle ASL del Piemonte PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 94% (range 87% ASL NO – 98% ASL VCO).

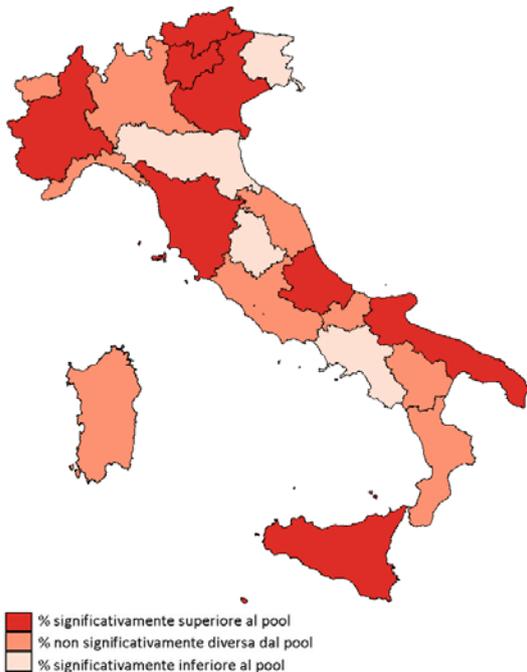
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
 Regione Piemonte: 93,7% (IC95%: 93,3% - 94,1%)



Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2008-11
 Pool di ASL : 93,1% (IC95%: 93,0%-93,3)

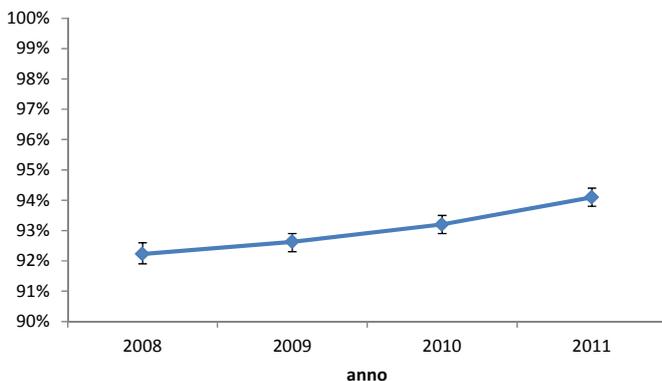


- Nel pool di Asl PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.

Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale son dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

Nel periodo 2010-11, nella ASL CN2 Alba-Bra, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 4%, così come a livello del pool di Asl PASSI, nello stesso periodo.

Conclusioni e raccomandazioni

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema nazionale linee guida (Snlg), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

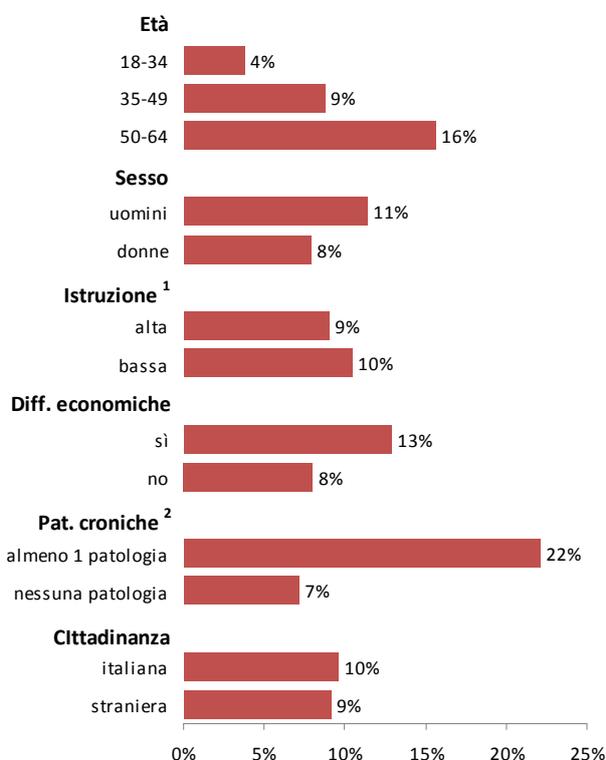
Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra il 10% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 22%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni;
 - negli uomini;
 - nelle persone con difficoltà economiche;
 - nelle persone con almeno una patologia cronica.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 12%.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

Totale: 9,6% (IC 95%: 7,1%-12,7%)



¹ istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea.

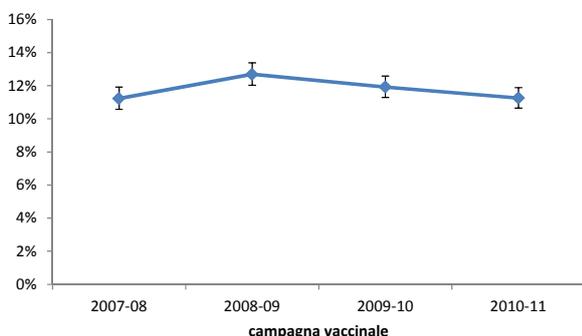
² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per anno

Pool omogeneo nazionale ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



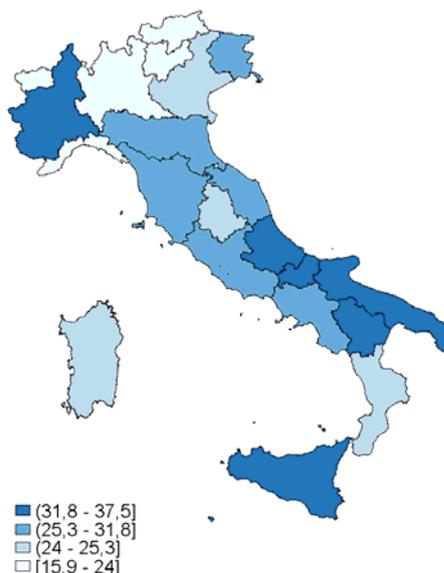
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con rilevanti differenze tra regioni.
- Questa percentuale varia in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra le persone affette da tumori (26%), da patologie respiratorie croniche (28%) e da insufficienza renale (28%) e malattie croniche del fegato (26%) (dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11);
 - poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (40%).

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)

Prevalenze per regione di residenza

Passi 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11
Pool di ASL: 29,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)



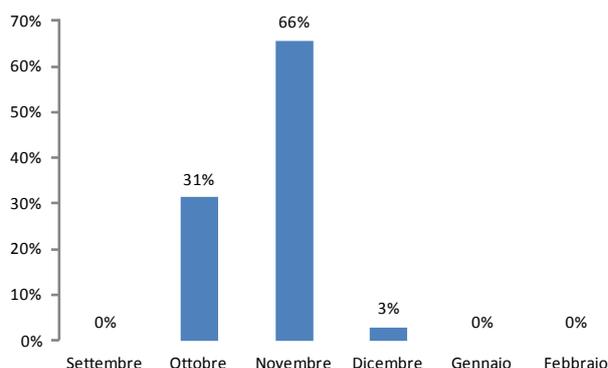
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nella ASL CN2, la maggior parte (66%) degli intervistati hanno riferito di essere stati vaccinati durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Distribuzione per mese di vaccinazione

ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie vaccinali adottate in Regione Piemonte hanno permesso di raggiungere nell'ASL CN2 una buona parte delle persone sopra ai 65 anni (66,2% nella campagna 2006/07, 64,9% nella campagna 2007/08, 64,4% nella campagna 2008/09, 64,7% nella campagna 2009/10, 60,2% nella campagna 2010/11) ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente. La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere pertanto ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialistici ed altre istituzioni territoriali.

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 fetali (sindrome della rosolia congenita).

In Italia, nel 2011 è stato approvato il nuovo [Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita](#), che fissa per il 2015 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. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione.

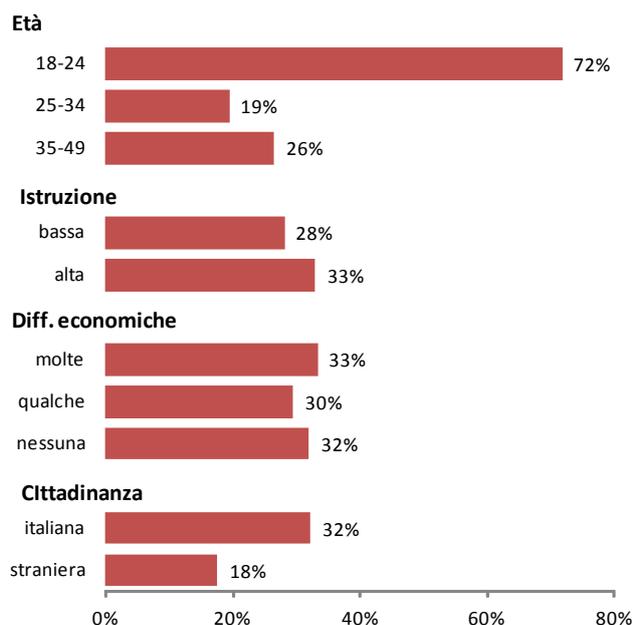
Passi, con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, la prevalenza delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL CN2 il 31% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è più elevata tra:
 - le più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (72%);
 - con alto livello d'istruzione;
 - con cittadinanza italiana.

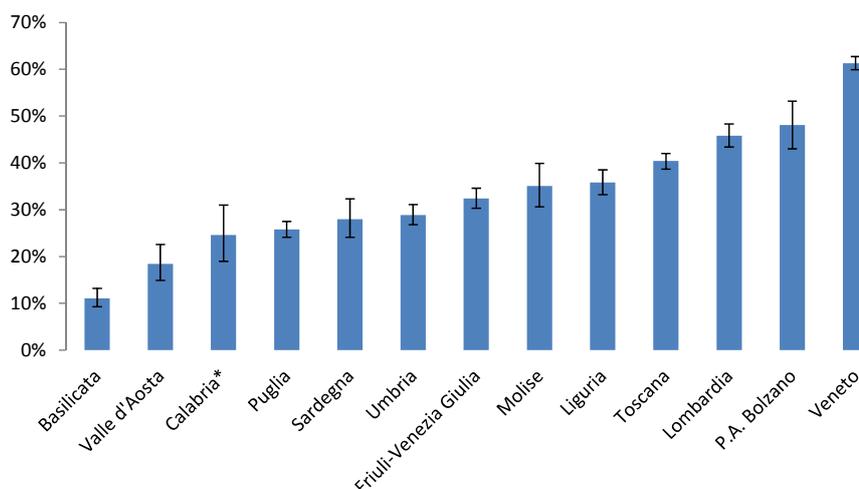
Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 31,3% (IC 95%: 25,7%-37,3%)



Confronto fra alcune Regioni/P.A.

Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11*



*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale, somministrato continuativamente nel quadriennio 2008-11 soltanto nelle 13 Regioni rappresentate nel grafico sopra.
- Si osserva chiaramente che le percentuali di copertura vaccinale variano in maniera statisticamente significativa nelle diverse Regioni, con valori che vanno dall'11% della Basilicata al 61% del Veneto.

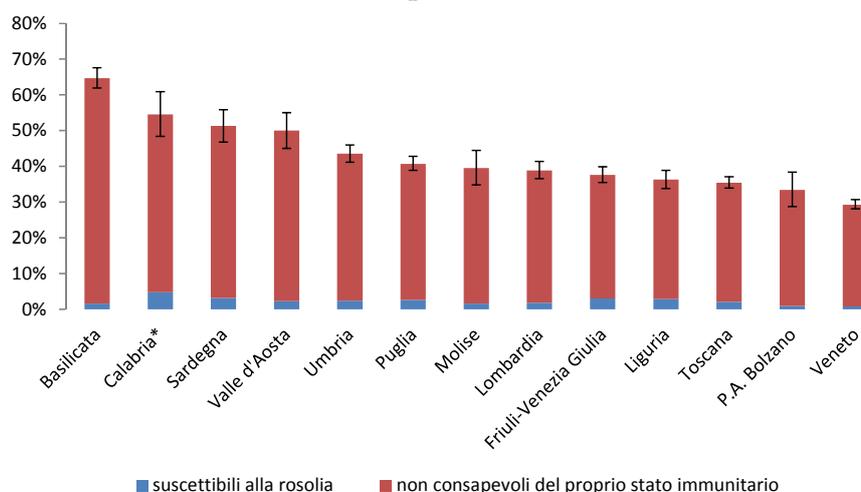
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL CN2 il 66% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia perché:
 - ha effettuato la vaccinazione (31%);
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (34%).
- L'1% delle donne risulta suscettibile alla rosolia perchè non ha effettuato la vaccinazione e riferisce di aver effettuato un rubeotest con risultato negativo.
- Il rimanente 34% delle donne non è consapevole del proprio stato immunitario, sono donne non vaccinate che:
 - non hanno o non sanno/ricordano di aver effettuato un rubeotest (31%);
 - hanno effettuato un rubeotest ma non ne conoscono/ricordano il risultato (2%).

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=259)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Immuni	65,6	(59,5-71,4)
<i>Vaccinate</i>	31,3	(25,7-37,3)
<i>Non vaccinate (con rubeotest positivo)</i>	34,4	(28,6-40,5)
Suscettibili		
<i>Non vaccinate (con rubeotest negativo)</i>	0,8	(0,1-2,8)
Immunità non nota	33,6	(27,9-39,7)
<i>Non vaccinate (senza rubeotest/non so)</i>	31,3	(25,7-37,3)
<i>Non vaccinate (con rubeotest dal risultato non noto)</i>	2,3	(0,9-5)

Confronto fra alcune Regioni/P.A.

Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11*



*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- La percentuale di donne suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario varia in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, con percentuali che vanno dal 65% della Basilicata al 29% del Veneto.

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra si stima che circa l'1% delle donne in età fertile sia suscettibile alla rosolia, perché non è stata vaccinata e riferisce di aver eseguito un rubeotest dal risultato negativo. Accanto a questa percentuale che sebbene modesta andrebbe in ogni caso azzerata, c'è una quota non trascurabile, 34%, di donne in età fertile ignare del proprio stato immunitario nei riguardi della rosolia; è presumibile che la gran parte di queste donne abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale (come dimostrano i risultati di molti studi di siero prevalenza) e che la reale proporzione fra loro di suscettibili sia contenuta. Nell'ASL CN2 sono state implementate strategie di offerta attiva dei vaccini alle donne negative al rubeotest da parte del servizio di Ginecologia e Ostetricia in occasione del post partum e da parte del Servizio Vaccinazioni e Profilassi delle Malattie Infettive in occasione della somministrazione della prima dose dei vaccini ai neonati. Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (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. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è 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 e 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) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse;
- l'approccio individuale è invece volto a 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.

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. In questa sezione viene descritta la situazione relativa a 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.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

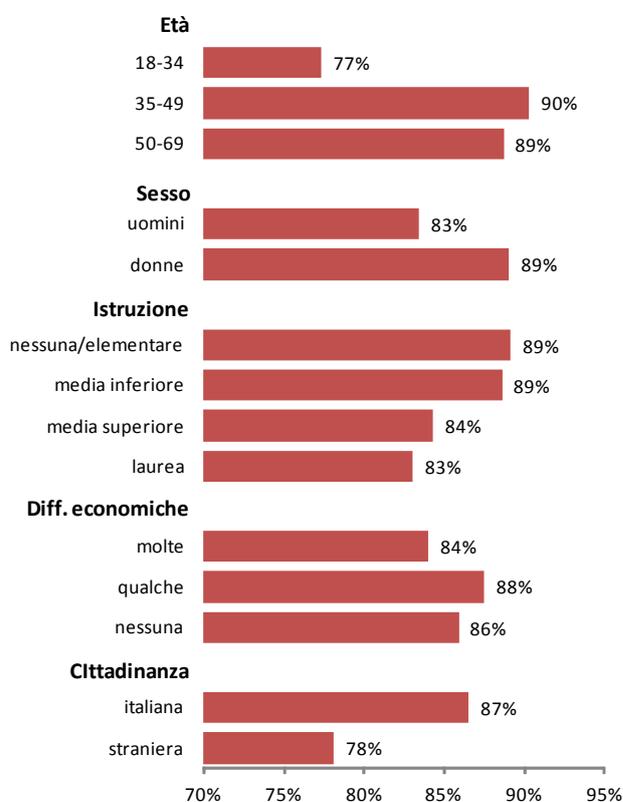
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra, l'86% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il restante 6% 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 35-69 anni;
 - nelle donne;
 - nelle persone con livello istruzione basso;
 - nei cittadini italiani.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

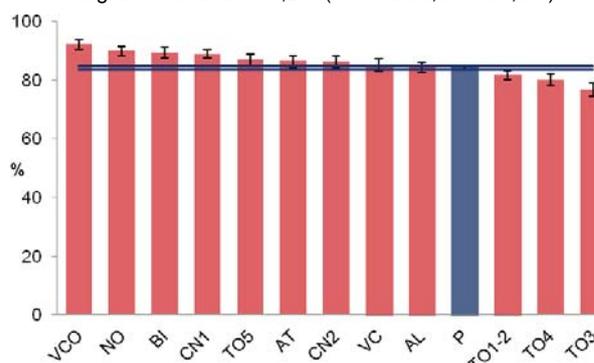
Totale: 86,3% (IC 95%: 84,1%-88,2%)



- Nelle ASL piemontesi PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'84% (range 77% ASL TO3 – 92% ASL VCO).

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

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Regione Piemonte: 84,2% (IC95%: 83,6% - 84,8%)



Persone che riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-2011
Pool di Asl: 83,1% (IC95%: 82,9-83,4%)



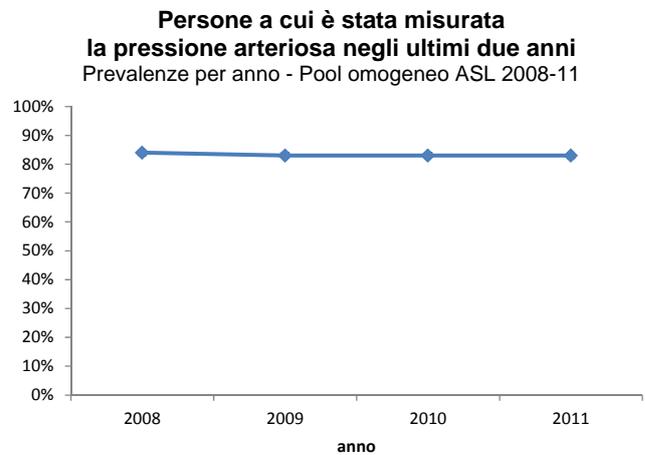
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'83%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) una chiara stabilità dell'indicatore negli anni.



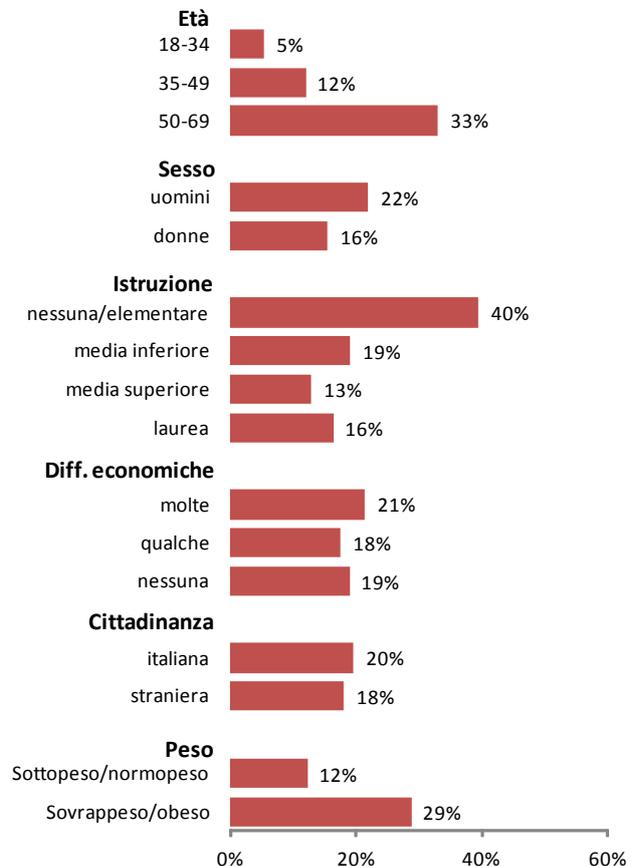
Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL CN2, il 19% 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 (33% nella fascia 50-69 anni);
 - negli uomini;
 - nelle persone con livello istruzione molto basso;
 - nelle persone con eccesso ponderale.
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21%.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

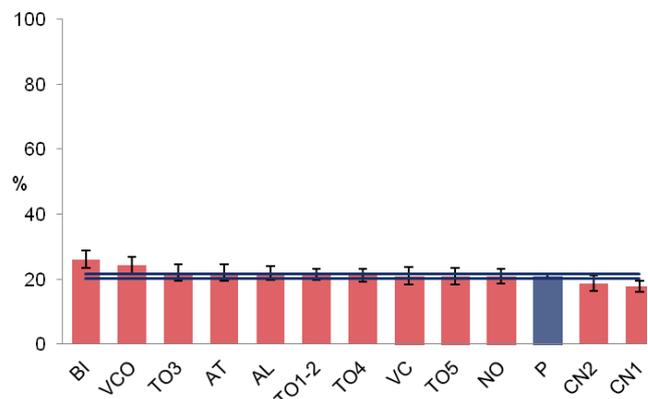
Totale: 18,6% (IC 95%: 16,3%-21,1%)



- Nelle ASL del Piemonte il 21% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione (range 18% ASL CN1 – 26% ASL BI).

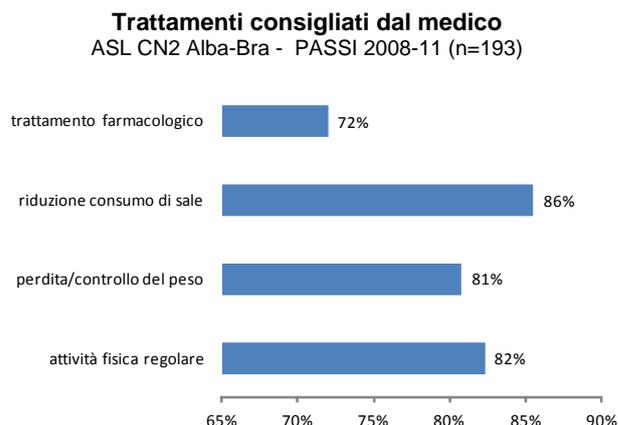
Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Regione Piemonte: 20,8% (IC95%: 20,2% - 21,5%)



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

- Nella ASL CN2, il 72 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (86%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (81%)
 - svolgere regolare attività fisica (82%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel periodo 2008-11 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell'ASL CN2 Alba-Bra, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 33% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

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

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa quattro ipertesi su cinque.

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 miocardio.

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

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

- Nella ASL CN2 Alba - Bra, il 78% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

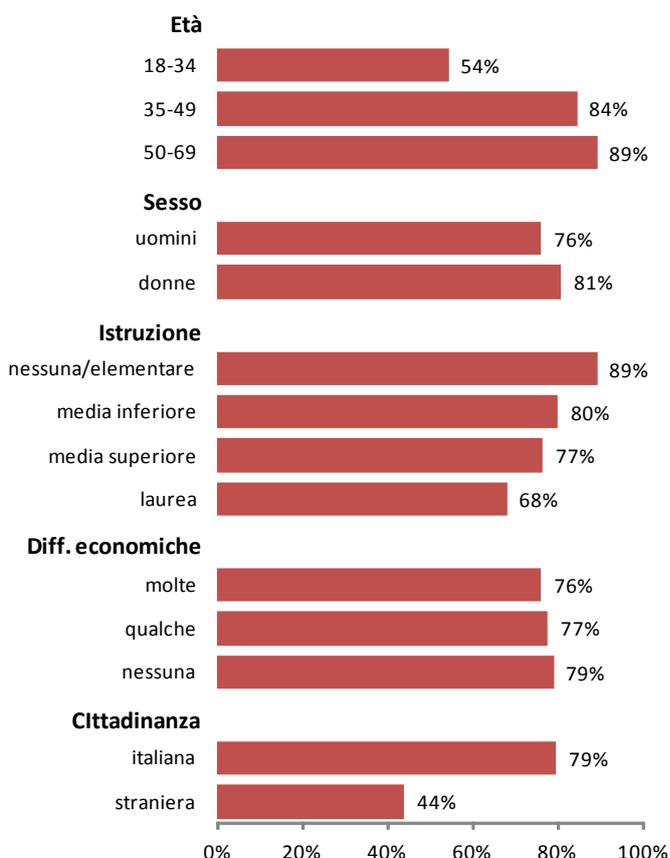
- il 52% nel corso dell'ultimo anno;
- il 14% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista;
- il 12% da oltre 2 anni.

Il 22% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 54% della fascia 18-34 anni all'89% di quella 50-69 anni);
 - nelle donne;
 - nelle persone con basso livello di istruzione;
 - nelle persone senza alcuna difficoltà economica;
 - nei cittadini italiani.

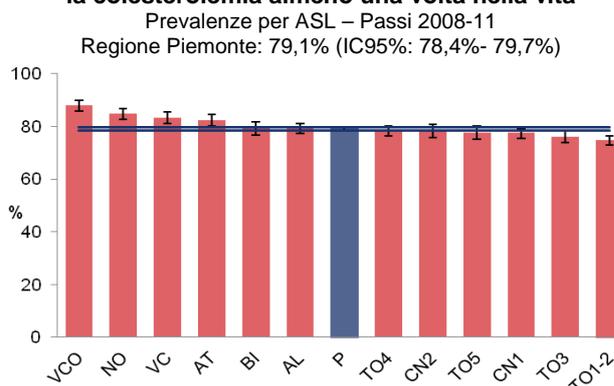
Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 78,4% (IC 95%: 75,8%-80,7%)



- Nelle ASL piemontesi PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79% (range 75% ASL TO1-2 – 88% ASL VCO).

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita



Persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-2011
Pool di Asl: 79,1% (IC95%: 78,8-79,3%)



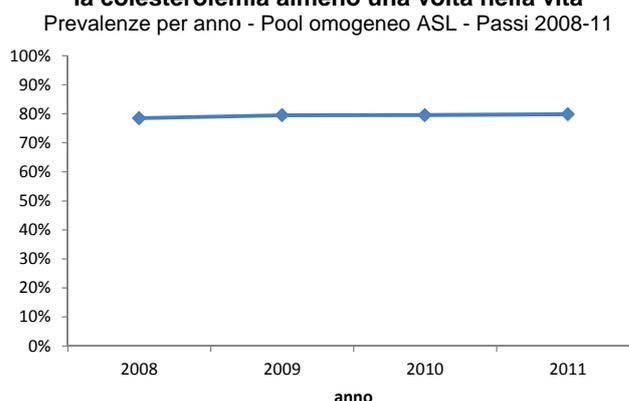
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita



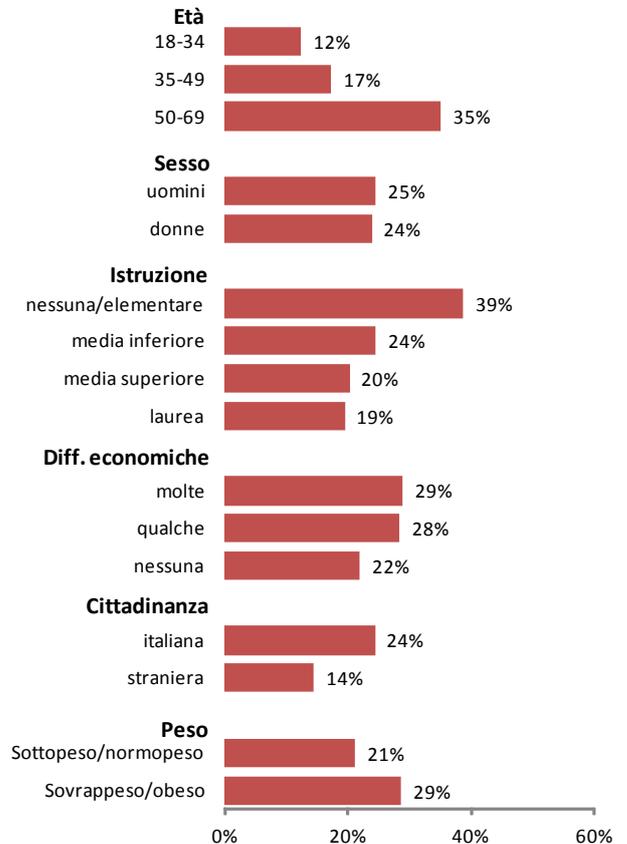
Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra, il 24% 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 più avanzate;
 - nelle persone con basso livello di istruzione;
 - nei cittadini italiani;
 - nelle persone in sovrappeso/obese.
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.
- Nelle ASL piemontesi PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, (range 19% ASL CN1 – 32% ASL NO).

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

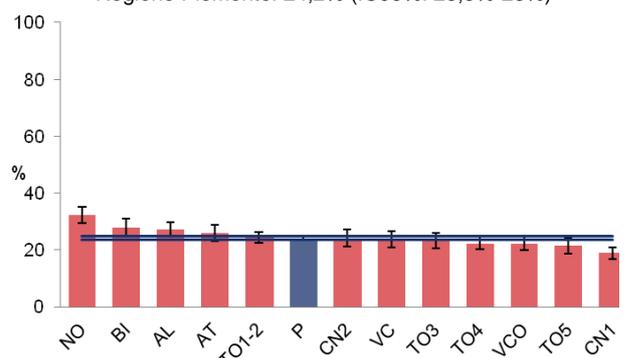
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 24,1% (IC 95%: 21,3%-27,2%)



Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

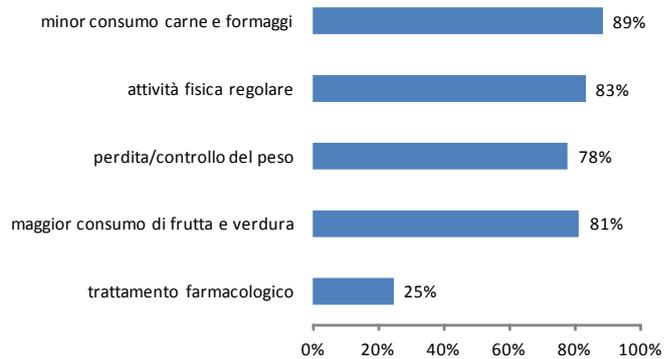
Prevalenze ASL - Passi 2008-11
Regione Piemonte: 24,2% (IC95%: 23,5%-25%)



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASL CN2, il 25% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (89%);
 - svolgere regolare attività fisica (83%);
 - ridurre o controllare il proprio peso (78%);
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (81%).
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 29%.

Trattamenti consigliati dal medico
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2008-11 (n=208)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL CN2 Alba-Bra, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni. L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su cinque non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 70% e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

- Nell'ASL CN2, solo il 3% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

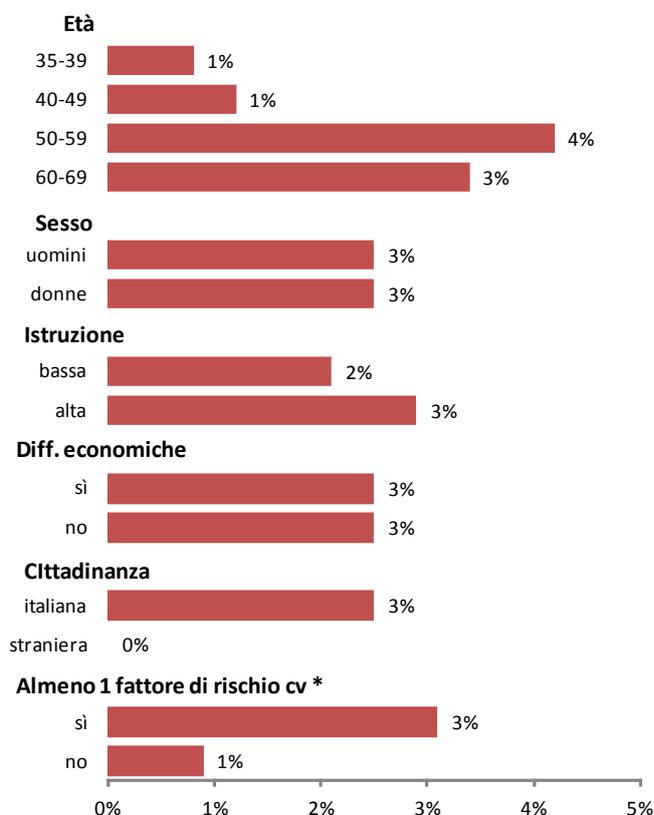
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

- nella classe di età 50-69;
- nelle persone con cittadinanza italiana;
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 2,5% (IC 95%: 1,5%-3,9%)



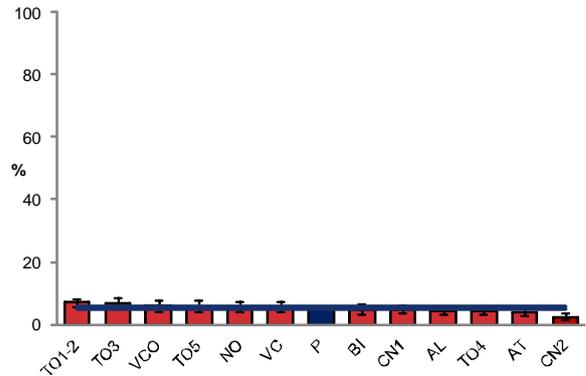
* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

- Nel Pool delle ASL del Piemonte PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 5% (range 3% ASL CN2 – 7% ASL TO1 – 2).

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)

Prevalenze per ASL – Passi 2008-2011

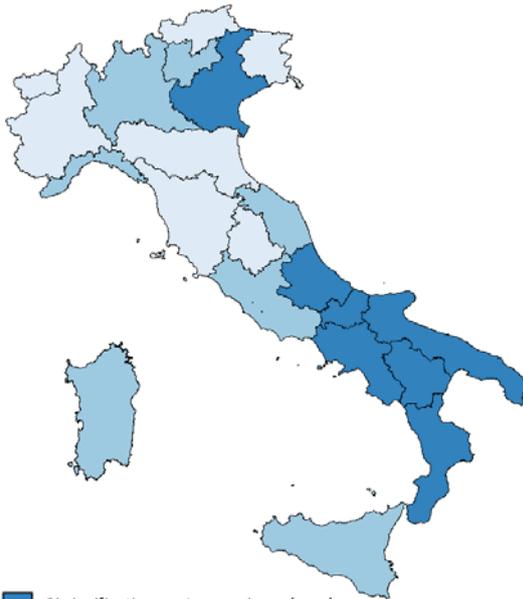
Regione Piemonte: 5,3% (IC95%: 4,8%-5,7%)



Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-2011

Pool di Asl: 6,5% (IC95%: 6,4-6,7%)



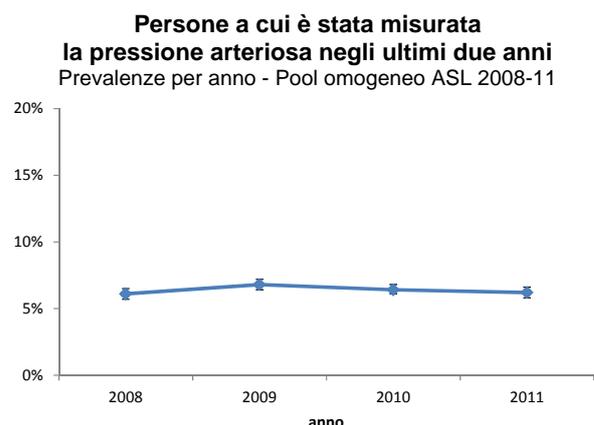
- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6,5%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una stabilità dell'indicatore negli anni.



Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

Nella ASL CN2 Alba-Bra, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

Sintomi di depressione

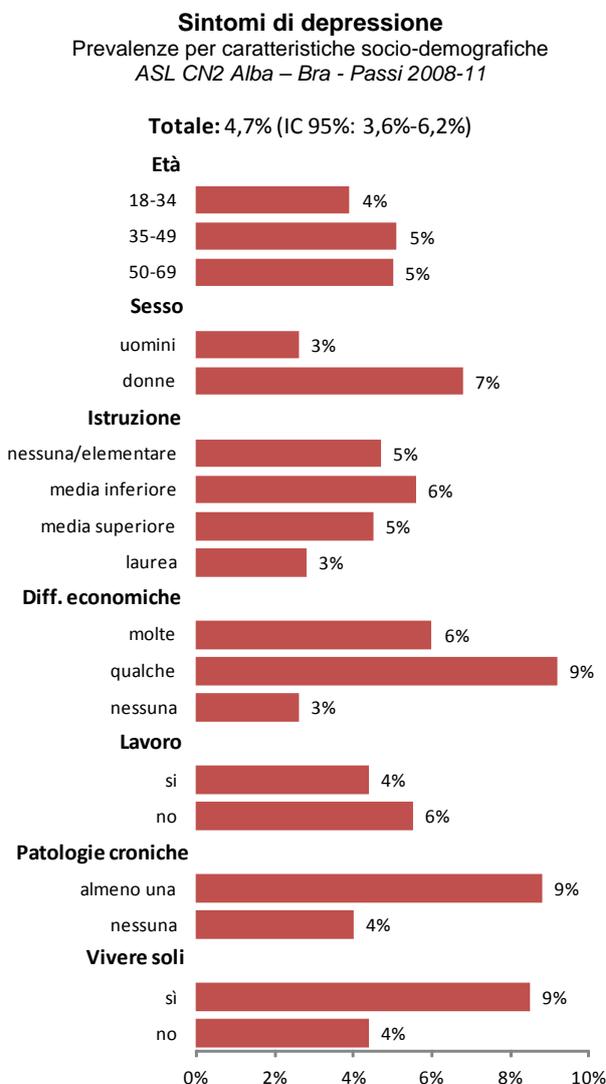
Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

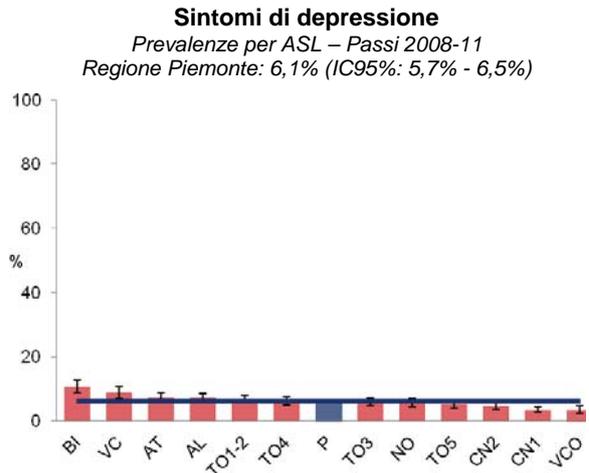
Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

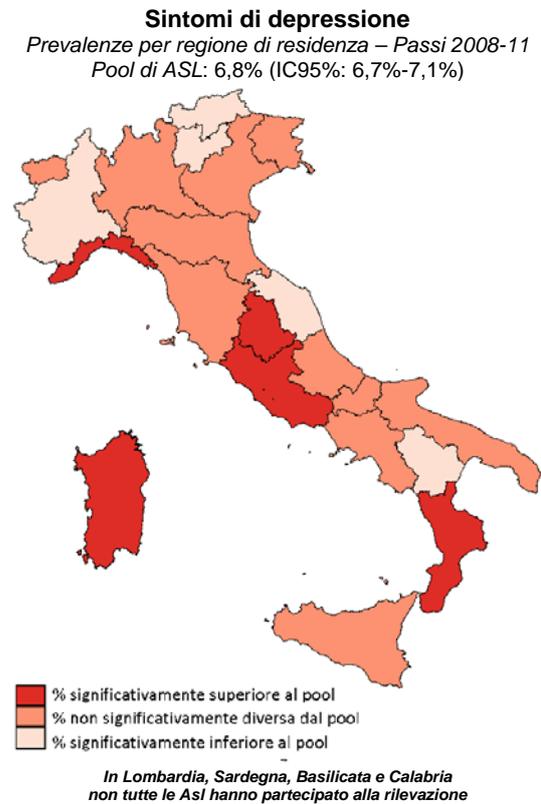
- Nella ASL CN2, circa il 5% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle donne;
 - nelle persone con difficoltà economiche;
 - nelle persone senza un lavoro continuativo;
 - nelle persone con almeno una patologia cronica;
 - nelle persone che vivono sole.



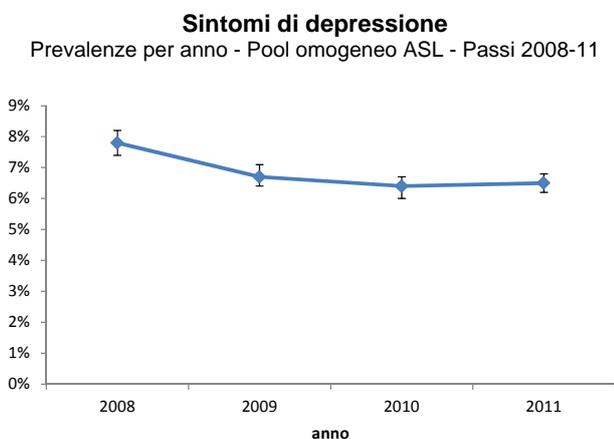
- Nelle ASL del Piemonte PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 6% (range 3% ASL VCO- 11% ASL BI).



- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 7%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.



Confronto su pool omogeneo nazionale

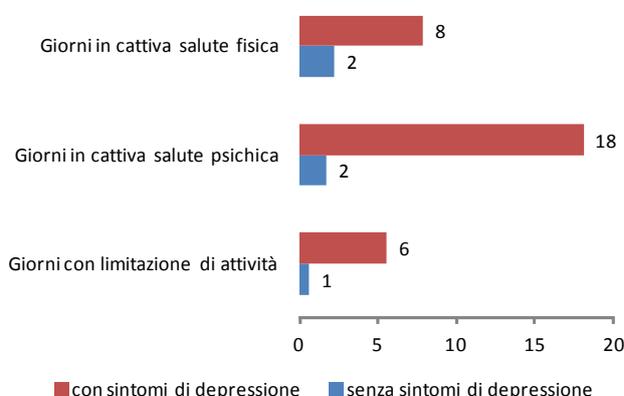


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

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

- Nella ASL CN2, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 31% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 68% 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.

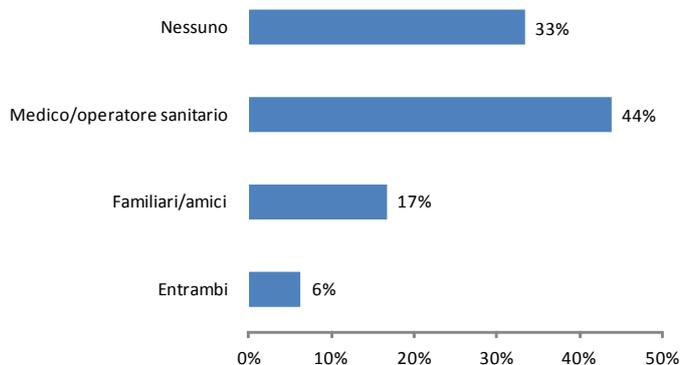
Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
ASL CN2 Alba – Bra - Passi 2008-11 (n=1095)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 67% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (44%), a familiari/amici (17%) o ad entrambi (6%).

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
ASL CN2 Alba – Bra - Passi 2008-11 (n=52)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra si stima che circa il 5% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro, con almeno una patologia cronica e nelle persone che vivono da sole.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (quasi una persona su tre).

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti sufficienti ormai prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del dna di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*). L'Italia nei prossimi anni si avvia ad essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

In Piemonte, il Programma di screening oncologico, denominato Prevenzione Serena, interessa esclusivamente i tumori rispetto ai quali è disponibile un'evidenza di efficacia della diagnosi precoce, ovvero il carcinoma di cervice uterina, mammella e colon-retto.

L'A.S.L. CN2 è parte integrante di un Dipartimento di screening interaziendale, il n. 7 della Regione Piemonte, insieme all'A.S.L. CN1 ed all'A.S.O. S.Croce e Carle.

Per quanto riguarda lo screening citologico cervicovaginale, considerato l'anno 2011, nell'A.S.L. CN2 sono state invitate al Pap test 15.317 donne; 92 di esse, neonate allo screening, hanno aderito spontaneamente in anticipo rispetto alla convocazione scritta, mentre 13.244 sono state invitate all'interno di un regolare intervallo di rescreening. Circa i test di screening effettuati, sono state eseguite 7.055 citologie cervicovaginali, pari ad un'adesione del 47.3%, che sale al 47.6% considerando le spontanee.

In parallelo, abbiamo avuto 1.439 esclusioni temporanee, su indicazione del Medico di medicina generale o della stessa assistita, 1.393 esclusioni temporanee basate su comunicazione di Pap test recente o su lettera inesitata per mancato recapito, oltre alle esclusioni definitive per patologia segnalate da parte di tutti i medici di medicina generale dell'A.S.L. CN2 o derivanti dagli aggiornamenti dell'anagrafe aziendale.

Gli invii ad approfondimento di secondo livello, consistenti in colposcopia, ripetizioni di Pap test, biopsia, eventuali trattamenti e follow up, sono stati 432 (*Bollettino epidemiologico ASL CN2 Alba-Bra – Anno 2011*).

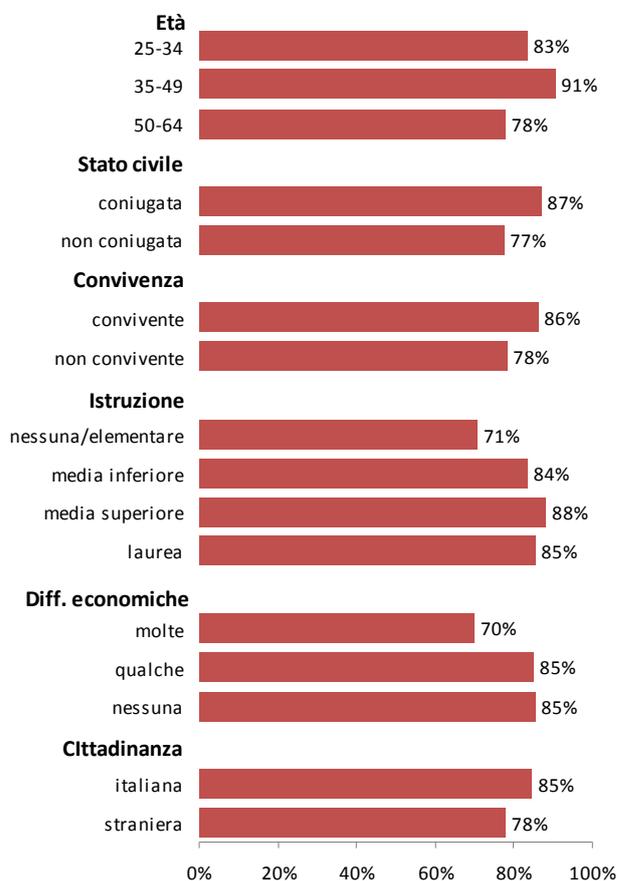
Quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra, l'84% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.
- In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni;
 - nelle coniugate o conviventi;
 - con alto livello d'istruzione;
 - senza rilevanti difficoltà economiche;
 - con cittadinanza italiana.

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

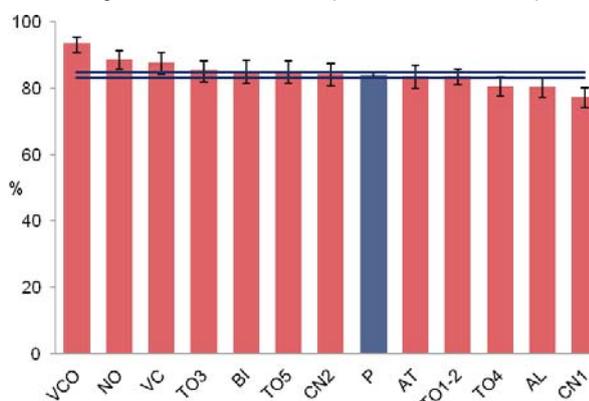
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11

Totale: 84,3% (IC 95%: 80,6%-87,4%)



Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11
Regione Piemonte: 83,9% (IC95%: 83% - 84,9%)



- Tra le ASL del Piemonte partecipanti al sistema PASSI 2008-11, l'84% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni (range 77% ASL CN1 – 94% ASL VCO).

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni

Donne 25-64 anni

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool di ASL: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

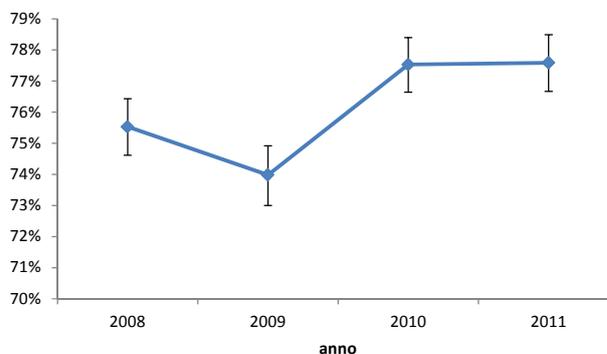
Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni

Donne 25-64 anni

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



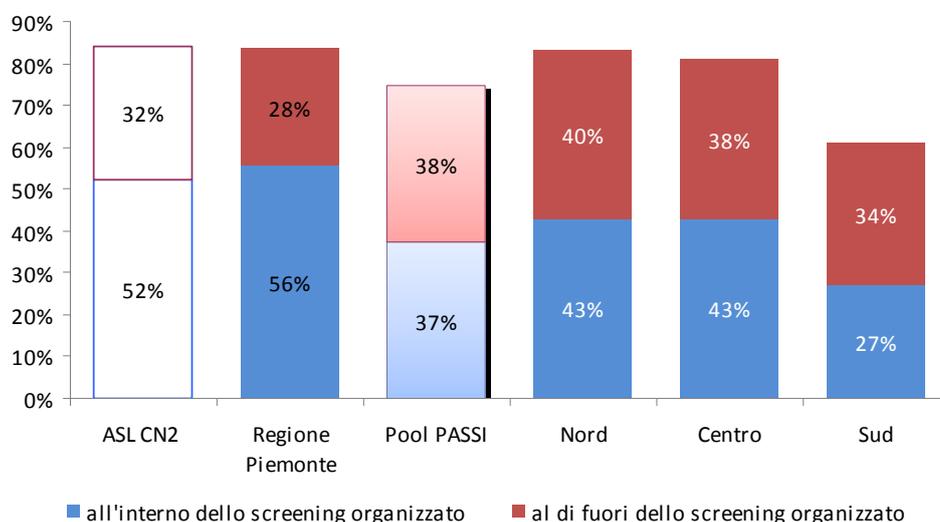
Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 52% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 32% l'ha eseguito come prevenzione individuale.
- Nella Regione Piemonte, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 56% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (range 29% ASL VCO – 68% ASL TO5), mentre il 28% l'ha eseguito come prevenzione individuale (range 17% ASL TO5 – 65% ASL VCO).
- Nel Pool di ASL la quota di adesione spontanea allo screening cervicale è rilevante: si stima infatti che quasi quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato.

**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica - Passi 2008-11

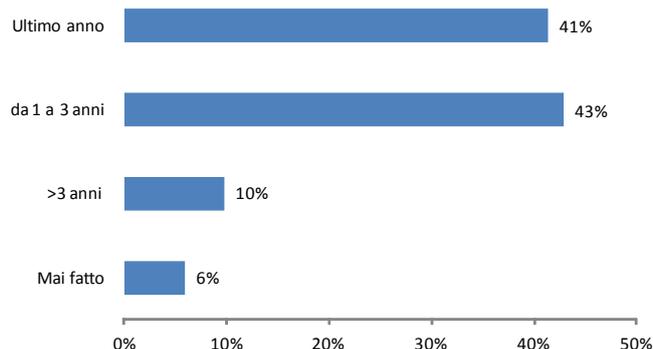


Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Circa la metà delle donne 25-64enni (41%) ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno.

**Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale
Donne 25-64 anni**

ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2008-11 (n=471)

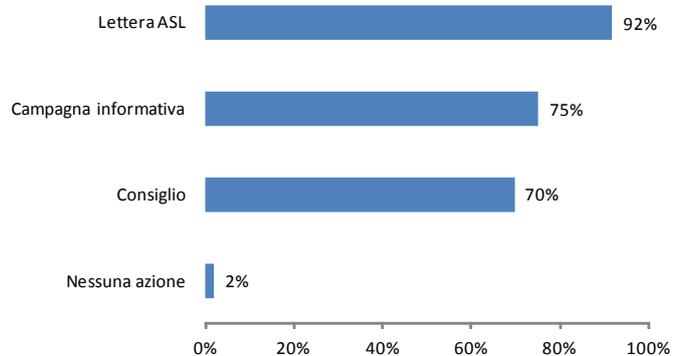


Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra:
 - Il 92% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL;
 - il 75% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening;
 - il 70% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale* Donne 25-64 anni

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=458)



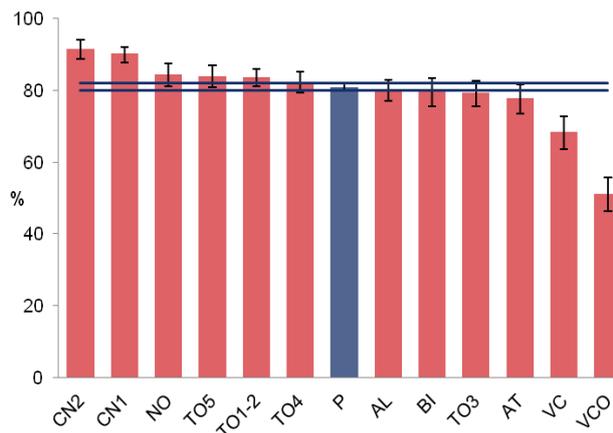
*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Tra le ASL partecipanti del Piemonte al sistema PASSI 2008-11, l'81% delle donne ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL (range 51% ASL VCO – 92% ASL CN2).

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale con lettera di invito dell'ASL - Donne 25-64 anni

Prevalenza per ASL – Passi 2008-11

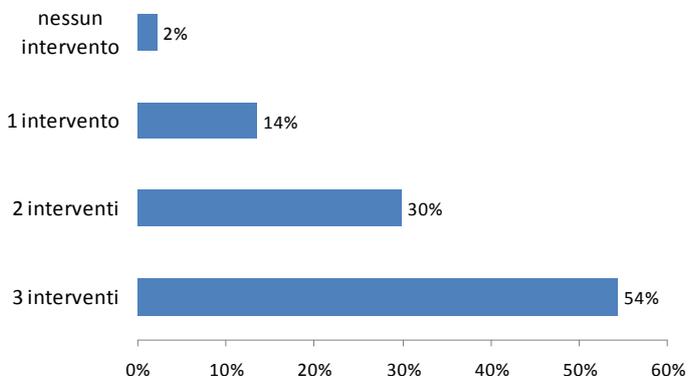
Regione Piemonte: 81% (IC95%: 80% -82%)



- La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI 2008-11 a livello nazionale, il 90% delle donne 25-64 anni intervistate è stato raggiunto da almeno un intervento di promozione dal test di screening.

Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening* Donne 25-64 anni

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=458)



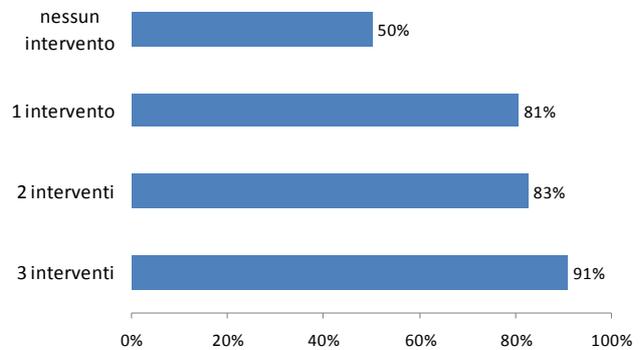
*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- A livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore sanitario come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida Donne 25-64 anni

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11



Perché non è stato eseguito il test di screening?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra il 16% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (6%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (10%).
- La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 35% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida Donne 25-64 anni

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11

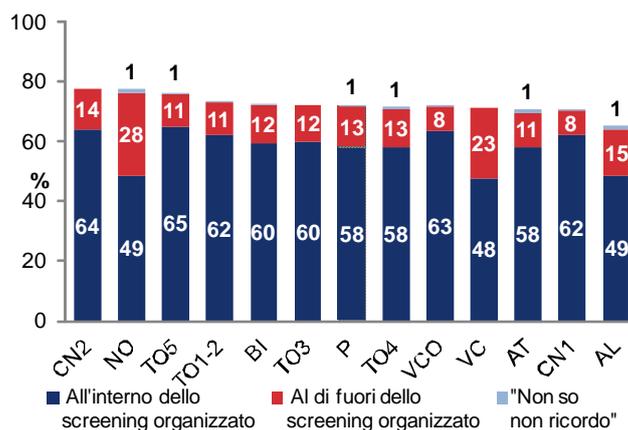


* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, l'84% delle donne intervistate ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (pap test o HPV test) nel corso degli ultimi 3 anni; il 52% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 32% l'ha eseguito come prevenzione individuale. Il 92% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.

I dati rilevati dal Sistema di sorveglianza PASSI non sono perfettamente sovrapponibili a quelli rilevati dal sistema di monitoraggio dello Screening organizzato (ASL CN2 il 78% delle donne di età 25-64 anni ha effettuato il pap test secondo la periodicità raccomandata: 64% all'interno dello screening organizzato, 14% al di fuori dello screening organizzato).



I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test, come pure la cittadinanza straniera; una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione, lo screening cervicale attraversa un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

Bibliografia:

- Bollettino epidemiologico – Anno 2011. Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'ASL CN2 Alba-Bra.
http://www.aslcn2/pagine/ita/dettaglio_news.lasso?id=1110;
<http://www.epicentro.iss.it/territorio/piemonte.asp>
- Health Technology Assessment: Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino Epidemiol Prev 2012; 36 (3-4), maggio-agosto
http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf
- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione del programma organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora minore nel Sud (dati ONS).

Nell'ASL CN2 Alba-Bra la citologia cervicovaginale e la mammografia di screening sono state implementate nel 1999; il test di screening con intervallo biennale è rivolto alle donne in età compresa tra 50 e 69 anni, l'adesione spontanea è prevista fino ai 75 anni. Il test è svolto con cadenza annuale nelle donne tra 45 e 49 anni. Per tutte le età l'approfondimento di secondo livello consiste in eventuali ingrandimenti, ecografia, prelievi citoistologici, con eventuale guida stereotassica. Considerato l'anno 2011, nell'A.S.L. CN2 sono state invitate alla mammografia 12.899 donne; 23 di esse, neonate allo screening, hanno aderito spontaneamente in anticipo rispetto alla convocazione scritta, mentre 10.285 sono state invitate all'interno di un regolare intervallo di rescreening. Circa i test di screening effettuati, sono state eseguite 7.969 mammografie, pari ad un'adesione del 60,2% , che sale al 60,3% considerando le spontanee.

In parallelo, abbiamo avuto 937 esclusioni temporanee, su indicazione del medico di medicina generale o della stessa assistita, 639 esclusioni temporanee basate su comunicazione di mammografia recente o su lettera inesitata per mancato recapito, oltre alle esclusioni definitive per patologia segnalate da parte di tutti i medici di medicina generale dell'A.S.L. CN2 o derivanti dagli aggiornamenti dell'anagrafe aziendale.

Gli invii ad approfondimento di Secondo livello, consistenti in ingrandimenti, ecografie, citologie, istologie biotiche, essi sono stati 327.

Nel corso del 2011, in tutto il Dipartimento cuneese, si è provveduto ad inviare la lettera informativa della possibilità di aderire allo screening mammografico con richiamo annuale (prevista senza appuntamento prefissato per la fascia d'età 45-49 anni) a tutte le donne eleggibili di 45 e 48 anni, per un totale di 7.892 lettere.

L'adesione è stata circa del 30% (incrementando del 20% l'adesione spontanea in assenza di informativa in tale coorte), con un numero di esami pari a 2.205.

Nell'ambito del territorio dell'A.S.L. CN2, nell'anno 2011, sono stati eseguiti 401 esami mammografici a donne 45enni e 180 a donne 48enni, derivanti dall'invio dell'informativa, mentre 71 mammografie sono state effettuate su donne di 48 anni già aderenti nel corso del 2010 e richiamate l'anno successivo con lettera con appuntamento prefissato e modificabile (*Bollettino epidemiologico ASL CN2 Alba-Bra – Anno 2011*).

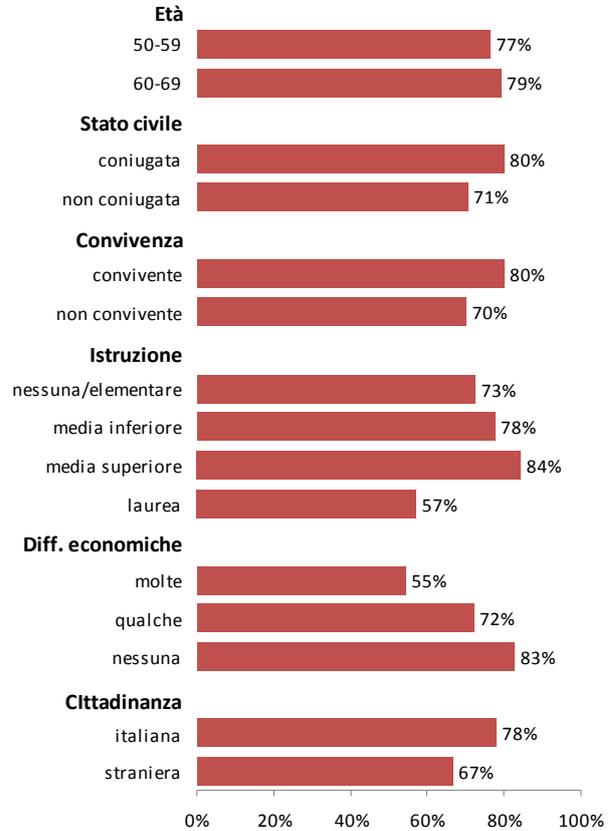
Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra circa il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 60-69 anni;
 - nelle coniugate o conviventi;
 - senza rilevanti difficoltà economiche;
 - con cittadinanza italiana.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 46 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 69% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11

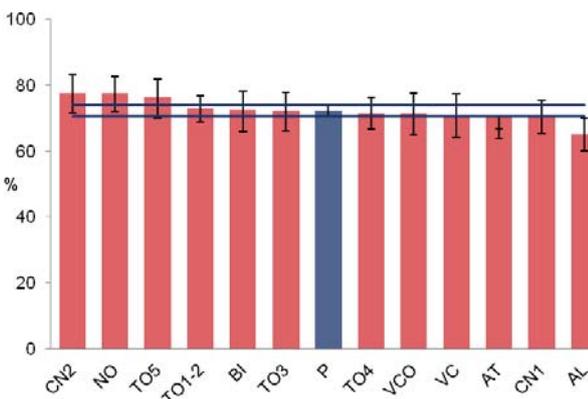
Totale: 77,7% (IC 95%: 71,5%-83,1%)



Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASL – Passi 2008-11

Regione Piemonte: 72,2% (IC95%: 70,5% - 73,8%)



- Tra le ASL piemontesi partecipanti al sistema PASSI 2008-11, il 72% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (range 65% ASL AL – 78% ASL CN2).

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-11
Pool Asl: 69,8% (69,1-70,5%)



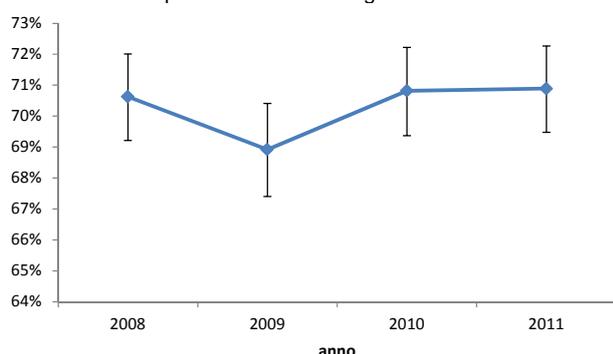
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



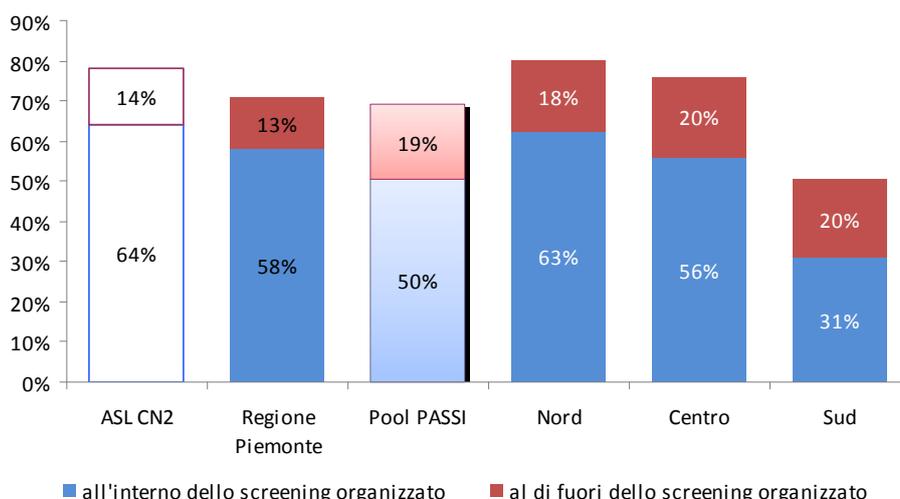
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

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

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nell'ASL CN2 Alba-Bra, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 64% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 14% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nella Regione Piemonte il 58% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 13% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

**Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 50-69 anni**

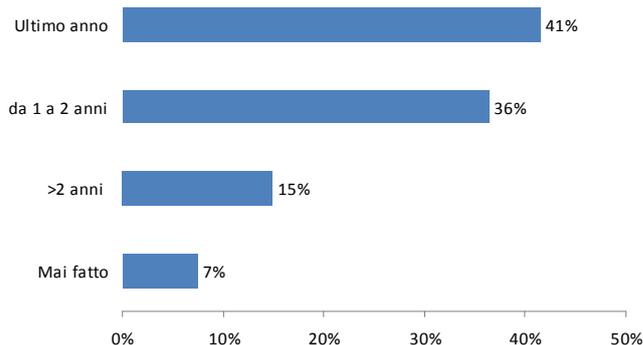
Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica - Passi 2008-11



Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- Circa due donne tra 50-69enni su cinque (41%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno.
- Il 7% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

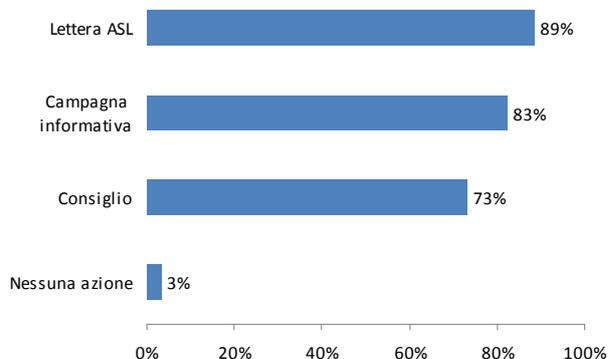
Periodicità di esecuzione della Mammografia
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=215)



Quale promozione della Mammografia?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra:
 - l'89% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - l'83% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 73% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia.

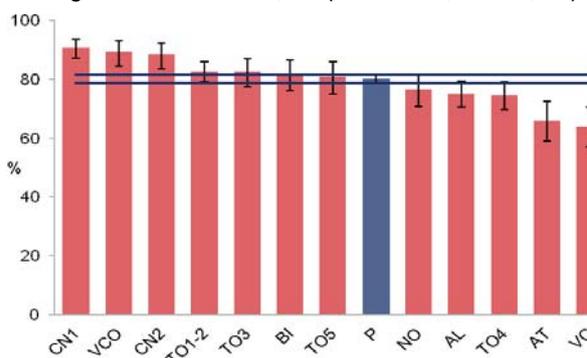
Promozione della Mammografia
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=271)



- Tra le ASL partecipanti del Piemonte al sistema PASSI 2008-11, l'80% delle donne ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL (range 64% ASL VC – 91% ASL CN1).

Promozione del test di screening mammografico con lettera di invito dell'ASL - Donne 50-69 anni

Prevalenza per ASL – Passi 2008-11
 Regione Piemonte: 80,2% (IC95%: 78,8% -81,6%)

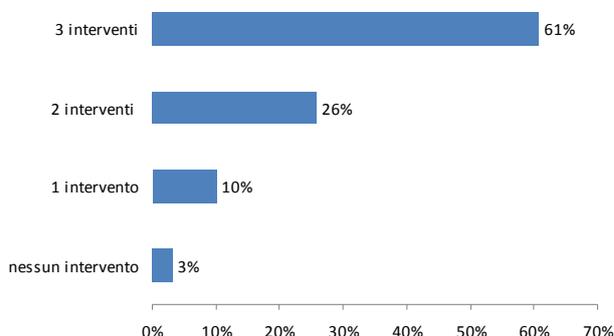


- Il 61% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 26% da due interventi ed il 10% da uno solo; il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.

Numero di interventi di promozione ricevuti per la Mammografia

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=217)

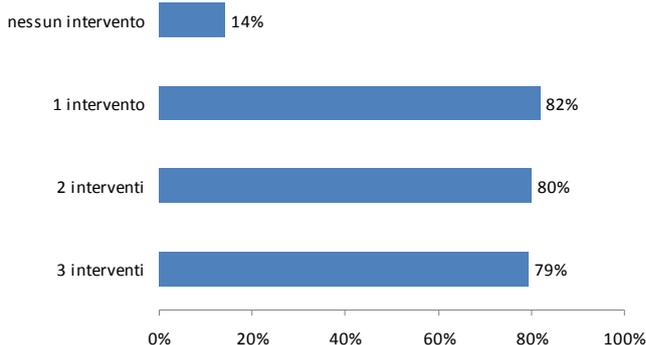


Quale efficacia degli interventi di promozione?

- A causa dell'esiguità del campione non emerge la correlazione tra numero degli interventi di promozione ricevuti e l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è invece rilevato che al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati. Ciò conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11



Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra, il 22% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (7%) o l'ha eseguita da oltre due anni (15%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 32% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11 (n=44)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi 2 anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali e il 14% l'avrebbe eseguita al di fuori dello screening organizzato. Il 89% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL. I risultati delle interviste Passi concordano abbastanza con quelli dei flussi regionali.

Infine anche nel caso dello screening per il tumore della mammella si confermano rilevanti le disuguaglianze rispetto alla partecipazione: difficoltà economiche come pure la cittadinanza straniera condizionano l'adesione al test.

Bibliografia:

- Bollettino epidemiologico – Anno 2011. Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'ASL CN2 Alba-Bra.
http://www.aslcn2/pagine/ita/dettaglio_news.lasso?id=1110;
<http://www.epicentro.iss.it/territorio/piemonte.asp>
- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011
- Osservatorio Nazionale Screening. Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: risultati del progetto IMPATTO dei programmi di screening mammografico Pacini editore, 2011
<http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf>

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening infatti sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci.

Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale; sono inoltre attivi 7 programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte e Asl di Verona).

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

Nell'ASL CN2 lo screening dell'adenocarcinoma del colon-retto e dei precursori è svolto mediante i test rettosigmoidoscopico e di ricerca del sangue occulto nelle feci.

Circa lo screening rettosigmoidoscopico, che nel corso dell'anno 2011 ha riguardato i soggetti nati nel 1953, esso viene eseguito presso i due centri di Alba e Bra. Sul centro di endoscopia di Alba sono state eseguite 299 rettosigmoidoscopie, che nel 79,9% dei casi sono risultate complete negative e nel 3,3% incomplete negative; sono state inviate a colonscopia totale di approfondimento 8 lesioni ad alto rischio inferiori a 1 cm e 8 ad alto rischio superiori a 1 cm. Sul centro di endoscopia di Bra sono state svolte 272 rettosigmoidoscopie, che nel 77,9% dei casi sono risultate complete negative e nel 2,6% incomplete negative; sono stati inviati a colonscopia totale 4 soggetti con lesioni ad alto rischio inferiori a 1 cm e 7 ad alto rischio superiori a 1 cm.

Riguardo allo screening basato sulla ricerca del sangue occulto nelle feci, nel corso del 2011 sono stati invitati 9.949 soggetti, 3.851 di essi sono risultati negativi, mentre per il 5,6%, corrispondente a 214 assistiti, si è verificata una positività che ha dato corso ad un'indicazione di approfondimento colonscopico totale. L'adesione al primo livello è stata pari al 40,9%.

Riguardo a questo screening, va detto che, a differenza che per gli screening citologico e mammografico, oltre a rivolgersi ad entrambi i sessi, la Regione Piemonte ha adottato una strategia specifica rispetto al test: nello screening del cancro coloretale, infatti, si ricerca ogni due anni il sangue occulto nelle feci nella popolazione che nel 2009 aveva un'età compresa tra 59 e 69 anni e, una tantum anno per anno, viene proposto il test rettosigmoidoscopico alla coorte di età pari a 58 anni. La scelta si basa sul fatto che il test endoscopico risulta capace di individuare lesioni non sanguinanti che costituiscono precursori evolutivi dell'adenocarcinoma (*Bollettino epidemiologico ASL CN2 Alba-Bra – Anno 2011*).

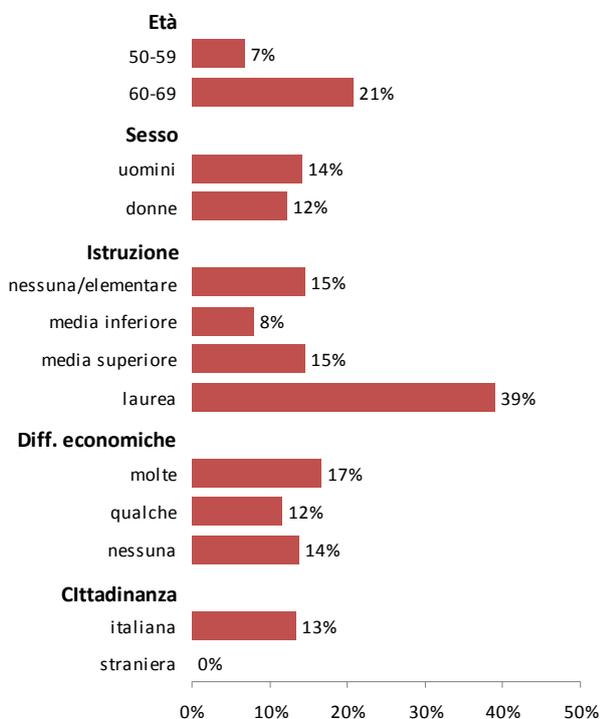
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali in accordo alle linee guida?

- Nella ASL CN2 Alba-Bra circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 13% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni e nelle persone con elevato titolo di studio.
- Il 12% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni e nelle donne.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11

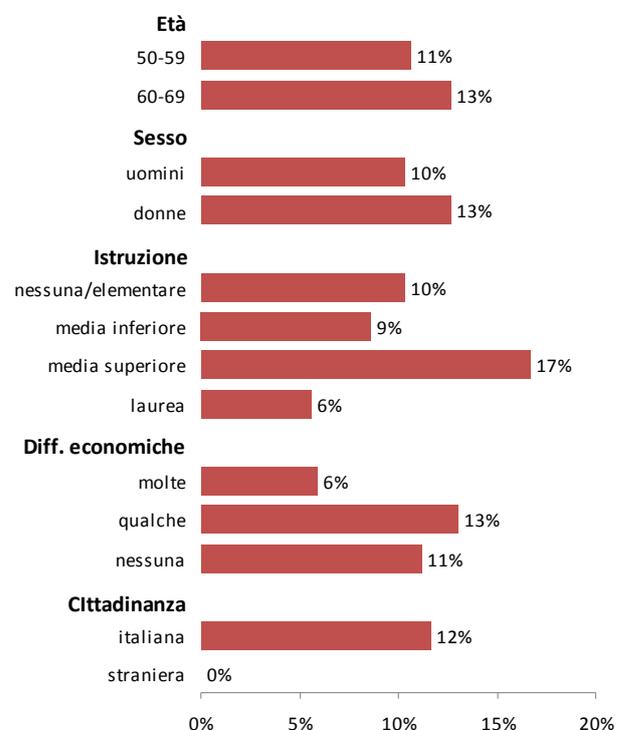
Totale: 13,2% (IC 95%: 10,2%-16,9%)



Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2008-11

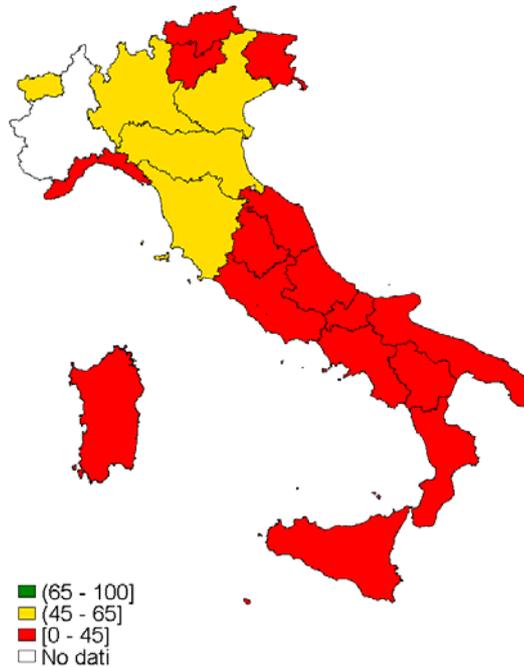
Totale: 11,5% (IC 95%: 8,7%-15,1%)



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per regione di residenza - Passi 2008-11*
Pool Asl: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

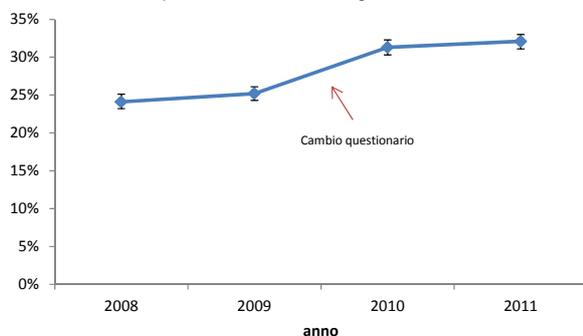
* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale*, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

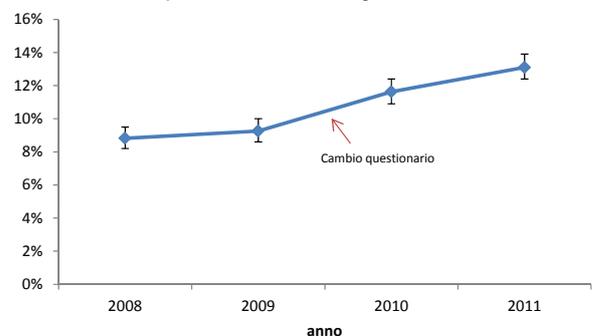
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

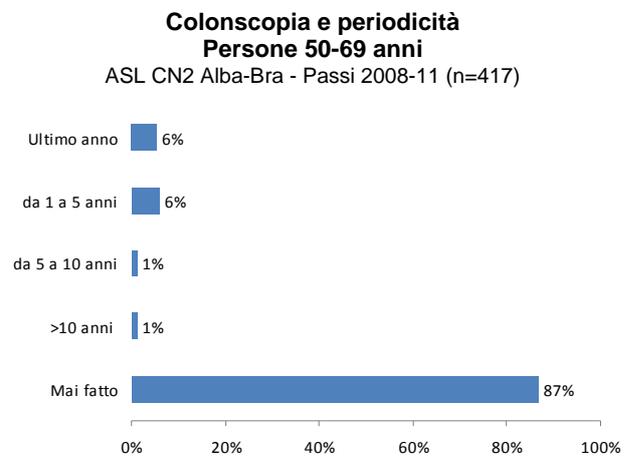
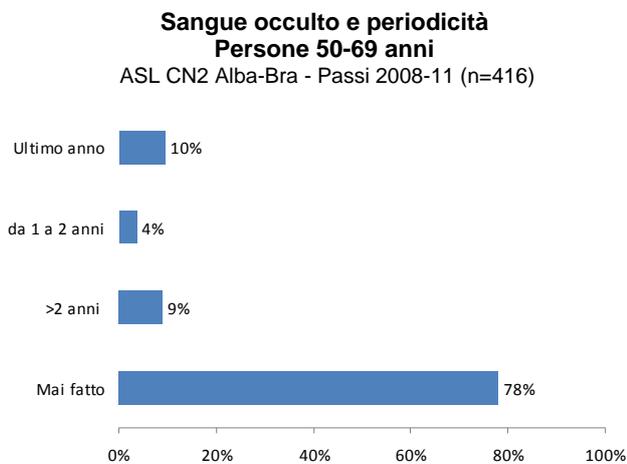
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

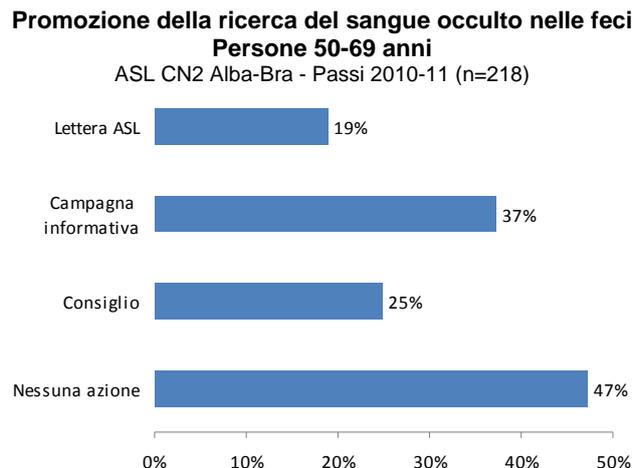
Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:
 - il 10% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno;
 - il 4% da uno a due anni;
 - il 9% da più di 2 anni.
- Il 78% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.
- Relativamente all'ultima colonscopia eseguita:
 - il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno e da uno a cinque anni;
 - l'1% da cinque a dieci anni e da più di dieci anni.
- L'87% ha riferito di non aver mai eseguito il test.



Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra:
 - il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL;
 - il 37% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
 - il 25% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

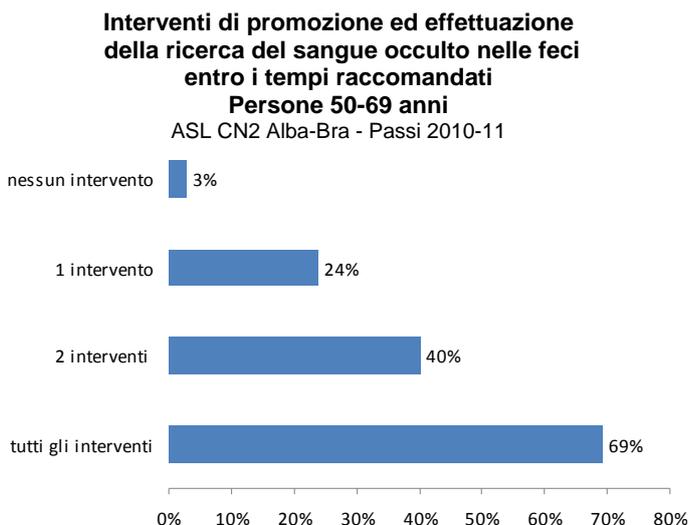
- Il 6% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna); il 16% da due interventi di promozione ed il 31% da un solo intervento; il 47% ha riferito di non aver ricevuto alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

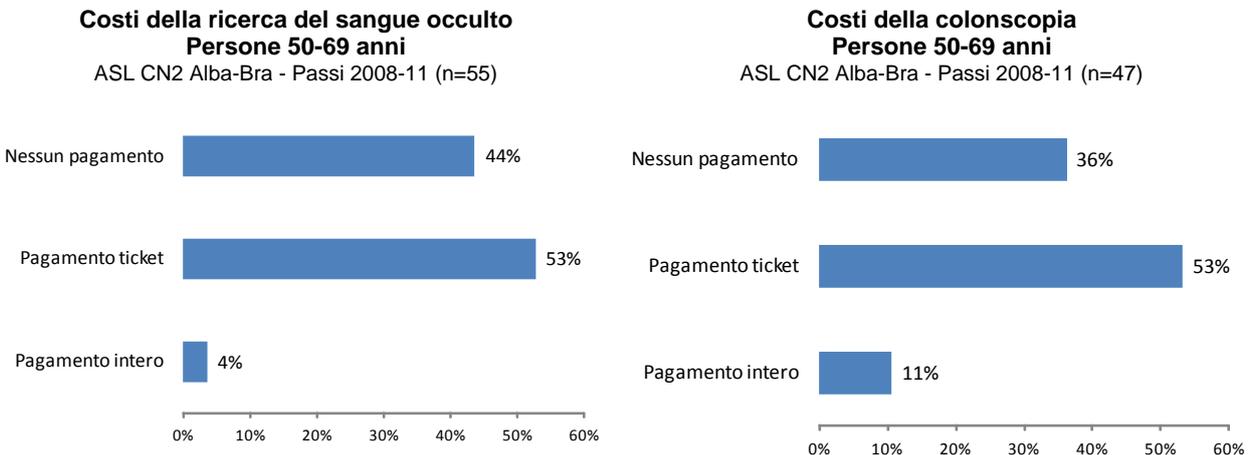
- Nella ASL CN2 Alba-Bra la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 3% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 69% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

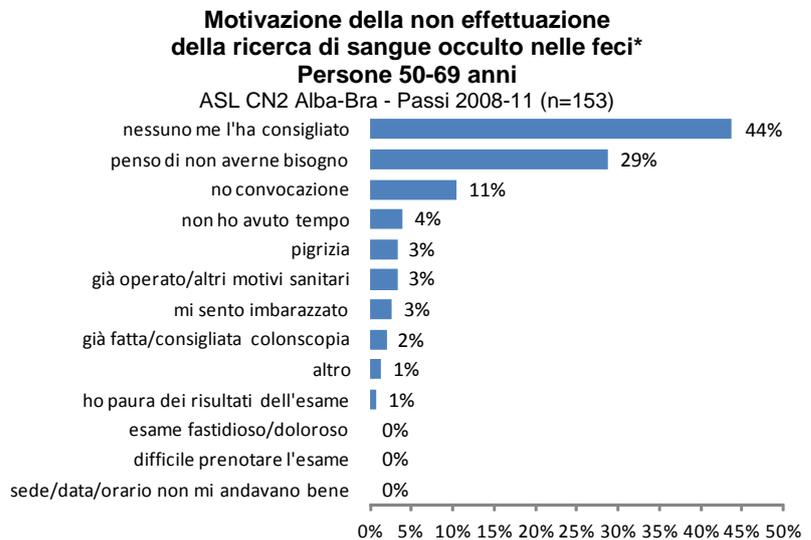
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 44% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 53% ha pagato solamente il ticket e il 4% l'intero costo dell'esame.
- Il 36% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 53% ha pagato esclusivamente il ticket ed l'11% l'intero costo dell'esame.



Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (44%) e il pensare di non averne bisogno (29%). Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).

Il 13% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni e nelle persone con elevato titolo di studio.

Il 12% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni e nelle donne.

Da sottolineare che per entrambi gli esami di diagnosi precoce dei tumori coloretali non vi è adesione da parte dei cittadini stranieri.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socioeconomici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

Bibliografia:

- Bollettino epidemiologico – Anno 2011. Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'ASL CN2 Alba-Bra.
http://www.aslcn2/pagine/ita/dettaglio_news.lasso?id=1110;
<http://www.epicentro.iss.it/territorio/piemonte.asp>