



A.S.L. BI  
Azienda Sanitaria Locale  
di Biella

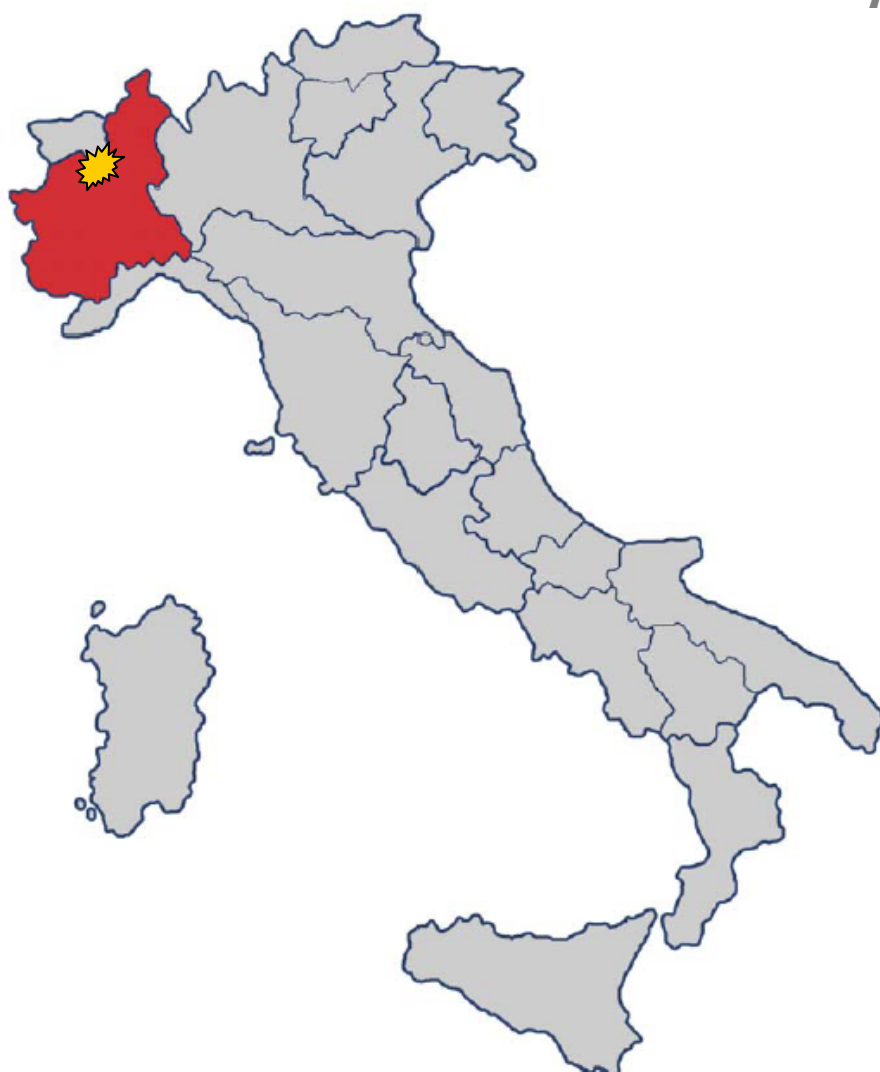


Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto locale 2008-2011

### ASL BI - BIELLA



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



una sanità in salute fa bene a tutti



# Indice

Premessa	pag. II
Obiettivi	pag. III
Metodi	pag. V
Bibliografia	pag. VII

Descrizione del campione aziendale	pag. 1
Attività fisica	pag. 7
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	pag. 12
Consumo di alcol	pag. 20
Sicurezza stradale - Alcool e guida	pag. 28
Abitudine al fumo	pag. 32
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 43

## A cura di

**Adriano Giacomini – Coordinazione Aziendale PASSI  
Responsabile S.O.S. Epidemiologia ASL BI**

### Intervistatori:

**Simona Andreone (2007-2010)  
Anna Busato (2007-2010)  
Adriano Giacomini (2007-2010)  
Enrica Grometto (2011)  
Brunella Muraro (2010-2011)  
Anna Musso (2007-2009)  
Silvia Orlandi (2011)  
Aureliano Salatino (2011)  
Piercarlo Vercellino (2007-2011)  
Laura Vinci (2010)**

### Coordinamento regionale:

**Maria Chiara Antoniotti, Andrea Nucera, Donatella Tiberti**

# Premessa

E' un dato di fatto che i sistemi sanitari ovunque nel mondo investono una modestissima quota della spesa sanitaria totale in prevenzione rispetto alle spese di assistenza.

E' altrettanto noto che le malattie cronico-degenerative (cardiovascolari e tumori per prime) assorbono fette importantissime della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie non può che aumentare con l'allungamento della vita media.

Nel nostro Paese la proporzione di popolazione sopra i 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

La Provincia di Biella si caratterizza, in questo contesto, come una delle aree con indicatori socio-demografici più critici (elevato indice di vecchiaia, bassa natalità) in Piemonte ed in Italia.

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

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

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

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

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

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

# Obiettivi

## Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione biellese 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.

Il report prodotto contiene i risultati divulgati nell'estate 2011 all'interno dell'ASL BI.

## Obiettivi specifici

### 1. Aspetti socio-demografici

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico);
- descrizione delle 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. Attività fisica

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

### 3. 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.

### 3. 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.

#### **4. Sicurezza stradale**

- 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.

#### **5. 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.

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

#### **7. 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.

# 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 envalidato 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 ASL BI.

Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## **Strategie di campionamento**

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI e per garantire idonea rappresentatività regionale i dati delle ASL sono stati aggregati attribuendo opportuni pesi. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Il dato di riferimento nazionale, denominato "pool PASSI", riguarda i territori coperti in maniera sufficiente, per numerosità e rappresentatività dei campioni, dal sistema di sorveglianza.

## **Interviste**

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione e della Struttura di Epidemiologia;

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 tramite questionario cartaceo o utilizzando la modalità 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 (passidati).

## **Analisi delle informazioni**

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

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 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 ("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).

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

# Bibliografia

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). Global Behavioral Risk Factor Surveillance. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. Current Issues of Public Health 1996;2,51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. Social and Preventive Medicine 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. Health Promotion International 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. American Journal of Preventive Medicine 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html)
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_932\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf)
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003–2005.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf)
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004).
16. Italia. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>
16. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=](http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano)
17. vuoto&lingua=italiano
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf)
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>
20. World Health Organization Europe. Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)



22. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>
24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>
27. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai-Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;3:1-2.
32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI. 2007;3:3-4. Rapporti ISTISAN 07/30
33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7-8.
34. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR-13).
38. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>
39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE – Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>
40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) – Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>
41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083-93.
42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79-85.
43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235-9.
44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>
45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scarl; 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp\\_introduzione.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf)
46. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_556\\_allegato.pdf](http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf)
47. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.

48. AIRT Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. *Epidemiologia & Prevenzione* 2006(30) suppl. 2.
49. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano\\_prev\\_attiva2004\\_2006.pdf](http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf)
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>
52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional)
53. 16. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore della mammella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>
54. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional)
55. Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>
56. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 42–57
57. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996–2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 28–41.
58. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 58–71.
59. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. *BEN–Notiziario ISS* 2005;18 (11):i–ii.
60. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S):73–107.
61. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):97–72.
62. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/costs among Medicare recipients. *Obesity Research* 2005 13, 1450–7.
63. Fifty–Seventh World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf)
64. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, *JAMA*. 2003;289:2913–6.
65. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793
66. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>
67. Unione Europea. Public Health Programme 2003–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm)
68. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003–2005.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf)
69. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf)
70. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN *Notiziario ISS* 2006;19(9); v–vi.
71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>

72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo:[http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsv\\_fv.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsv_fv.pdf)
73. World Health Organization. Prevenire le malattie croniche un investimento vitale. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo:[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/Overview\\_Italian.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf)
74. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999–2000 Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>
75. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003 Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo:<http://www.istat.it/sanita/sociosan/>
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003;Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005;54:RR–10.
79. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London:BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De Iuventute", Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519–30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– Alcolologia 2002;14 (2–3):109–17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report\\_Alcol\\_Ue\\_2006\\_it.1153401953.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf)

96. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20060420\\_00/testointegrale.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf)
97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. Eur J Public Health 2004;14:94–100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. BMJ 2004;328:947–9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). L'epidemia del fumo in Italia. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1–11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, Zuccaro P. I giovani e il fumo. Indagine Doxa 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>
107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna\\_effetti\\_fumo\\_passivo.pdf](http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf)
108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio “PASSI”. Inserto BEN 2006;19(1):i–ii. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>
109. Taggi F. et al “Sicurezza stradale: verso il 2010” in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>;
110. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003–2004). Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013\\_00/Incidenti\\_stradali\\_0304\\_ed\\_provvisoria.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf)
111. Taggi F. (Ed.). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – Il rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20(1–18)%20SITO.1119430208.pdf)
112. World Health Organization. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Geneva: WHO 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>
113. Task Force on Community Preventive Services. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. (Traduzione italiana). Epidemiologia e Prevenzione 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>
114. World Health Organization. A 5–year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva:WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final\\_strat\\_en.pdf](http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_en.pdf)
115. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003–2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iascone P, Maturano P. Il Sistema “Ulisse” per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005) Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>

118. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386–92.
119. World Health Organization. World health report 2004 statistical annex. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf)
120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12–6.psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903–10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD–WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1–100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year–prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765– 76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749– 56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
132. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
133. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
134. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411–22.
135. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
136. Kroenke K. Comunicazione personale.
137. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
138. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J Infect Dis* 2000; 181: 831–7.
139. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
140. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
141. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
142. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate an high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.

144. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta-analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518–27.
145. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655–63.
146. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Service*, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
149. Fateh-Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS*. 19(9):i–ii.
150. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003–2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>
151. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600–8.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
153. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine-induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
154. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh-Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(4):vii–viii.
155. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/promozione/inc\\_domestici/sezDomestici.jsp?label=id\\_dat](http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat)
156. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003*. Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
157. Taggi F. (Ed.) *La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999–2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l\\_046/l\\_04619990220it00010005.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_345\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc)
163. Carrozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii–iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>
164. Centers for Disease Control and Prevention. *Health Related Quality of Life. HRQOL*. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>
165. CDC. *Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
166. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665–72.
167. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111–35.

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

# Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da oltre 116.000 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASL BI.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, nella Azienda BI sono state intervistate 1067 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?

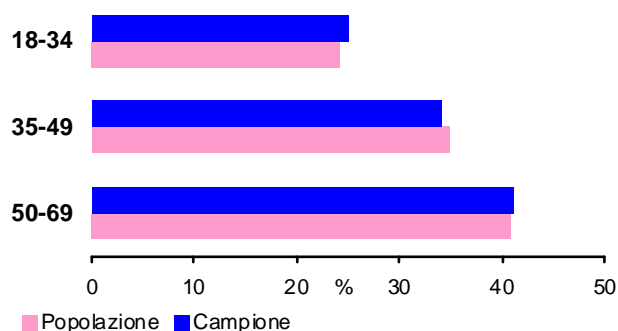
### Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011
Numerosità	266	267	275	259
Tasso di risposta	64,3	70,2	77,7	75,1
Tasso di rifiuto	28,5	24,1	18,1	20,6

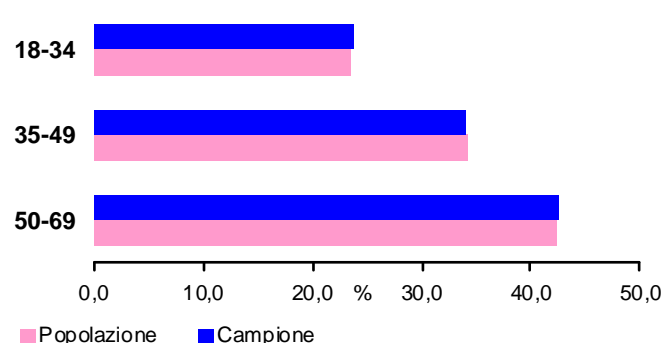
### L'età e il sesso

- Nella ASL BI, il campione intervistato (1067 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50,3%) e uomini (49,7%); l'età media complessiva è di 46 anni.
- Il campione è costituito per:
  - il 24,4% da persone nella fascia 18-34 anni
  - il 34,1% da persone nella fascia 35-49 anni
  - il 41,5% 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 BI - PASSI 2008-11 (n=530)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE  
ASL BI - PASSI 2008-11 (n=537)

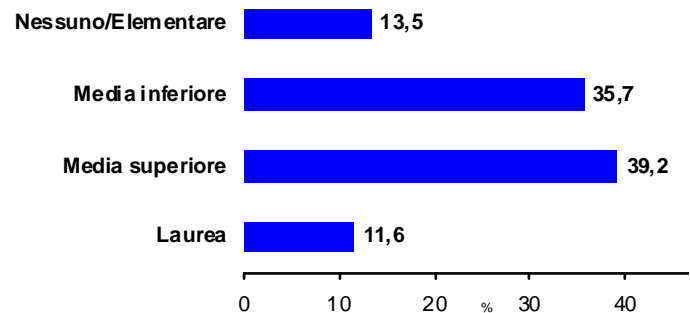




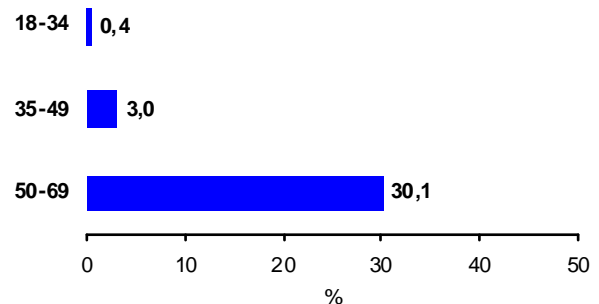
## Il titolo di studio

- Nella ASL BI il 13,5% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 36% la licenza media inferiore, il 39% la licenza media superiore e il 12% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più elevato 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.

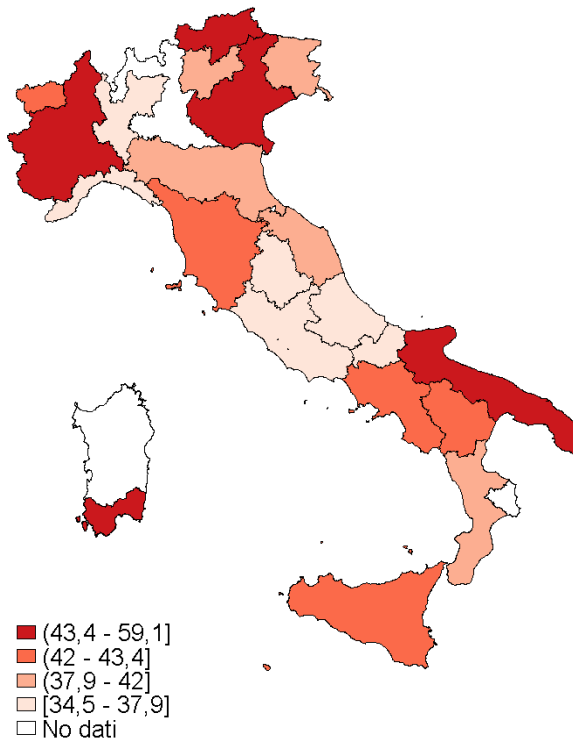
**Campione per titolo di studio**  
ASL BI - PASSI 2008-11 (n=1059)



**Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età**  
ASL BI PASSI 2008-11 (n=143)



**Prevalenza di scolarità medio-bassa**  
Pool PASSI 2008-11

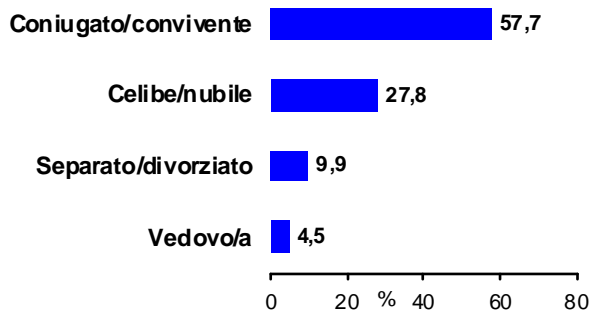


## Lo stato civile

- Nella ASL BI i coniugati/conviventi rappresentano il 58% del campione, i celibi/nubili il 28%, i separati/divorziati il 10% ed i vedovi il 4,5%.
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL sono del 61%, 32%, 5% e 2%. La differenza con i dati locali è dovuta principalmente al profilo demografico più anziano della popolazione biellese.

### Campione per categorie stato civile

ASL BI - PASSI 2008-11 (n=1060)

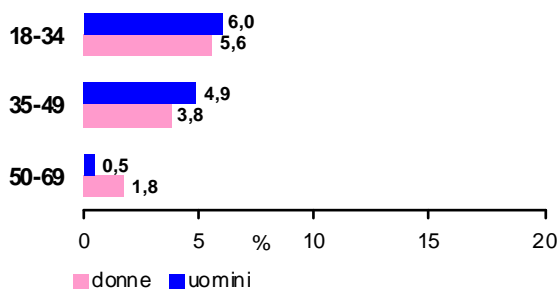


## Cittadinanza

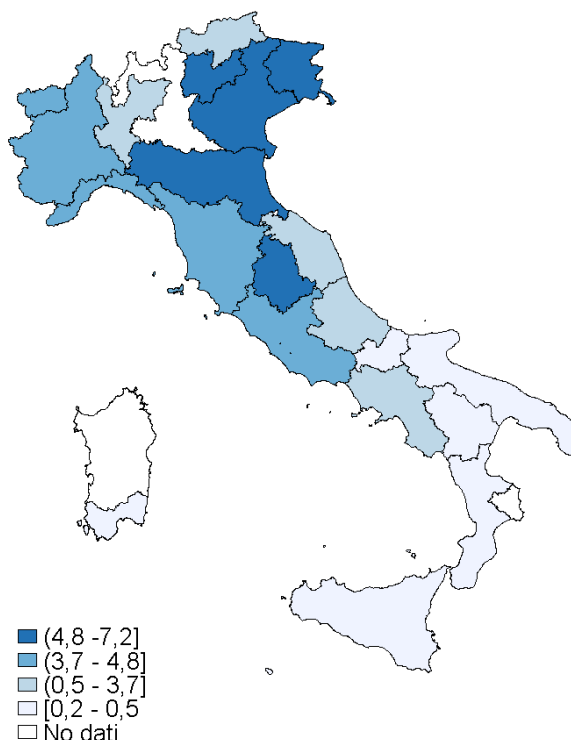
- Nella ASL BI il campione è costituito dal 96,5% di cittadini italiani, 3,4% di stranieri e 0,1% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, con limitate differenze per sesso.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione 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.
- Nel periodo 2008-11, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 3% degli intervistati nel pool di ASL, con una distribuzione eterogenea sul territorio sia tra Regioni che all'interno della stessa Regione.

### % di stranieri\* per sesso e classi di età

ASL BI - PASSI 2008-11 (n.36)



### % di stranieri\* Pool PASSI 2008-11

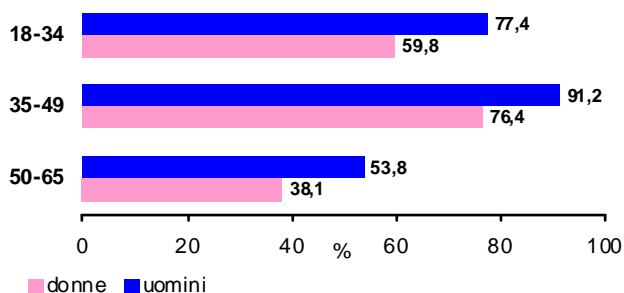


\* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

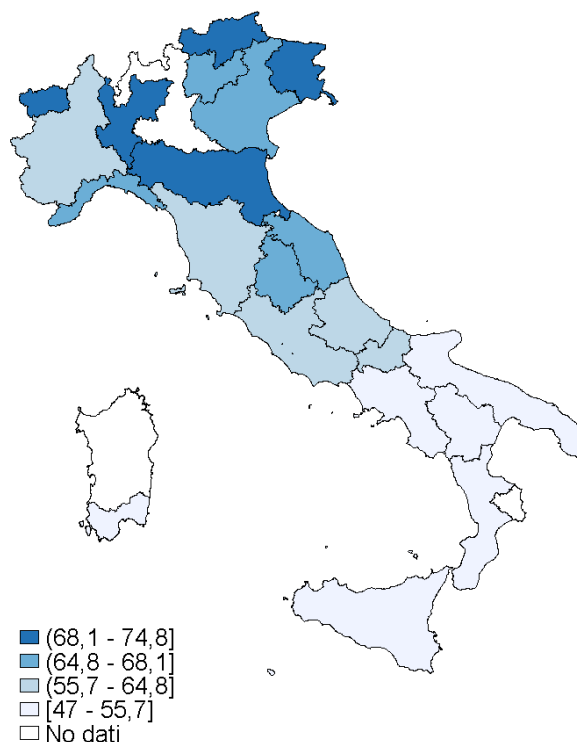
## Il lavoro

- Nella ASL BI il 66% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (58% contro 74%). Gli intervistati di 35-49 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.
- La fascia di età 18-34 anni presenta proporzioni di lavoratori regolari inferiori del 14% nei maschi e del 27% nelle femmine rispetto alla fascia di età 35-49.
- Per correttezza occorre anche considerare che i dati risultano peggiorati nel quadriennio anche in funzione della crisi economica soprattutto nella fascia di età 18-34 anni, mentre nella fascia di età 50-69 anni risulta aumentata l'occupazione maschile.
- Nel periodo 2008-11 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni nel pool di ASL PASSI è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ASL BI - PASSI 2008-11 (n. 645)



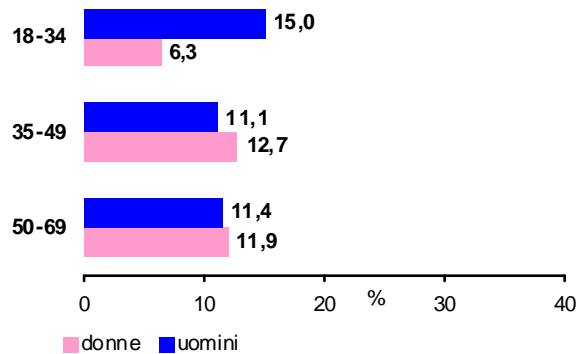
**% di lavoratori regolari**  
Pool PASSI 2008-11



## Difficoltà economiche

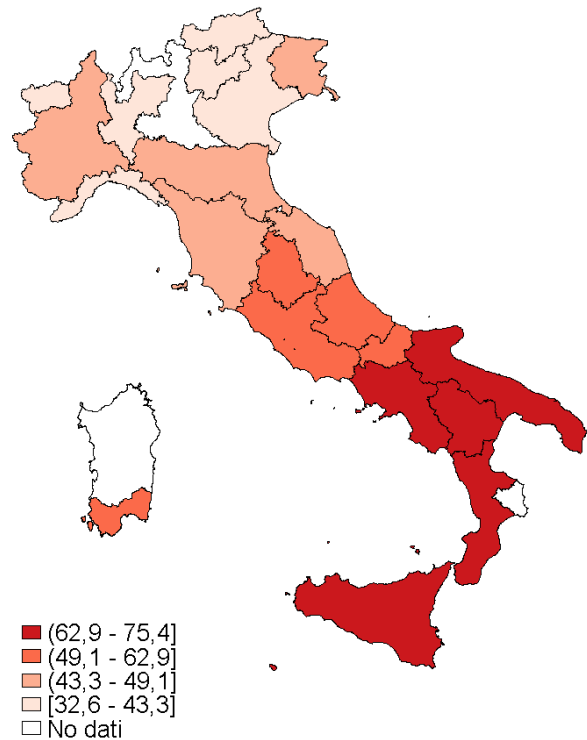
- Nella ASL BI:
  - il 52% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 36% qualche difficoltà
  - il 12% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente meno difficoltà economiche rispetto agli uomini (11% contro 12%), in particolare la classe 18-34 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

**% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età**  
ASL BI - PASSI 2008-11 (n.121)



- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. Inoltre la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente territoriale.

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



## **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.

Il confronto del campione con la popolazione della regione Piemonte indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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

# 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.063)

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> <sup>1</sup>	39,1 (36,2-42,2)
<i>parzialmente attivo</i> <sup>2</sup>	43,8 (40,8-46,9)
<i>sedentario</i> <sup>3</sup>	17,0 (14,8-19,5)

<sup>1</sup> 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)

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

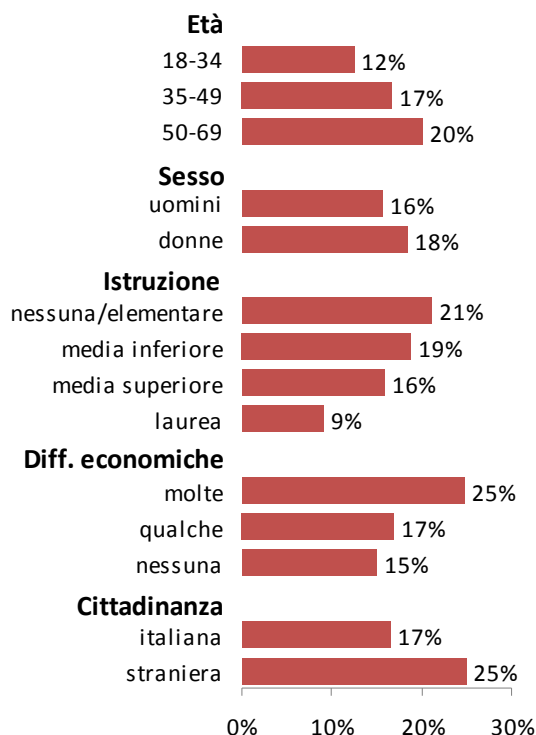
<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2008-11, nella ASL BI il 39% 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 17% è completamente sedentario.

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne

**Sedentari**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL BI 2008-11

**Totale:** 17,0% (IC 95%: 14,8-19,5)



**Sedentari**  
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11  
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)

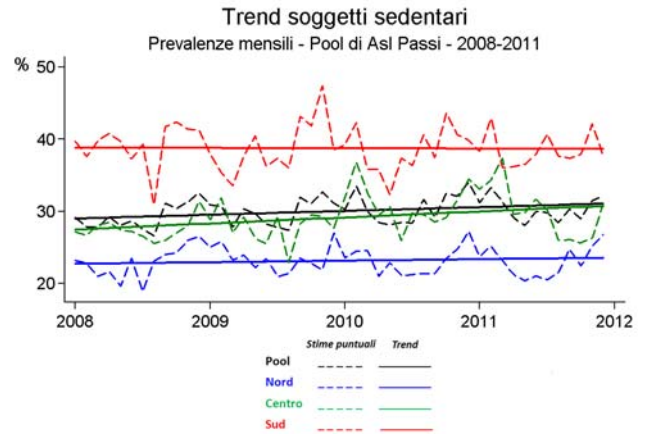


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- 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 eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

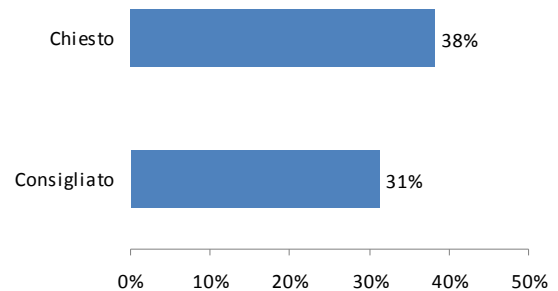


## Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

### 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 BI PASSI 2008-11

- Nella ASL BI solo il 38% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 31% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



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

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-2011  
Pool di Asl: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)



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

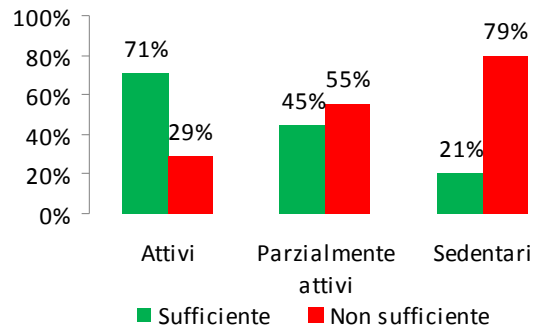
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31,5%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. 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 29% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 45% delle persone parzialmente attive ed il 21% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali 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).

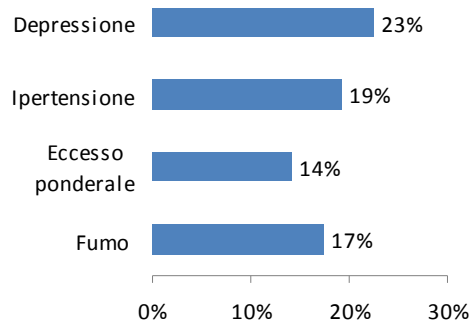
**Autopercezione del livello di attività fisica praticata**  
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica  
ASL BI PASSI 2008-11



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

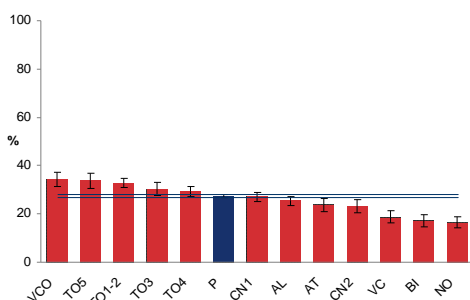
- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
  - il 23% delle persone depresse
  - il 19% degli ipertesi
  - il 14% delle persone in eccesso ponderale.
  - Il 17% dei fumatori

**Sedentari e altri fattori di rischio**  
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio  
ASL BI PASSI 2008-11 (n=180)

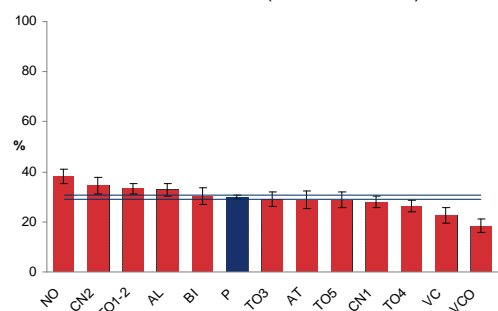


E' di interesse presentare i dati di confronto tra le ASL regionali, da cui emerge che la proporzione di persone sedentarie nell'ASL BI è significativamente più basso del pool regionale, mentre la proporzione di intervistati che hanno ricevuto consigli da parte degli operatori sanitari in ordine all'effettuazione di attività fisica è in linea con i dati regionali.

% intervistati sedentari (dati 2007-2010)



% intervistati che hanno ricevuto consiglio di fare attività fisica (dati 2007-2010)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL BI si stima che solo poco più una persona adulta su tre (39%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 17% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque 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 e ipertesi), mentre è più bassa nelle persone con eccesso ponderale.

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.).

# Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> <sup>1</sup>	27,7 (25,0-30,5)
<i>obesi</i> <sup>2</sup>	10,5 (8,8-12,6)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario <sup>3</sup>	
<i>sovrappeso</i>	48,0
<i>obesi</i>	85,0
Adesione al <i>five-a-day</i>	14,9 (12,9-17,3)

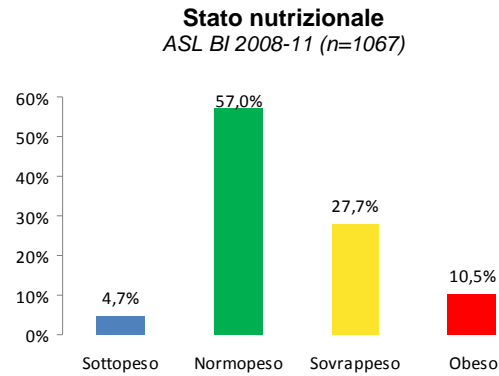
<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

<sup>3</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL BI il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 28% sovrappeso e il 10% obeso.
- Complessivamente si stima che il 38% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

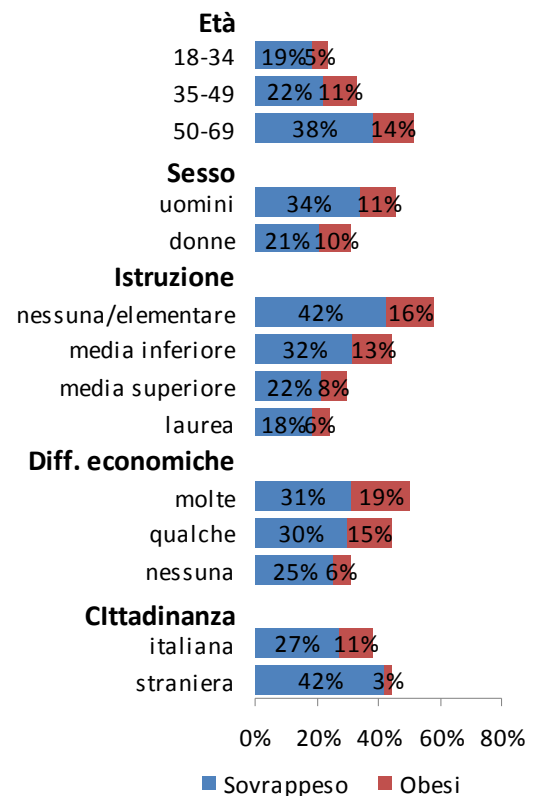


## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
  - col crescere dell'età
  - negli uomini (45% vs 31%)
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone con difficoltà economiche.

**Eccesso ponderale**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL BI 2008-11 (n=403)

**Totale: 38,2% (IC 95%: 35,3-41,3%)**



## Eccesso ponderale

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 42,0% (IC95%: 41,6-42,3%)

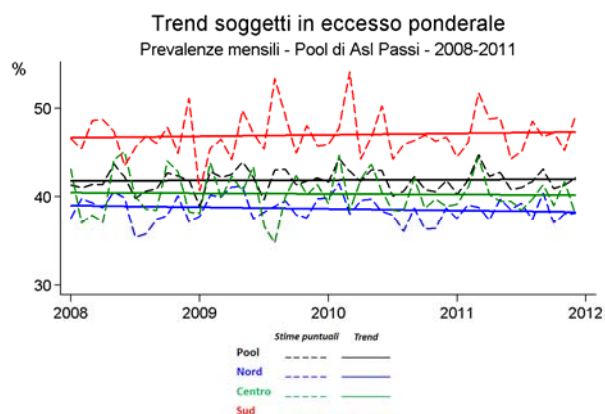


■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

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

- Nel pool di ASL 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

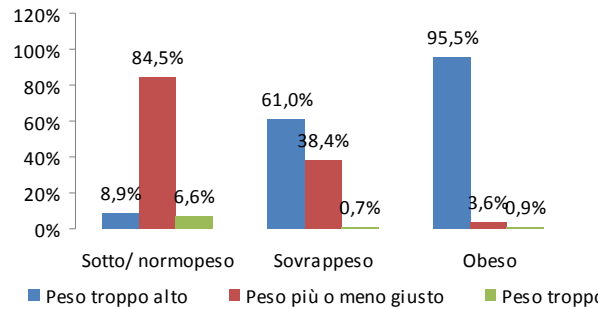


- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

## 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: nell'ASL BI si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (96%) e nei normopeso (85%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 38% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'81% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'89% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 24% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 47% degli uomini.

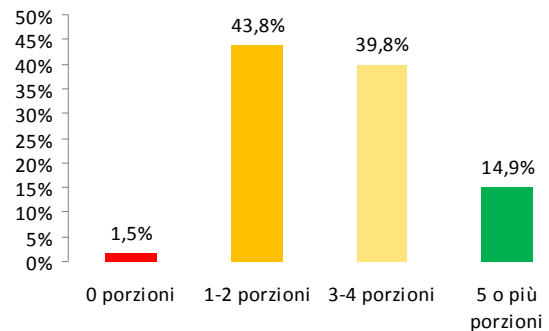
**Autopercezione del proprio peso corporeo**  
Prevalenze per stato nutrizionale – ASL BI 2008-11 (n=1.067)



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

- Nella ASL BI il 98,5% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 40% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 15% le 5 porzioni raccomandate.

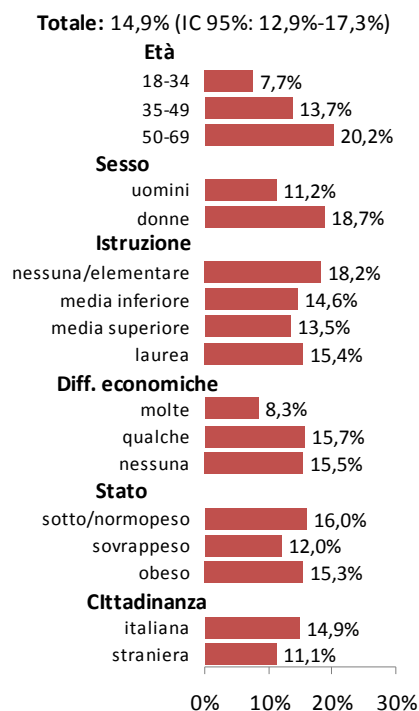
**Consumo di frutta e verdura**  
Prevalenze per porzioni consumate  
ASL BI 2008-11 (n=1.067)



- 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 (19%)
  - nelle persone con basso livello d'istruzione (18%)

Non emergono differenze significative legate allo stato ponderale, alle condizioni economiche ed al livello di istruzione.

**Adesione al five-a-day**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL BI 2008-11 (n=159)

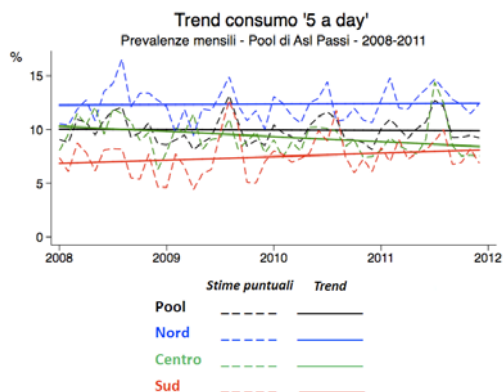


**Adesione al five-a-day**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)



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

**Analisi di trend sul pool di ASL**



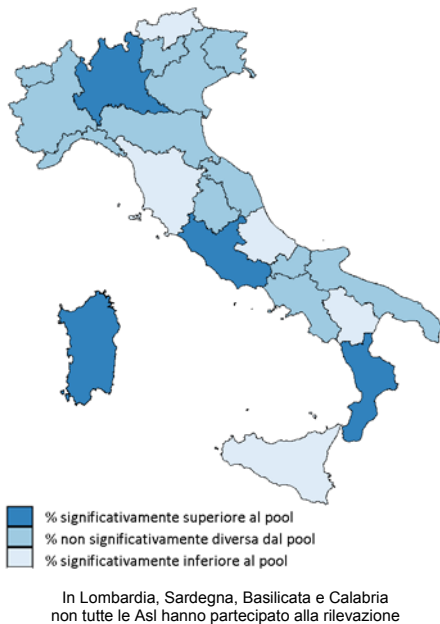
- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al five-a-day è del 10%.
- La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2008-2011. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti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

- 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?

- Nella ASL BI il 58% 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 48% delle persone in sovrappeso e l'85% delle persone obese.

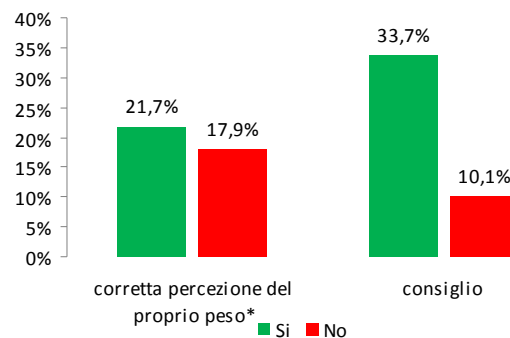
**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



- 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%).
- Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (20% nei sovrappeso e 31% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (32% vs 17% negli uomini)
  - negli obesi (31% vs 20% nei sovrappeso)
  - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (22%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (18%)
  - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (34% vs 10%).

### 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 BI 2008-11



\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=59)



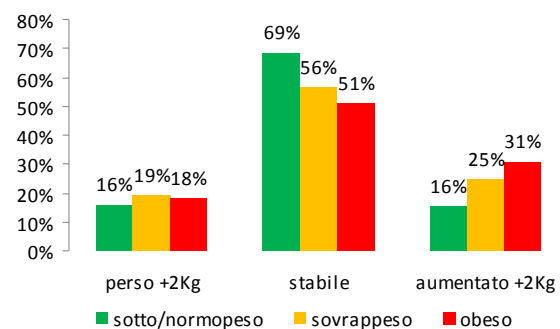
## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nell'ASL BI il 21% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (20% nei sovrappeso e 23% negli obesi). Il 40% 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 35% delle persone in sovrappeso e il 51% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, l'84% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 75% 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?

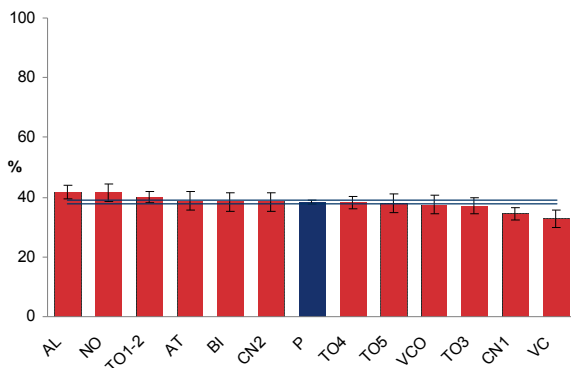
- Nell'ASL BI il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nella fasce di età 18-34 e 35-49 anni (ambedue 23 % vs 16% nella fascia di età 50-69 anni)
  - nelle persone già in eccesso ponderale (31% obesi e 25% sovrappeso vs 16% normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra donne (19,7%) e uomini (19,8%).

**Cambiamenti di peso**  
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale  
ASL BI 2008-11

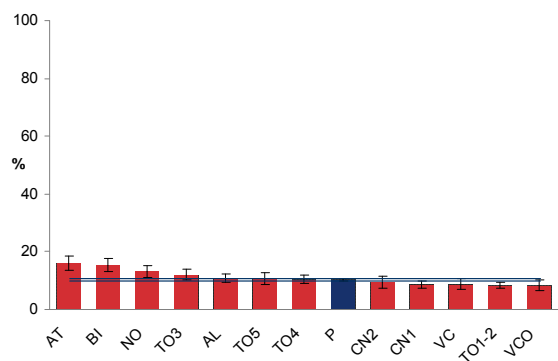


E' di interesse presentare i dati di confronto tra le ASL regionali, da cui emerge che la proporzione di persone in eccesso ponderale nell'ASL BI è in linea con il pool regionale, mentre la proporzione di intervistati che assumono 5 o più porzioni di frutta o verdura al giorno è significativamente superiore al dato regionale

% intervistati con eccesso ponderale (dati 2007-2010)



% intervistati che aderiscono al five a day (dati 2007-2010)



## **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 BI poco meno di una persona adulta su tre presenta un 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: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e quasi una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (84%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: oltre la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo il 15% 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 giorni<sup>1</sup>; 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 occasione<sup>2</sup>; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	69,1 (66,2-71,8)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,8 (5,4-8,5)
Consumo abituale elevato <sup>1</sup>	7,8 (6,3-9,6)
Consumo binge (2010-2011) <sup>2</sup>	11,7 (9,1-14,8)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) <sup>3</sup>	21,6 (18,2-25,4)

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> 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)

<sup>3</sup> 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

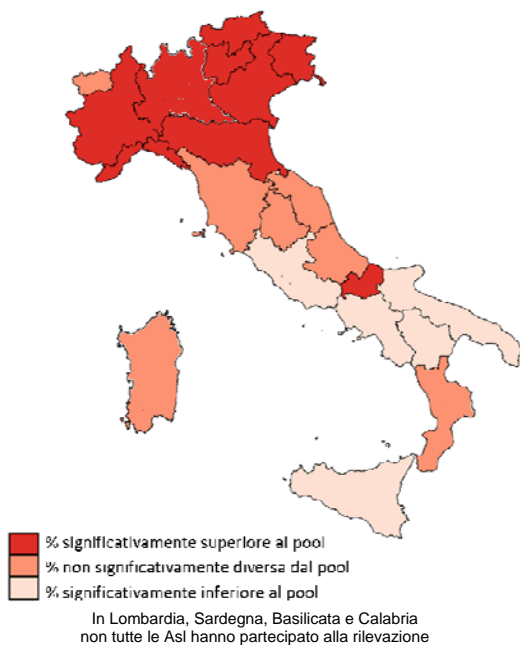
Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella Asl BI è risultata pari al 69%, mentre il consumo fuori pasto era del 7% e il consumo abituale elevato dell'8%.

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 (12%) e del consumo a maggior rischio (22%), relative al periodo 2010-11.

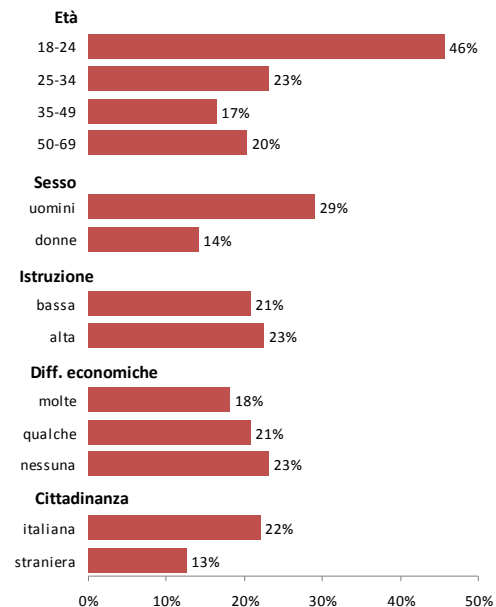
## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2010-11 nell'Azienda BI, il 22% 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, le persone che non hanno difficoltà economiche (differenza peraltro non significativa); mentre non c'è differenza per livello di istruzione. Le differenze per cittadinanza sono rilevanti, ma non è possibile esprimere un giudizio di significatività per la bassa numerosità del gruppo stranieri. Tuttavia va sottolineato come a differenza delle altre ASL regionali, la popolazione locale di stranieri ha una prevalenza di provenienti da aree nordafricane, laddove il basso di consumo di alcool è correlato alla religione praticata.

**Consumo a maggior rischio**  
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11  
Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)

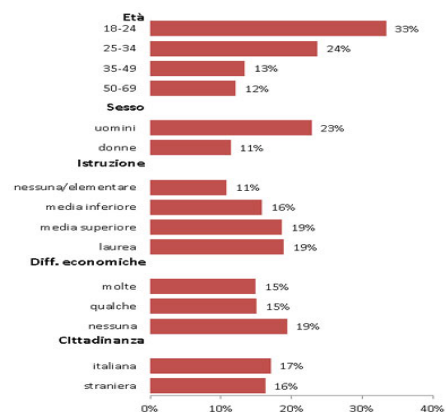


**Consumo a maggior rischio**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL BI 2010-11  
Totale: 21,6% (IC 95%: 18,2%-25,4%)



- 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. La distribuzione dei sottogruppi è peraltro molto diversa da quella locale.

**Consumo a maggior rischio**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-11 (n=71.927)  
Pool di Asl: 17,0% (IC95%: 16,7-17,3%)

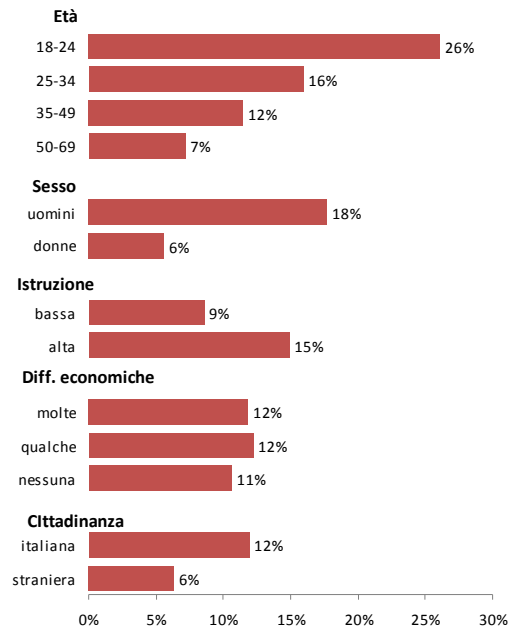


## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

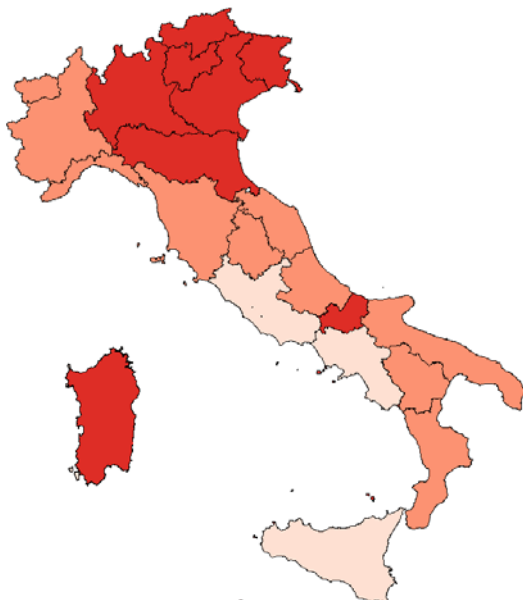
- Nel periodo 2010-11 nell'Azienda BI, il 12% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione alto, ma non c'è differenza per difficoltà economiche. Le differenze per cittadinanza sono rilevanti, ma non è possibile esprimere un giudizio di significatività per la bassa numerosità del gruppo stranieri; valgono le valutazioni già espresse nel precedente capitolo sul consumo a rischio.

### Consumo binge Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL BI 2010-11

Totale: 11,7% (IC 95%: 9,1%-14,8%)



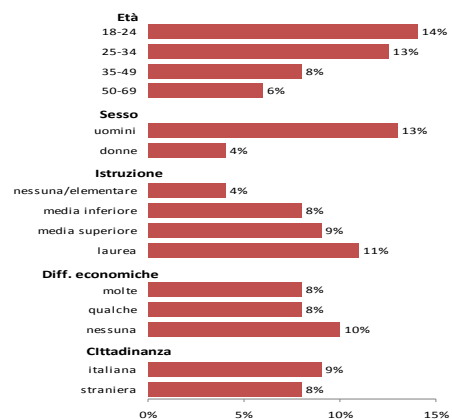
### Consumo binge Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11 Totale: 8,6% (IC95%: 8,4%-8,9%)



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

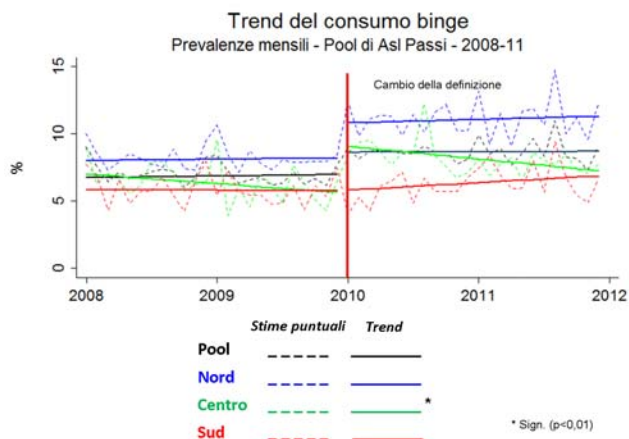
- A livello regionale, nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%, valore uguale a quello del Pool di ASL PASSI nello stesso periodo.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al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

### Consumo "binge" Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-11 (n=71.927) Pool di Asl: 8,6% (IC95%: 8,4-8,9%)



## 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 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

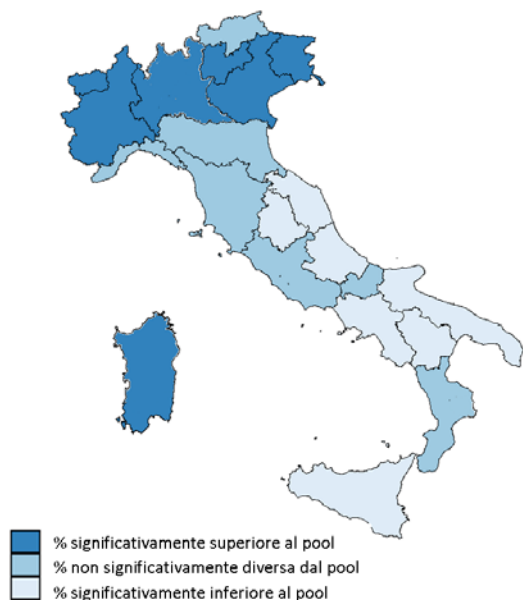
	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo <sup>1</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	28,7 (25,8-31,8)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2011) <sup>1</sup> (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	5,2 (1,9-11,0)

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

Nel periodo 2008-11, nella Azienda BI, solo il 29% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

### Consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)

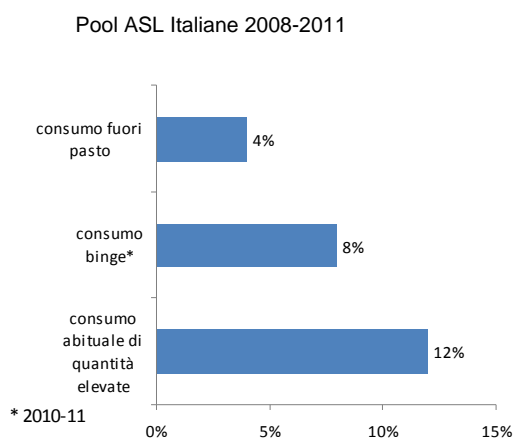
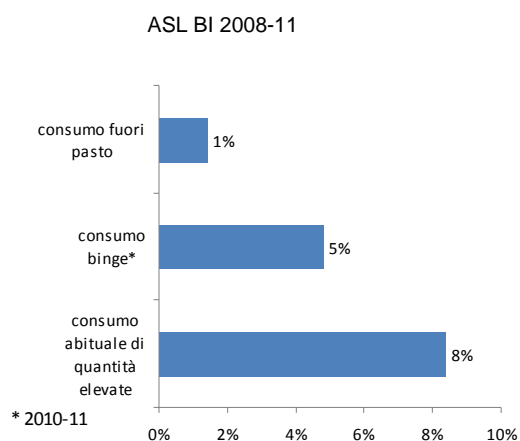


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel periodo 2008-11, questa percentuale è risultata del 17%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo 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, nella Azienda BI, solo il 5% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche, contro il 6% nazionale.

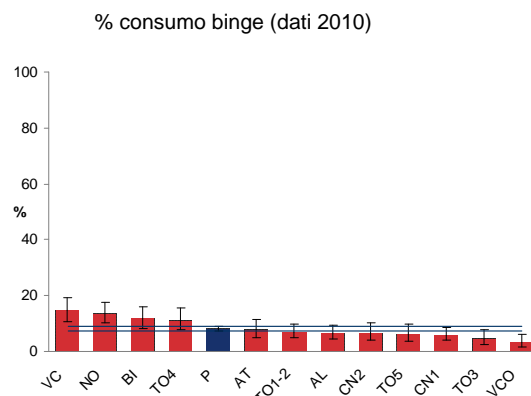
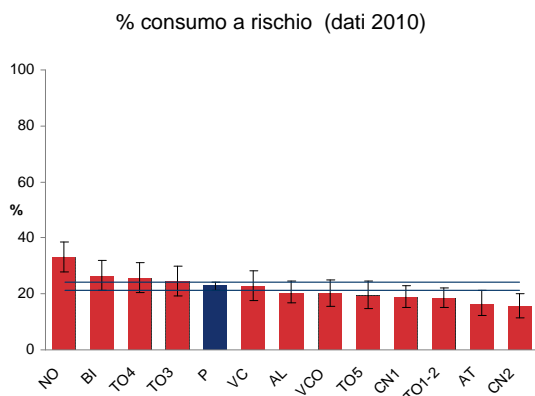
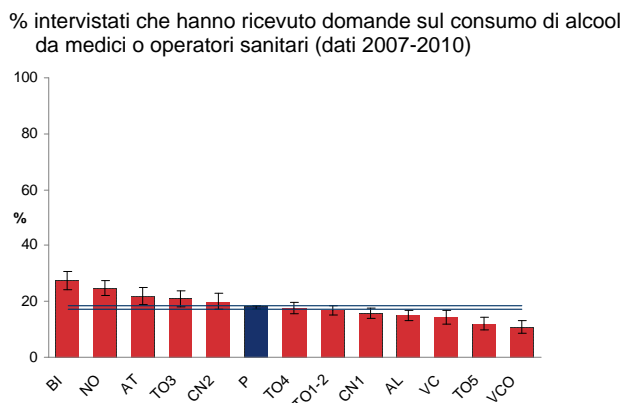
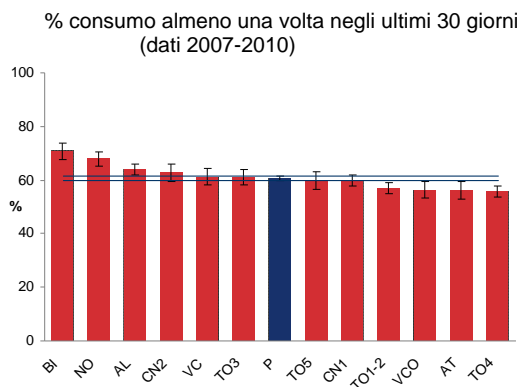
Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario  
Percentuali per tipo di consumo



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 1% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge sale al 5% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato all'8% (dato 2008-11). In tutti i casi i dati locali sono inferiori a quelli del pool nazionale.



E' di interesse presentare i dati di confronto tra le ASL regionali, da cui emerge che la proporzione di consumatori di alcool è nell'ASL BI significativamente più alta rispetto al pool regionale. Per quanto riguarda il consumo a rischio ed in particolare quelle "binge", la proporzione di intervistati a rischio è superiore alla media piemontese, anche se in maniera non significativa. Anche la proporzione di richieste di informazioni da parte degli operatori sanitari è significativamente più alta rispetto ai dati regionali, che a loro volta sono superiori ai dati nazionali; ma, come visto, il vero problema è costituito dalla bassa proporzione di interventi attivi sui consumatori a rischio.



## Conclusioni

In base ai dati 2011, la maggioranza della popolazione della regione Piemonte non beve alcol (42%) o beve moderatamente (39%). Tuttavia, si stima che circa un adulto su 5 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono quasi uno su tre e, tra i più giovani, uno su due. Il consumo a rischio è più frequente nelle regioni settentrionali.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con nessuna difficoltà economica e più alti livelli di istruzione.

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.

# 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	10,7 (8,5-13,2)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	89,3 (86,8-91,5)

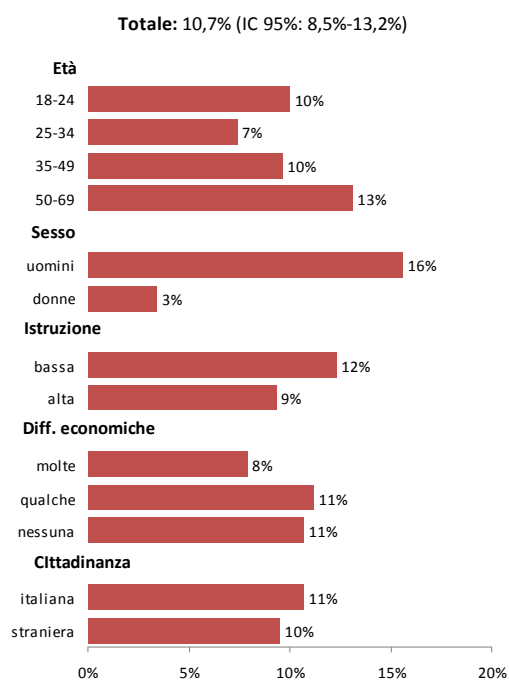
\* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

\*\* 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).

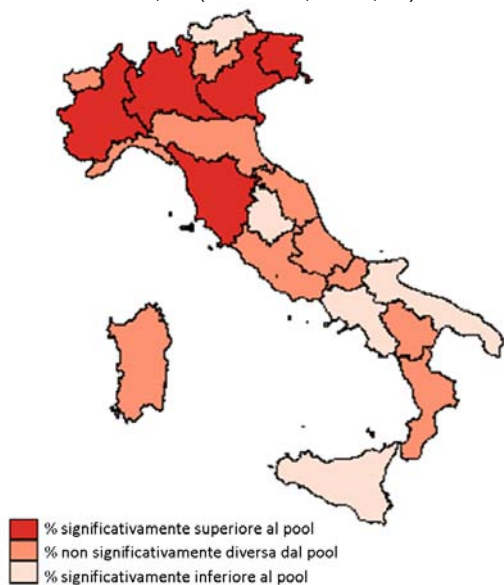
Nel periodo 2008-11, nella ASL BI il 10,7% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. L'8% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne
- Piccole differenze si rilevano anche per età, istruzione, cittadinanza e difficoltà economiche.
- E' da rilevare come la classe di età più protetta è quella dai 25 ai 34 anni, mentre quella più a rischio è oltre i 50 anni.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL BI 2008-11

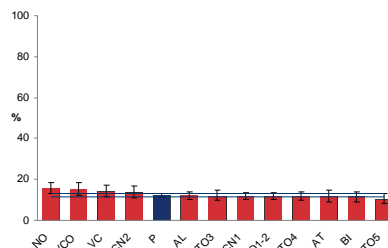


**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)



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

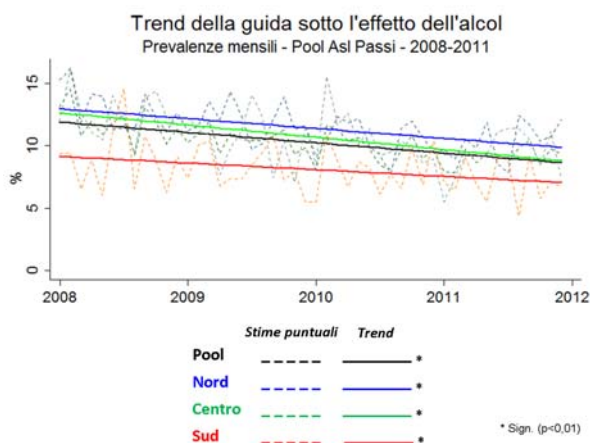
- Nella regione Piemonte nel periodo 2008-11, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è stata dell'11%, mentre nel pool di ASL è del 10%. La distribuzione sottoriportata per ASL si riferisce al periodo 2007-2010



- 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.

### 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	10,8 (4,8-20,2)

\* 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 10,8% 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. Tra questi, è da segnalare che nei giovani di 18-21 anni ogni livello di consumo va considerato inappropriato, perché per questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita in Italia è pari a zero.

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

### Controlli delle forze dell'ordine – ASL BI - PASSI 2010-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	52,9 (48,4-57,3)

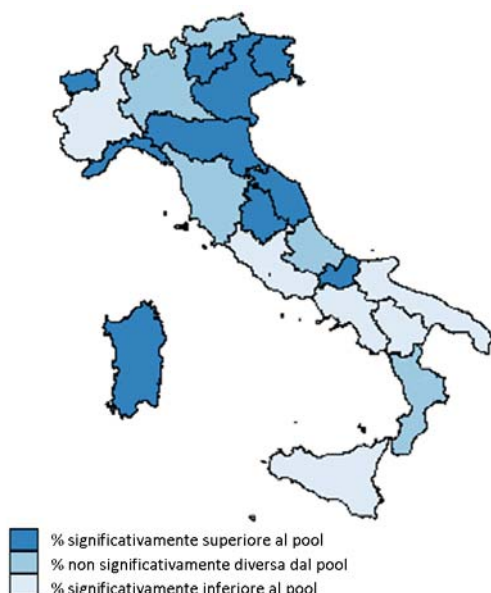
\*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

- Nel periodo 2010-11, nella ASL BI il 53% 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 - Pool di ASL 2010-11

Totale: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)

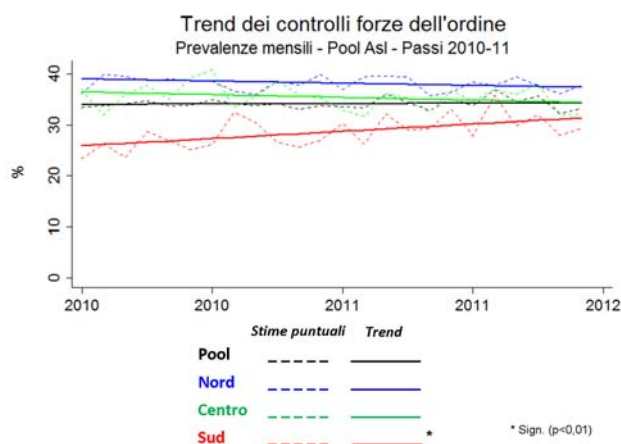


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel 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%.



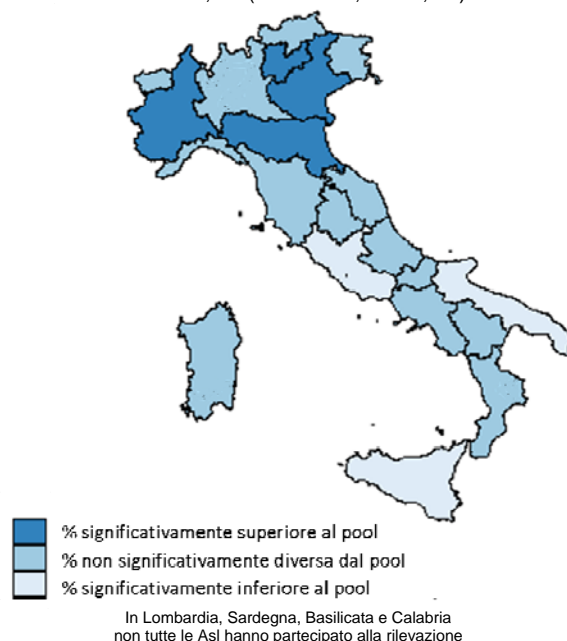
## Controlli delle forze dell'ordine – ASL BI - PASSI 2010-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	10,8 (7,4-15,2)

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

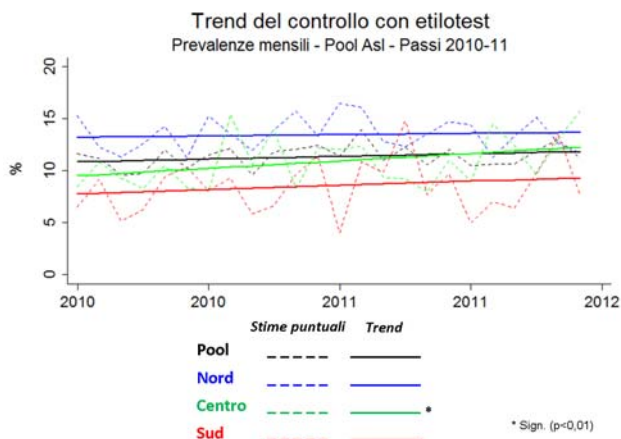
- L'11% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- Nel 2010-11, a livello regionale la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è del 16%, mentre nel Pool di ASL questa percentuale per lo stesso periodo temporale è dell'11%.
- Su scala nazionale è da rilevare come la probabilità di effettuazione di un etilotest diminuisce con l'età (23% nei 18-24enni contro il 5% oltre i 50 anni), in controtendenza rispetto ai dati verificati.

**Etilotest effettuato al guidatore**  
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11  
Totale: 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'Azienda BI, una minoranza, piccola ma consistente (l'11% 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.

# 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Non fumatori <sup>1</sup>	47,2 (44,2-50,3)
Fumatori <sup>2</sup>	28,1 (25,4-30,9)
<i>in astensione</i> <sup>3</sup>	1,2 (0,7-2,1)
<i>occasionalmente</i> <sup>4</sup>	1,1 (0,6-2,0)
<i>quotidiani</i> <sup>5</sup>	25,7 (23,1-28,5)
Ex -fumatori <sup>6</sup>	24,7 (22,2-27,4)

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.

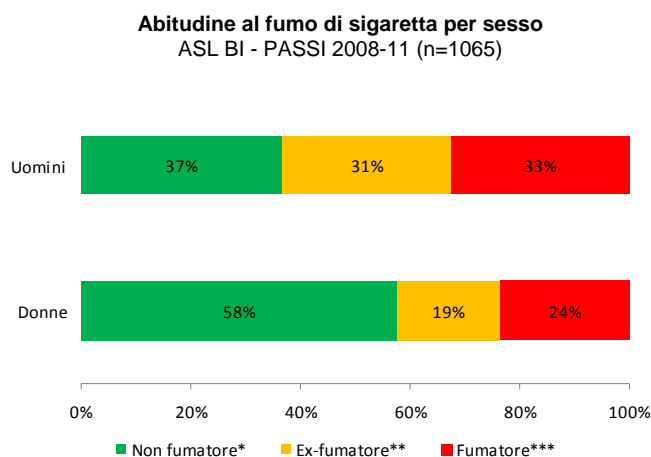
5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

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

Nel periodo 2008-11 nella ASL BI, tra gli adulti di 18-69 anni, meno della metà degli intervistati è non fumatore, il 25% è classificabile come ex fumatore e il 28% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 26% e gli occasionali l' 1%.

## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL BI, la percentuale di fumatori nel 2008-11 è del 28%.
- 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 l'1%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 24%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (57% versus 37%).



\**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

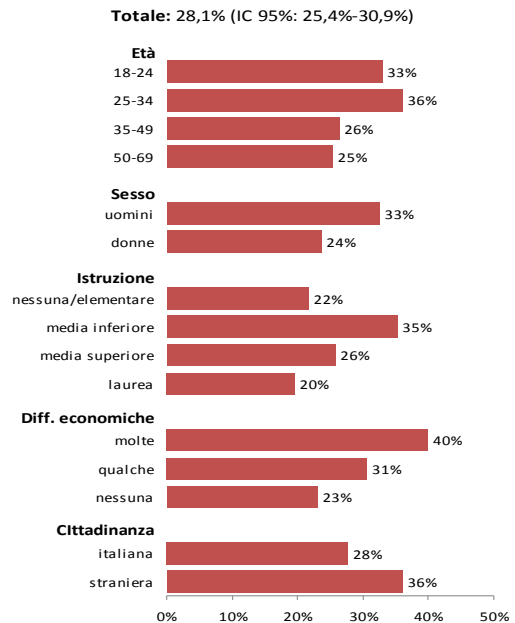


## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 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 uno su tre), rispetto alle donne (meno di 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 aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche, ed in caso di cittadinanza straniera.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 5% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

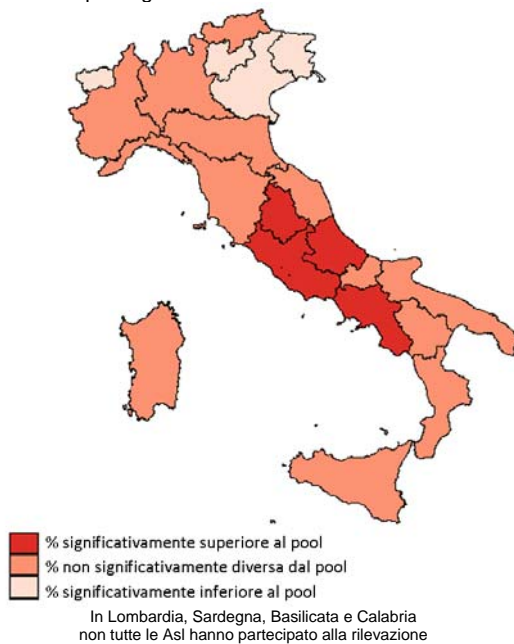
### Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL BI 2008-11

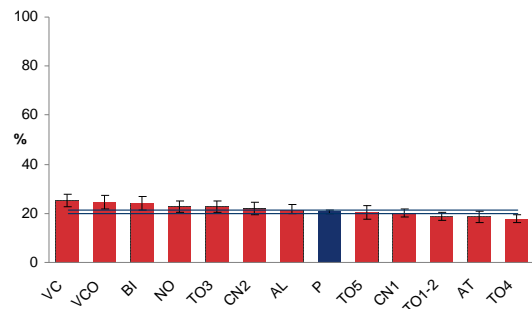


### Fumatori

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

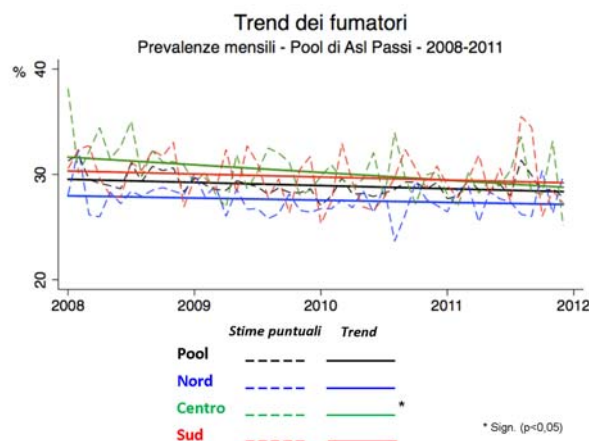


- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 29% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria, mentre il Piemonte è al 28%.
- Il dato dell'ASL BI sui fumatori è in linea con il dato regionale (28%); differenze maggiori tra le ASL Piemontesi vi sono in merito alla proporzione di ex-fumatori, qui presentate sui dati 2007-2010, che vedono l'ASL BI tra i valori più alti.



## 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 31,6% al 28,8%.



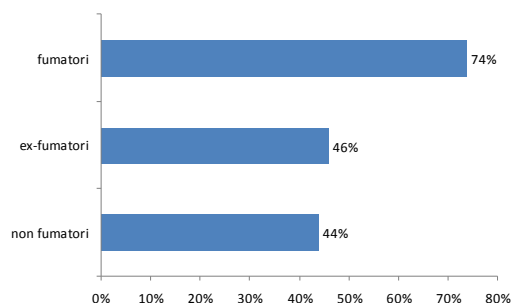
## ***A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?***

### Attenzione degli operatori sanitari – Regione BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo <sup>1</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	52,4 (49,1-55,6)

- Circa il 52% 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 74% dei fumatori
  - il 46% degli ex fumatori
  - il 44% dei non fumatori.

### **Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo** ASL BI- PASSI 2008-11 (n=939)\*

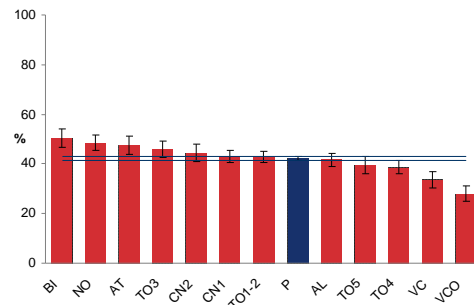


\*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Già in base ai dati 2007-2010 delle ASL regionali, quella di Biella si differenzia significativamente per una percentuale più alta di richiesta di informazioni (range dal 28% dell'ASL VCO al 50% dell'ASL BI).

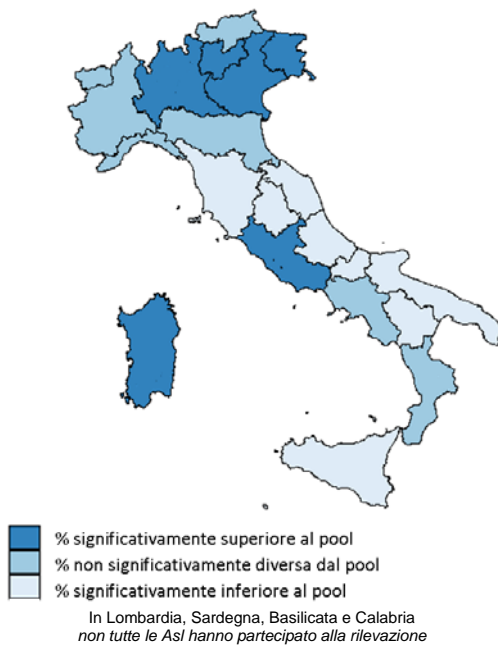
### Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per ASL di residenza – Regione Piemonte 2007-10



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

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- 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?

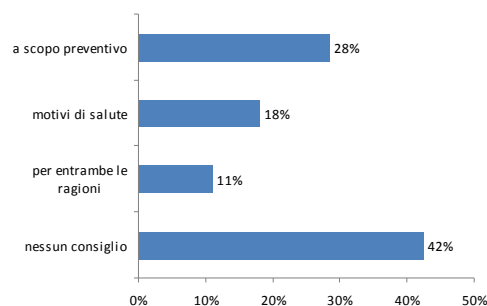
### Attenzione degli operatori sanitari – ASL BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

	% (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali <sup>1</sup> (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	57,6 (51,1-63,9)

- Tra i fumatori, il 58% 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 (28 %).

### Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

ASL BI - Passi 2008-11 (n=243)\*



\* 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 – Pool di ASL 2008-11



- % 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

- 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 42% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

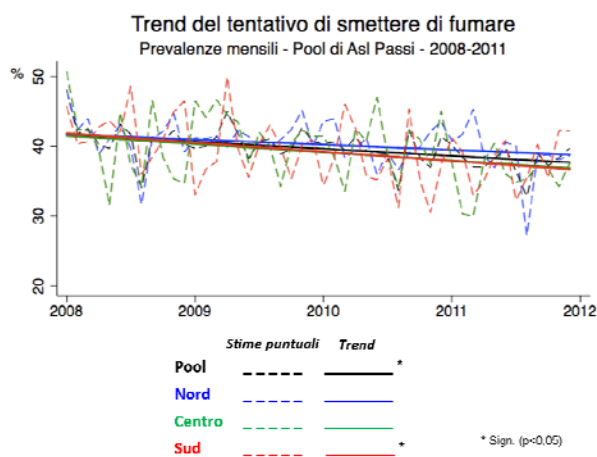
- l'82% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- l'8% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi  
ASL BI - Passi 2008-11 (n=131)



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%.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 95% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle 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 BI - PASSI 2008-11 (n=1.067)

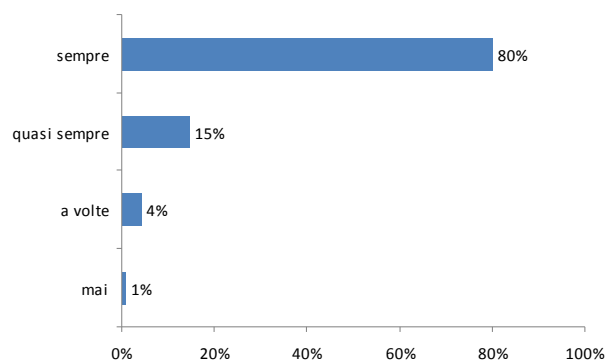
	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	94,9 (93,2-96,1)
<i>sul luogo di lavoro</i>	90,6 (88,0-92,7)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	77,7 (75,1-80,2)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	88,0 (83,6-91,6)

### Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2008-11 il 95% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (5%).
- Il 5% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (0,9%) o lo è raramente (4,2%).

#### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

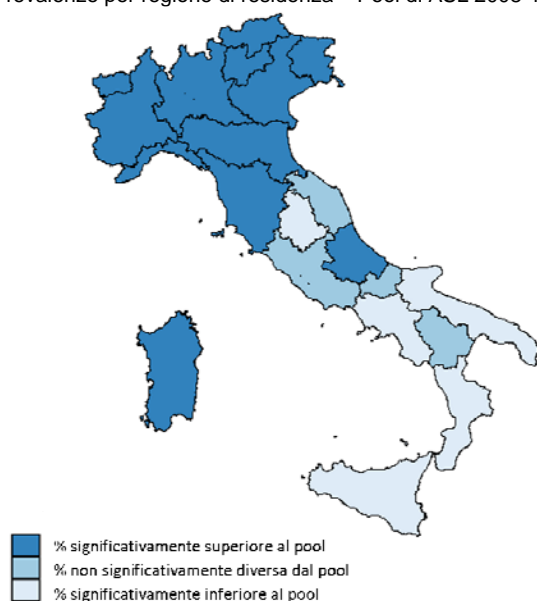
ASL BI – Passi 2008-11\* (n=975)



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

#### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

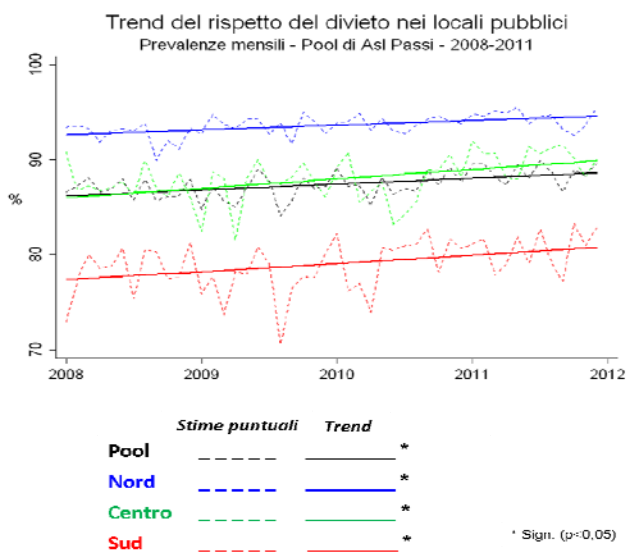
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



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

- 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

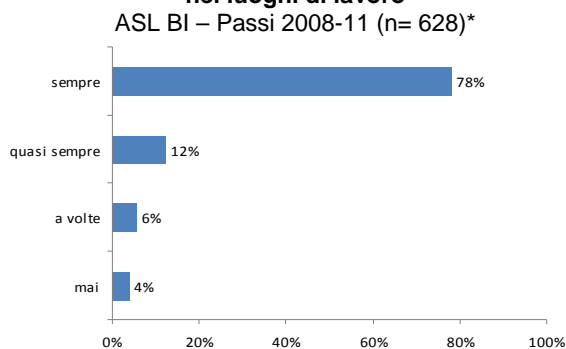


- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a un 95%, per il Centro 86% a 90%, per il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

## Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, il 91% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (78,2%) o quasi sempre (12,3%).
- Il 9% ha dichiara che il divieto non è mai rispettato (3,8%) o lo è a volte (3,8%).

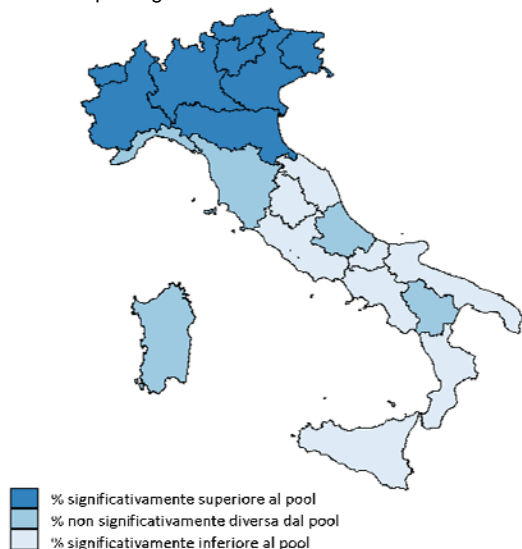
### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro



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

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

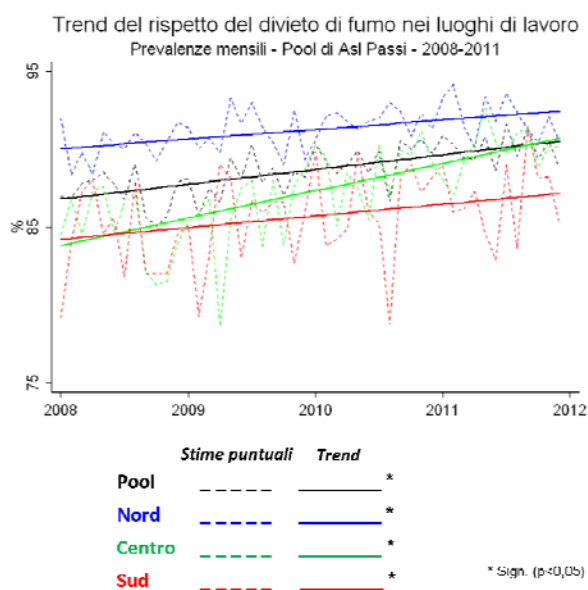
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



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 un 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a un 87%.

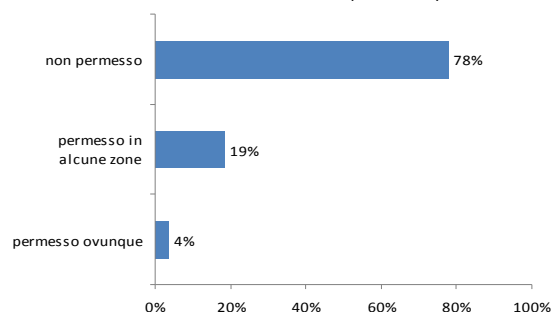
## L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASL BI, nel periodo 2008-11:

- il 77,7% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 18,6% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 3,8% che si fuma ovunque.

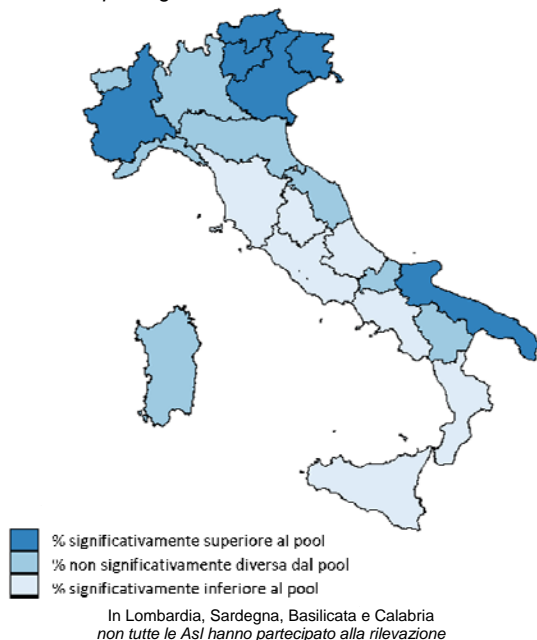
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'88% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nella propria abitazione ASL BI - Passi 2008-11 (n=1065)



### Divieto di fumo in casa

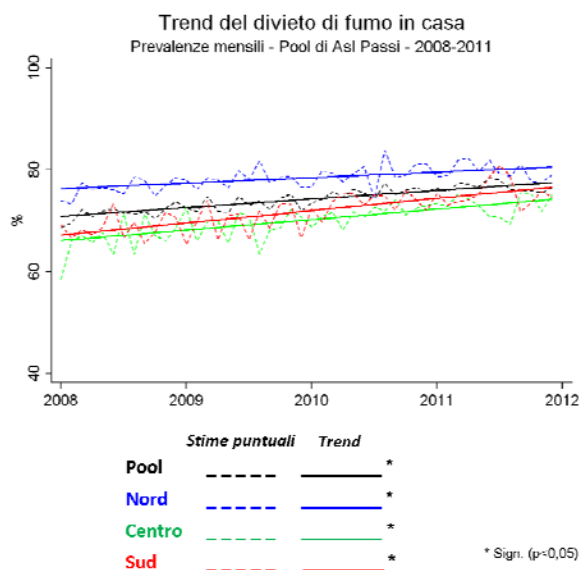
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 75% 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 un 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.

## Conclusioni

Nella ASL BI, nel periodo 2008-11, come a livello nazionale, si stima che poco meno di una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-34 anni.

Quasi due fumatori su tre hanno 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.

# 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.

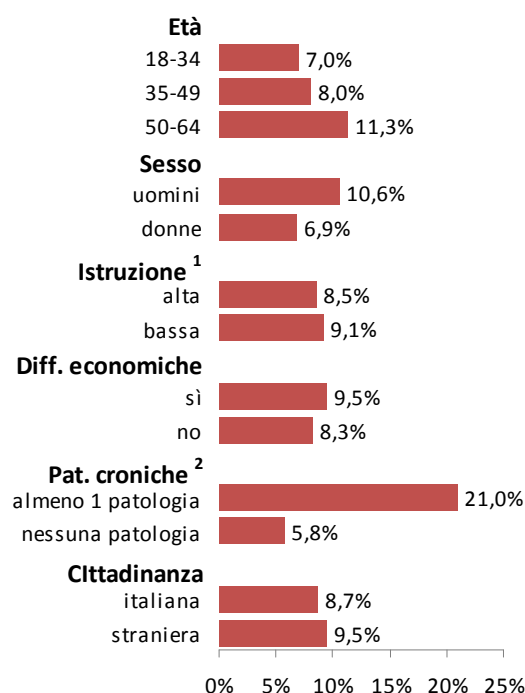
## Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

- Nella ASL BI il 9% 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 21%, 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
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
  - tra gli stranieri
- 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 BI 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

**Totale:** 8,8% (IC 95%: 6,3-12,1%)



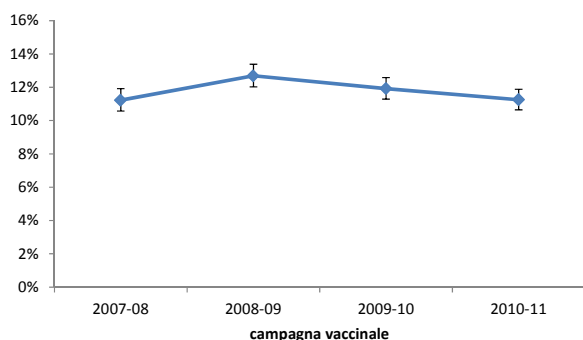
<sup>1</sup> istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

<sup>2</sup> 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

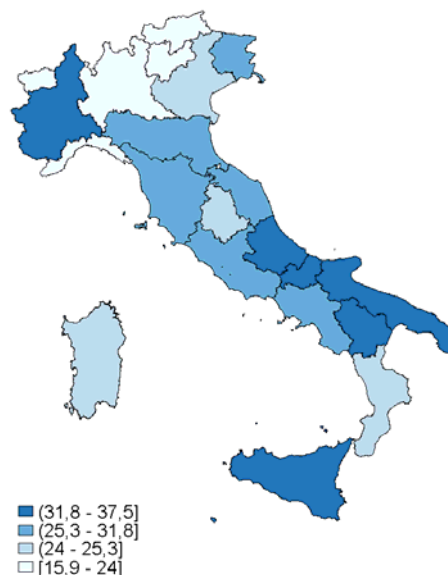


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

- 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 un 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%).

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

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

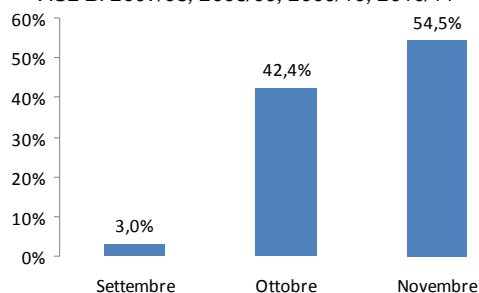


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nella ASL BI, la maggior parte (55%) 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 BI 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 strategie vaccinali adottate in questi anni nell'ASL BI hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.