



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2007

Liguria



Regione Liguria

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2007

Liguria



Regione Liguria





A cura di:

Rosamaria Cecconi – Vice Coordinatore regionale PASSI
Dipartimento di Prevenzione Asl 3 Genovese – Nucleo Epidemiologia

Claudio Culotta – Coordinatore regionale PASSI
Dipartimento di Prevenzione Asl 3 Genovese – Nucleo Epidemiologia

Patrizia Crisci
Dipartimento di Prevenzione Asl 3 Genovese – Nucleo Epidemiologia

Alessandra Battistella
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Genova

Raffaella Castiglia
Corso di Laurea in Scienze Biologiche, Università degli Studi di Genova

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Claudio Montaldo
Assessore alla Salute, Politiche della sicurezza dei cittadini - Regione Liguria)

Paola Oreste – Referente regionale PASSI
Regione Liguria - Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Settore Prevenzione, Igiene e Sanità Pubblica

Anna Bertagnin, Francesco Mignone e Francesca Ricaldone
Anagrafe Sanitaria Regionale – Datasiel Sistemi e Tecnologie di Informatica SpA

Gabriella Paoli e Bruno Buonopane
Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Settore Comunicazione, Ricerca e Sistema Informativo Sanitario Regionale

Roberta Baldi – ASL 5 Spezzino, SC Epidemiologia
Maura Ferrari Bravo – ASL 4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione
Roberto Carloni – ASL 2 Savonese, Dipartimento di Prevenzione, ARS Liguria
Leodino Guadagno – ASL 1 Imperiese, Dipartimento di Prevenzione
Marco Picasso – ASL 1 Imperiese, Dipartimento di Prevenzione
GiannaElisa Ferrando – ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione
Patricia Fortini – ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione

- a livello aziendale:

Intervistatori e Collaboratori

ASL 1 Imperiese	Coordinatore: Leodino Guadagno – Marco Picasso Intervistatrici: Valeria Boeri, Antonella Carli, Piera Grado, Carmelina Loconte, Giovanna Raibaudò, Enza Sileo
ASL 2 Savonese	Coordinatore: Roberto Carloni Intervistatrici: Raffaella Capuzzo, Marinella Giuliano, Rosanna Giuliano, Donata Pavese
ASL 3 Genovese	Coordinatore: Rosamaria Cecconi Organizzazione interviste: Patrizia Crisci Intervistatrici: Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Maria Concetta Curti, Luciana Frigerio, Gabriella Maggiali, Caterina Manca, Claudia Marchese, Luciana Musti.
ASL 4 Chiavarese	Coordinatore: Marco Picasso - Maura Ferrari Bravo Organizzazione interviste: Barbara Pianto Intervistatrici: Esmeralda Araya Bravo, Mariarita Banfio, Andreina Costa, Daniela Gesmundo, Barbara Pianto, Maria Pierluca
ASL 5 Spezzino	Coordinatore: Roberta Baldi Organizzazione interviste: Ester Bazzali Intervistatrici: Ester Bazzali, Mariagrazia Marchesino, Anna Maria Patrone Raggi

Si ringraziano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASL, i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

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

Premessa

È un dato di fatto che, in tutto il mondo, i sistemi sanitari investono una modestissima quota della spesa sanitaria nella prevenzione, rispetto alle spese di assistenza: solo il 3%, secondo le stime dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori, per prime) assorbono fette sempre più rilevanti della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie continua ad aumentare con l'allungamento della vita media. In Italia, la proporzione di popolazione con più di 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni, e ora rappresenta circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune Regioni.

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

In questo contesto, allora, diviene essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, per rilevare il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione. Il sistema di sorveglianza PASSI risponde a questa esigenza: con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle Asl, va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

Non solo. PASSI è uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa, infatti, solo pochi Paesi hanno attivato un'effettiva sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali. E inoltre raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale. Una caratteristica che 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.

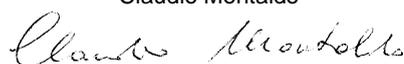
Con PASSI, le iniziative su temi di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo, e la loro efficacia (in termini di conoscenza, atteggiamento e pratica a livello di popolazione) può essere valutata e confrontata. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce la crescita professionale 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.

La Regione Liguria, dopo una prima indagine trasversale condotta nel 2005 come progetto pilota, ha aderito al Sistema di Sorveglianza nazionale fin dalla sua istituzione sperimentale nel 2006. Ha iniziato la raccolta dati nel marzo 2007 e la prosegue tutt'oggi in maniera sistematica. In questa pubblicazione vengono presentati i risultati relativi all'anno 2007.

Confido dunque che, con questo strumento, le iniziative liguri su temi di rilevante interesse per la salute dei cittadini possano essere meglio conosciute e monitorate rispetto alla loro efficacia.

L'Assessore alla Salute, Politiche della sicurezza dei cittadini

Claudio Montaldo



Indice

Sintesi del rapporto regionale	pag. 9
Obiettivi	pag. 11
Metodi	pag. 15
Descrizione del campione regionale	pag. 19
Percezione dello stato di salute	pag. 23
Attività fisica	pag. 27
L'Abitudine al fumo	pag. 31
Situazione nutrizionale	pag. 37
Abitudini alimentari: frutta e verdura	pag. 43
Consumo di alcol	pag. 45
Sicurezza stradale	pag. 51
Infortuni domestici	pag. 55
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 61
Vaccinazione antirosolia	pag. 63
Rischio cardiovascolare	pag. 65
Sintomi di depressione	pag. 75
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag. 79
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag. 87
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag. 95
Appendici, monitoraggio e pesature	pag. 103
Bibliografia	pag. 109

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: In Regione Liguria è stato intervistato un campione casuale di 1010 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini. L'età media è di 45 anni. Più della metà (60%) della popolazione ha un livello di istruzione alto ed il 67% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 36% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute, mentre il 34% dei soggetti con almeno una patologia cronica ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 19% del campione e solo il 39% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 26% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e nessuno di loro ha dichiarato di aver fatto ricorso all'aiuto di operatori sanitari. Il 67% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 31% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (9%) o in "alcune zone" (23%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 28% del campione ligure è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 31% dei casi con dieta e solo nel 38% con la pratica di attività fisica adeguata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 15% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare negli uomini.

Consumo di alcol: il 68% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 20% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 9% beve fuori pasto, il 7% è bevitore "binge" e il 7% è forte bevitore). Per quanto riguarda i bevitori, gli operatori sanitari si informano in 2 casi su 10 sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol, ma consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in 1 caso su 10.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: mentre ben il 93% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 27% degli intervistati. L'11% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre l'8% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Liguria, non è elevata: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 30%: tra questi, il 34% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, solo il 25% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 36%.

Rischio cardiovascolare: In Liguria si stima che sia iperteso il 23% della popolazione tra i 18 e 69 anni; il 67% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 7% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Il 33% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 24% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su cinque (20%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 5% degli ultraquarantenni intervistati riferisce che un operatore sanitario ha valutato il loro rischio cardiovascolare.

Sintomi di depressione: In Liguria il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. I soggetti maggiormente a rischio sono le donne (tre volte più degli uomini), le persone con basso livello di istruzione, difficoltà economiche, senza lavoro, affette da patologia cronica. Quasi la metà di queste persone non si rivolge a nessuno, il 36% chiede aiuto a medici o operatori sanitari.

Screening neoplasia del collo dell'utero: L'88% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita, ma soltanto il 76% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: L'89% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia; l'81% l'ha eseguita negli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.

Screening tumore del colon retto: In Liguria meno di una persona ultracinquantenne su cinque ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali: il 9% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 10% una colonscopia negli ultimi 5 anni, come raccomandato.

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la

periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per il Pap test e 3 anni per la mammografia);

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 5 Aziende Sanitarie Locali della Regione Liguria, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 1.557.122 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero, l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine o il domicilio stabile al di fuori della Asl di residenza.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Il campione, aggregato nell'anno e su tutte le ASL della Regione, è stato di 1010 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per ASL:

ASL	Intervistati di 18-69 anni
Asl 1 Imperiese	213
Asl 2 Savonese	192
Asl 3 Genovese	201
Asl 4 Chiavarese	204
Asl 5 Spezzino	200
Totale regionale	1010

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 22.019 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza. Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica durante tutto l'anno 2007, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 6,2% delle interviste risulta effettuata col metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (portale passidati, riservato agli operatori del Sistema di Sorveglianza).

Analisi delle informazioni

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

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura (vedi appendice 2), mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi. Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Ulteriori approfondimenti sull'utilizzo della pesatura in fase di analisi sono riportati in appendice 2.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 5 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata di arancione presente nei grafici esprime l'Intervallo di Confidenza al 95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 1.557.122 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle cinque ASL della Liguria. Sono state intervistate 1.010 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie. Tutte le 5 ASL hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

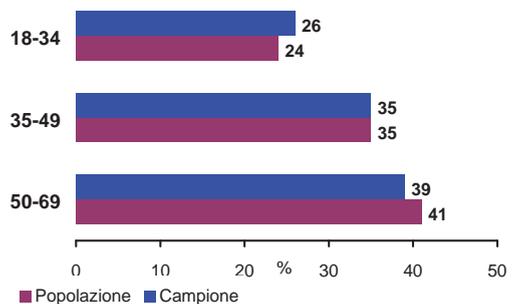
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'83% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 220 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione¹ è stato del 17%; il tasso di risposta² è stato dell'83%, quello di rifiuto³ del 12% e quello di non reperibilità del 5% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

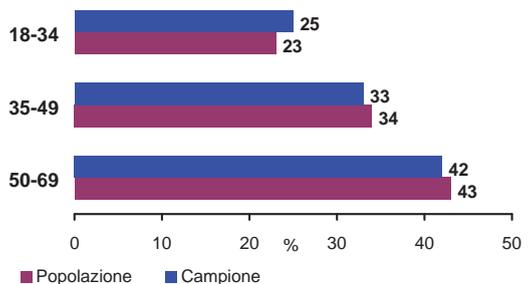
- In Liguria il 51% del campione intervistato (1010 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 45 anni, mentre nelle restanti Asl italiane è 43.
- Il 26% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 40% in quella 50-69. Nelle Asl italiane partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI queste percentuali sono, rispettivamente, 31,3%, 33,7% e 35%.

Distribuzione del campione e della popolazione per classe di età negli uomini
Liguria - PASSI 2007 (n=498)



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

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
Liguria - PASSI 2007 (n=512)



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

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

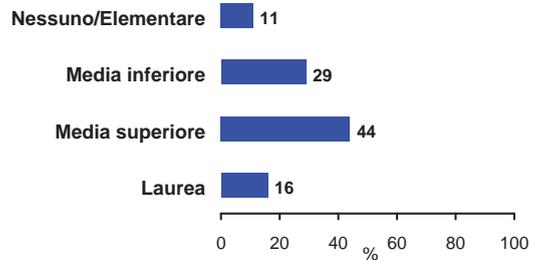
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

- In Liguria l'11% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 16% è laureato. Non ci sono differenze statisticamente significative nel livello di istruzione fra uomini e donne
- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).
- Suddividendo la popolazione in alto e basso livello di istruzione, si può osservare che in Liguria la frequenza di persone con diploma di scuola media superiore e laurea è lievemente superiore alla media nazionale (59% vs 56%)

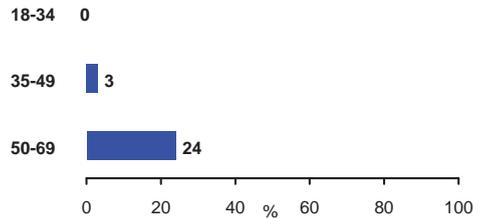
Campione per titolo di studio

Liguria - PASSI 2007 (n=1010)



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

Liguria - PASSI 2007 (n=1010)

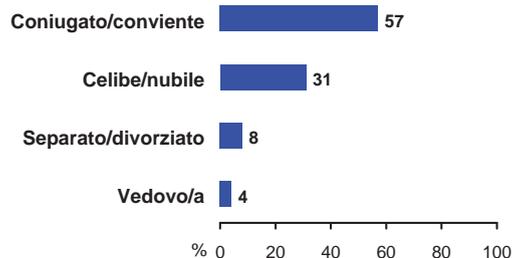


Lo stato civile

- In Liguria i coniugati/conviventi rappresentano il 57% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati l' 8% ed i vedovi/e il 4%.

Campione per categorie stato civile

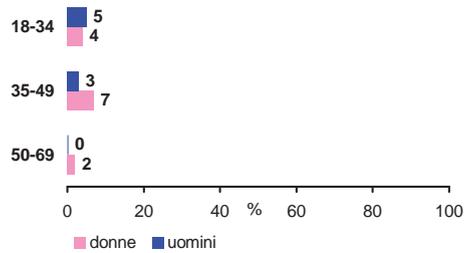
Liguria - PASSI 2007 (n=1010)



Cittadinanza

- In Liguria il 96% del campione intervistato è italiano, il 4% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani; ad esempio solo l'1% dei 50-69 anni sono stranieri.
- Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- La percentuale di cittadini stranieri nelle Asl italiane partecipanti al sistema di sorveglianza è 2,5.

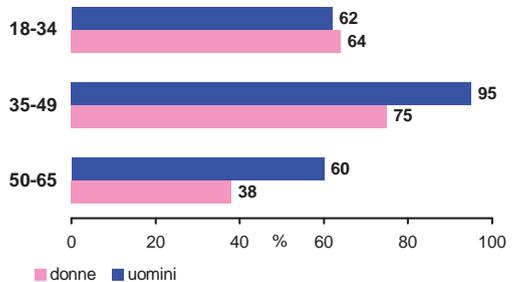
Percentuale di stranieri per sesso e classe d'età
Liguria – PASSI 2007



Il lavoro

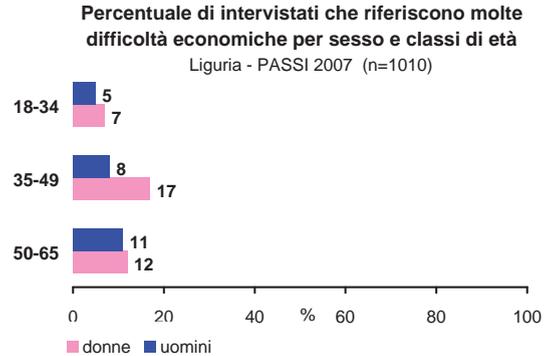
- In Liguria il 67% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente (il dato nazionale è invece pari al 64,1%).
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (60% contro 74%). Gli intervistati di età compresa fra i 35-49 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.

Percentuale di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Liguria - PASSI 2007



Difficoltà economiche

- In Liguria il 10% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 32% qualche difficoltà, il 58% nessuna. Nelle Asl partecipanti al sistema di sorveglianza le percentuali sono: 14%, 41% e 45%.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (12% contro 8%) ed è soprattutto la classe 35-49 anni che riferisce molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.



Conclusioni

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

La Liguria si conferma essere una regione “anziana”, con elevati livelli di istruzione, soprattutto nel sesso femminile, la percentuale di stranieri regolarmente registrati è maggiore rispetto al dato nazionale.

Le difficoltà economiche vengono percepite in misura minore in Liguria rispetto alle Asl italiane, anche se in maniera più accentuata tra le donne di età 35-49 anni (17%).

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Liguria il 64% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 30% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 6% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie croniche.

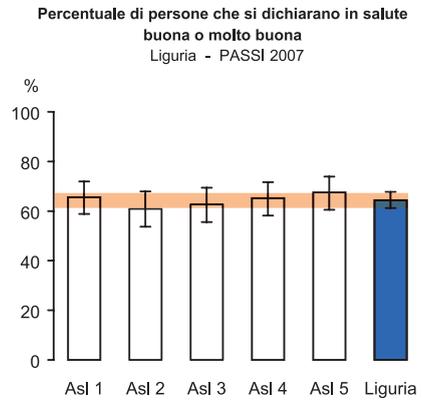
Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per classe di età, sesso, difficoltà economiche e presenza di patologie croniche.

Stato di salute percepito positivamente*	
Liguria - PASSI 2007 (n=1009)	
Caratteristiche	%
Totale	64,4 (IC95%: 61,2-67,7)
Età	
18 - 34	87,0
35 - 49	69,7
50 - 69	45,6
Sesso	
uomini	72,6
donne	56,5
Istruzione	
nessuna/elementare	42,5
media inferiore	57,5
media superiore	70,3
laurea	75,9
Difficoltà economiche	
molte	38,1
qualche	59,6
nessuna	71,8
Patologia severa**	
presente	34,1
assente	72,6

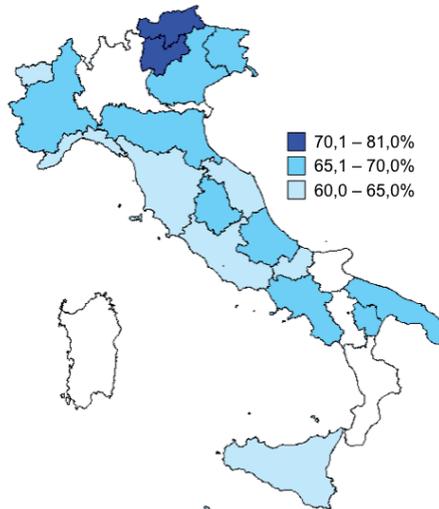
* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

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

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range dal 61% della Asl 2 al 68% della Asl 5).



Nelle Asl italiane che partecipano al sistema di sorveglianza PASSI, tale percentuale è pari al 65% circa, seppure con qualche diversità tra le regioni:

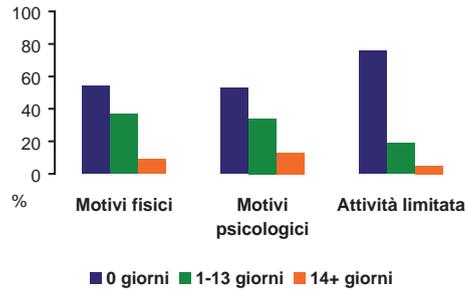


Percentuale di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
(Pool PASSI 2007)

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

- In Liguria la maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere stata bene tutti gli ultimi 30 giorni (54% in buona salute fisica, 53% in buona salute psicologica e 76% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 9% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, il 13% per motivi psicologici e solo il 5% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Liguria - PASSI 2007



- Sul totale del campione ligure, il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è circa 4, per motivi psicologici 5, mentre le attività abituali sono limitate per 2 giorni al mese.
- Le donne e le persone di età più elevata lamentano in media più giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita
Liguria - PASSI 2007

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

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Attività fisica

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

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

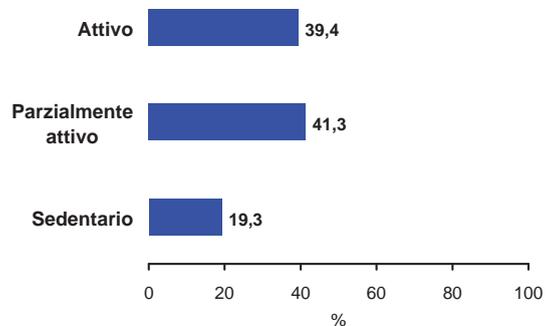
È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

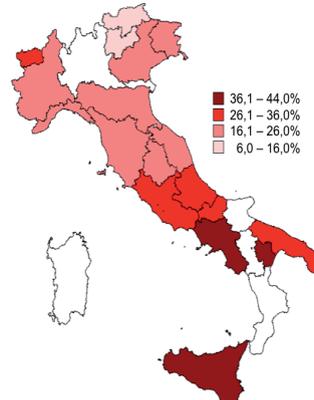
- In Liguria il 39% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 41% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 19% è completamente sedentario.

Livello di attività fisica

Regione Liguria– PASSI 2007 (n=999)



Percentuale di persone sedentarie (Pool PASSI 2007)



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% della popolazione è attivo, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.

Chi fa poca o nessuna attività fisica?

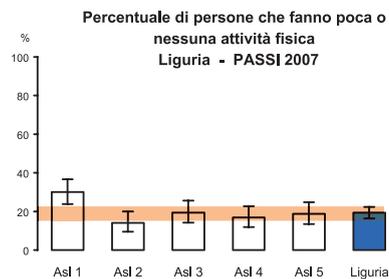
- Nella nostra Regione non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne
- Sono più spesso sedentari i meno giovani, le persone con basso livello di istruzione e quelle con molte difficoltà economiche; e queste caratteristiche rimangono fortemente associate alla sedentarietà anche analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico
- Nelle 5 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie (range dal 14% di Savona al 30% di Imperia).

Sedentari

Regione Liguria - PASSI 2007 (n=999)

Caratteristiche	%
Totale	19.3 (IC95%: 16.4-22.3)
Classi di età	
18 - 24	8.5
25 - 34	14.8
35 - 49	18.2
50 - 69	24.6
Sesso	
uomini	20.3
donne	18.4
Istruzione	
nessuna/elementare	34.9
media inferiore	20.8
media superiore	16.2
laurea	14.6
Difficoltà economiche	
molte	40.5
qualche	20.0
nessuna	15.1

Sedentario: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non pratica alcuna attività fisica

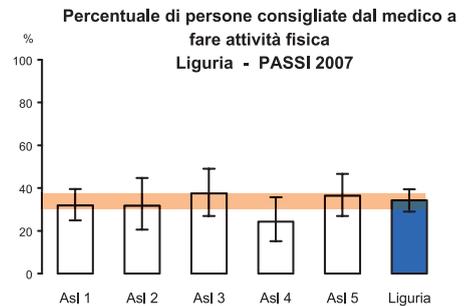


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- In Regione Liguria solo il 38% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario gli ha chiesto se svolge attività fisica, e il 34% riferisce che un medico o un operatore sanitario gli ha consigliato di farla regolarmente
- Tra le altre ASL partecipanti al sistema questi valori sono rispettivamente il 33 e il 30%



Nelle 5 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica (range dal 24% di Chiavari al 38% di Genova).

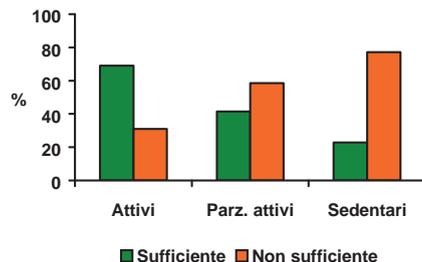


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nella nostra regione il 23% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti, la percentuale di persone sedentarie che percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 26%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
Regione Liguria - PASSI 2007 (n=993)



Conclusioni e raccomandazioni

Dai nostri dati risulta che in Regione Liguria su dieci persone di età compresa fra i 18 e i 69 anni quattro praticano attività fisica in modo sufficiente, due sono completamente sedentarie e le altre quattro la praticano in modo insufficiente.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane e fra chi ha un minor livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

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

Solo il 38% dei medici liguri si informa e il 34% consiglia genericamente di svolgere attività fisica ai propri pazienti. Questo fatto assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta: quasi un sedentario ogni quattro ritiene di fare attività sufficiente.

Tuttavia l'opera del medico da sola non basta ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

Tenuto conto di questi dati e degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione relativi alla riduzione degli incidenti domestici ed in particolare delle cadute di soggetti anziani, in Regione Liguria è stato dato avvio al progetto dei "Gruppi di Cammino", che si pone come obiettivo specifico quello di ridurre il rischio di caduta nella persona anziana, connesso a ipotrofia muscolare e osteoporosi, ma si inserisce in un contesto più ampio di medicina preventiva volto all'adozione di uno stile di vita attivo.

In Liguria uno stile di vita poco attivo o sedentario è diffuso non solo tra gli adulti, ma anche tra i bambini (Okkio alla salute: percentuale di bambini non fisicamente attivi: 23%).

Pertanto in alcune ASL si sta cercando di implementare l'iniziativa "Pedibus", in collaborazione con gli enti locali, le famiglie, le scuole e il mondo delle associazioni no profit.

Già attivato in altre regioni italiane e in molti paesi europei, il "Pedibus" prevede che i bambini vengano accompagnati a scuola a piedi in maniera da far crescere in loro la consapevolezza di sani stili di vita.

Questa iniziativa si propone inoltre di contribuire alla soluzione di altri importanti problemi, quali l'eccessivo traffico automobilistico e gli incidenti stradali, attraverso lo sviluppo di una cultura della mobilità sostenibile e della sicurezza stradale.

L'abitudine al fumo

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

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

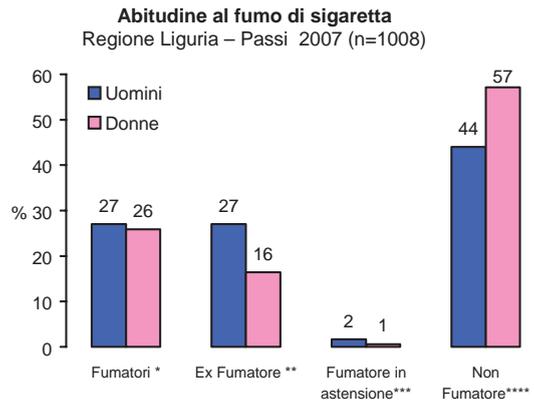
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- In Regione Liguria i fumatori sono pari al 26%, gli ex fumatori al 22%, e i non fumatori al 51%. A questi si aggiungono 11 persone (1%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- L'abitudine al fumo è ugualmente distribuita tra gli uomini e le donne (27% versus 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (57% versus 44%).



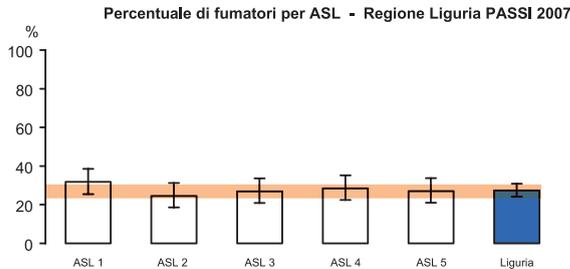
*Fumatore: persona che dichiara di aver fumato almeno 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**Ex fumatore: persona che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che non fuma da oltre sei mesi

***Fumatore in astensione: fumatore che sta tentando di smettere e riferisce di non fumare da meno di sei mesi

****Non fumatore: persona che dichiara di non aver mai fumato e che attualmente non fuma

- Nelle 5 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 25% della ASL 2 al 32% della ASL 1).



- tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 30,7%, gli ex fumatori il 19,1% e i non fumatori il 50,3%.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- Valutando le differenze riscontrate con metodi statistici avanzati, quali l'analisi multivariata per controllare i fattori di confondimento, si può dire che la giovane età (in particolare la fascia 18-24 anni nei confronti delle altre), il medio-basso livello di istruzione e le difficoltà economiche (sia evidenti che moderate) si confermano essere associate alla condizione di fumatore, mentre per il sesso non si conferma una differenza significativa nell'abitudine al fumo.
- I fumatori che fumano quotidianamente, fumano in media 14 sigarette al giorno. Tra loro, il 12% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al giorno (forte fumatore)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i giovani e gli adulti fino a 49 anni rispetto alla fascia di età 50-69 anni; gli uomini fumano di più delle donne; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Distribuzione dei fumatori per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria - Passi 2007 (n1008)

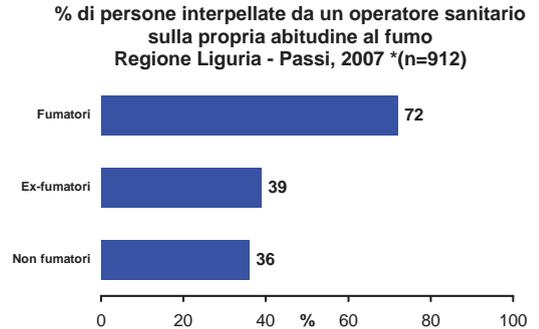
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	27,4 (IC95%: 24,1- 30,8)
Età, anni**	
18 - 24	45,7
25 - 34	27,0
35 - 49	28,7
50 - 69	22,4
Sesso	
M	28,6
F	26,3
Istruzione**	
Nessuna/Elem	25,7
Media	35,6
Superiore	28,0
Laurea	12,4
Difficoltà economiche**	
Sì, molte	51,7
Sì, qualche	32,4
No, Nessuna	20,3

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

**differenze statisticamente significative (p 0,01): vedi commento a lato

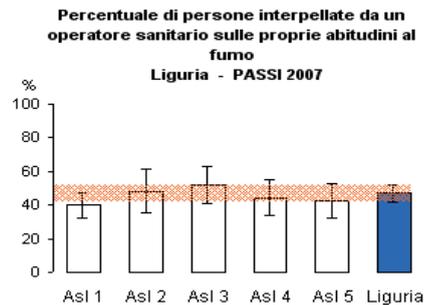
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Solo la metà (47%) delle persone che sono state da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 72% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori e il 36% dei non fumatori, ma solo il 29% dei fumatori in astensione ricorda di aver ricevuto domande in merito alla sua abitudine.

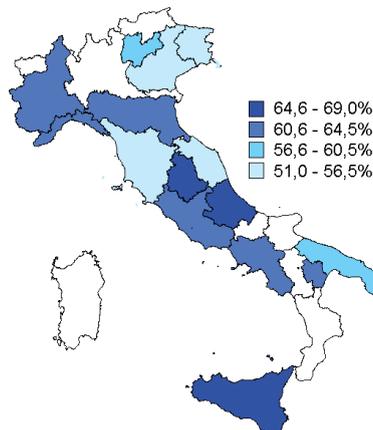


- intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Nel confronto tra le ASL della Regione Liguria non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate è più alta nella ASL 3 (45%) e più bassa nelle ASL 2 e 5 (38%).
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 40% degli intervistati che si sono recati da un operatore sanitario nell'ultimo anno.



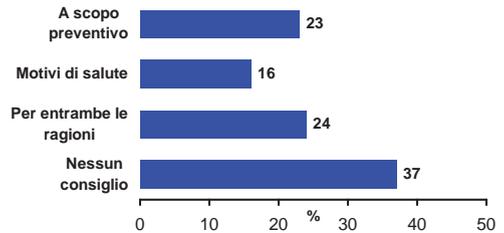
Percentuale di fumatori cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare (Pool PASSI 2007)



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

- il 63% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente per entrambe le motivazioni di prevenzione e salute (24%)
- il 37% dei fumatori dichiara di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (nelle Asl italiane partecipanti allo studio il 40%)

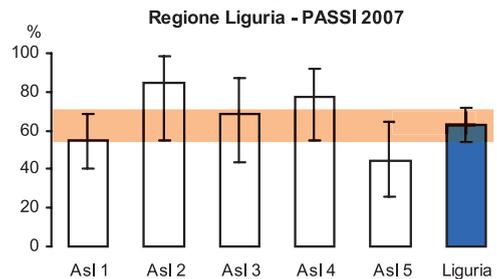
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – Regione Liguria - Passi 2007* (n=134)



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

- Nelle 5 ASL della Regione emergono differenze, che non raggiungono però il livello di significatività, per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 44% della ASL 5 all' 85% della ASL 2)

Percentuale di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare per ASL

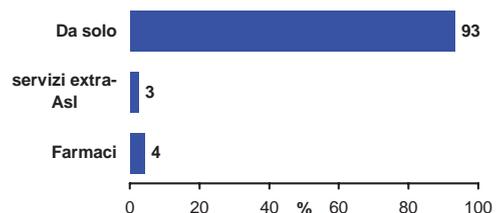


Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori il 93 % ha smesso di fumare da solo e il 3 % riferisce di aver smesso partecipando a iniziative organizzate al di fuori della Asl
- anche i dati relativi alle ASL italiane partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli (95,7%)
- Il 43 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.
- Di questi, il 96% ha tentato di smettere da solo

Percentuale delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori

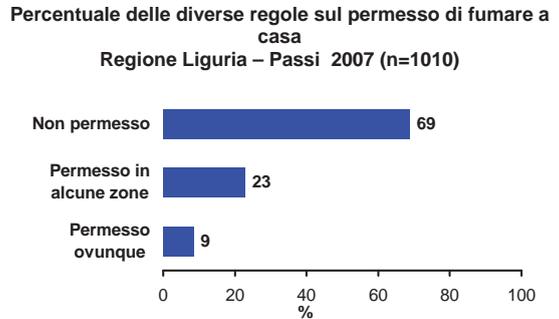
Regione Liguria - Passi 2007 (n=221*)



*Ex fumatore: persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita, che non fuma da oltre sei mesi

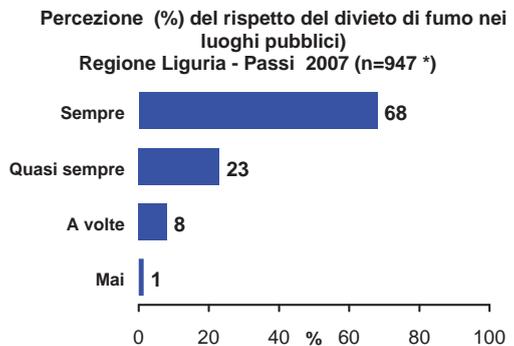
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 69% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 31% dei casi si fuma ovunque (9%) o in alcune zone (23%).



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

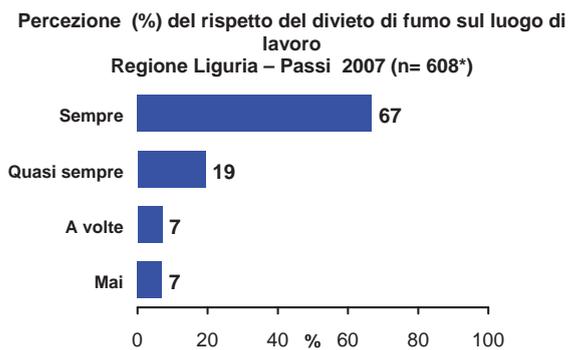
- le persone intervistate che hanno avuto occasione di frequentare locali pubblici negli ultimi 30 giorni riferiscono, nel 91% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 9% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente dell'84%e del 16%.



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

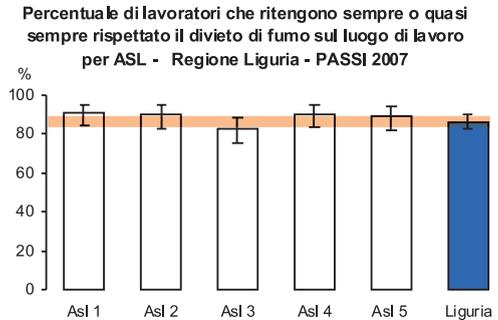
Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nell' 86% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 14% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente dell'85% e del 15%.



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

- Nelle 5 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dall' 83% della ASL 3 al 91% della ASL 1)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Liguria un elemento che desta preoccupazione è dato dal fatto che, nella fascia di età compresa tra 18 e 24 anni, quasi un giovane su due è fumatore. La prevalenza di fumatori è elevata anche nella classe d'età dei 35 - 49enni, dove quasi 1 persona su 3 riferisce di essere fumatore.

Tra i fumatori, 4 su 10 non ricevono il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario: questo evidenzia la necessità di elevare il livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l'abitudine al fumo.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante gli effetti positivi ottenuti a seguito dell'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

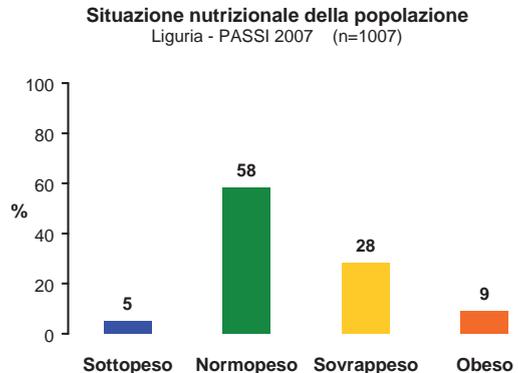
Situazione nutrizionale

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Liguria il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 28% sovrappeso e il 9% obeso.
- Complessivamente si stima che il 37% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.

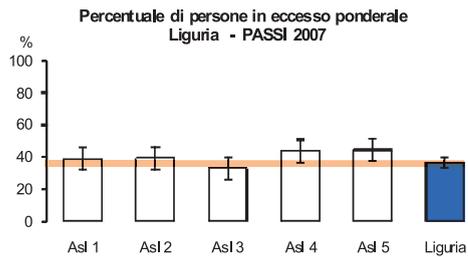
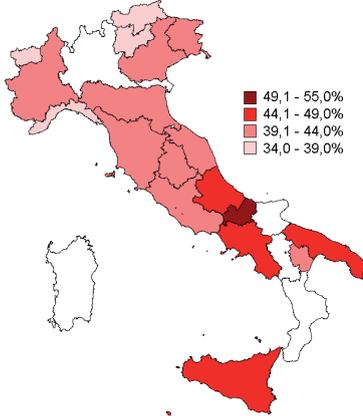


Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (47% vs 26%) e nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche. Tutte queste differenze sono statisticamente significative.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si osserva che la probabilità di essere in eccesso ponderale è maggiore nelle classi di età più elevate, negli uomini, nelle persone con bassa istruzione e che hanno molte difficoltà economiche (differenze statisticamente significative).

Popolazione con eccesso ponderale		
Liguria - PASSI 2007 (n=1007)		
Caratteristiche	Sovrappeso %	Obesi %
Totale	27.9 (IC95% 24.7-31.0)	8.7 (IC95% 6.8-10.7)
Classi di età		
18 - 34	16.5	3.5
35 - 49	25.8	8.8
50 - 69	36.9	12.0
Sesso		
uomini	36.8	10.5
donne	19.2	7.0
Istruzione		
nessuna/elementare	38.5	21.2
media inferiore	30.8	9.2
media superiore	26.6	6.8
laurea	18.7	4.9
Difficoltà economiche		
molte	37.9	9.3
qualche	24.3	12.2
nessuna	28.1	6.7

- Nelle 5 Asl della Regione non emergono differenze statisticamente significative, anche se nell'area metropolitana (Asl 3) la prevalenza di sovrappeso è inferiore rispetto alle altre aree liguri (range dal 33% dell'Asl 3 al 45% dell'Asl 5).

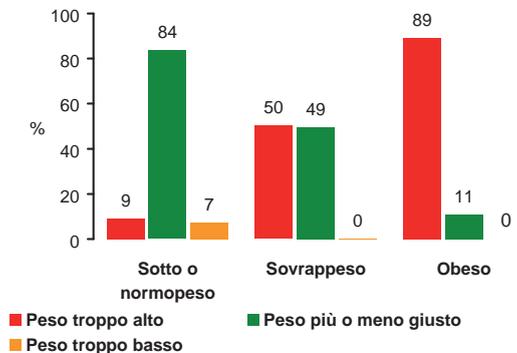


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza presenta un eccesso ponderale il 43% della popolazione (31.9% sovrappeso e 11.1% obeso).

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

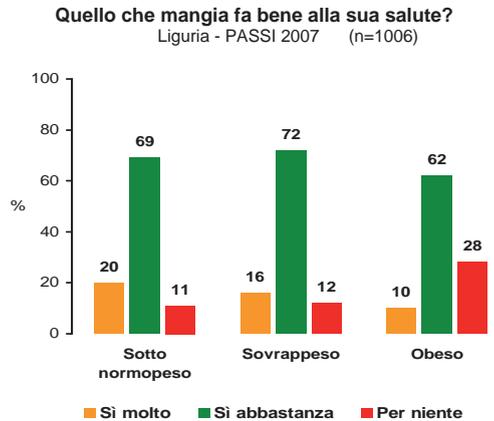
- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- In Liguria la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato in base al peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (89%) e nei normopeso (84%), mentre tra le persone in sovrappeso solo il 50% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l' 82% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all' 86% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 76% è consapevole del proprio eccesso ponderale, rispetto al 37% degli uomini.

Percezione della propria situazione nutrizionale
Liguria - PASSI 2007 (n=1006)



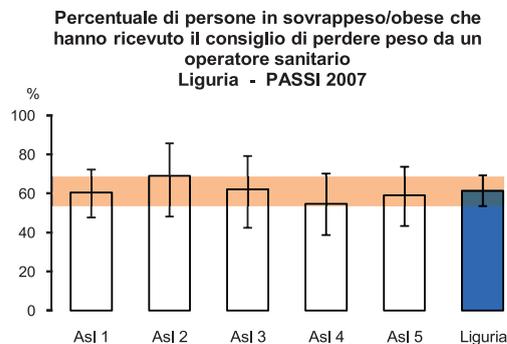
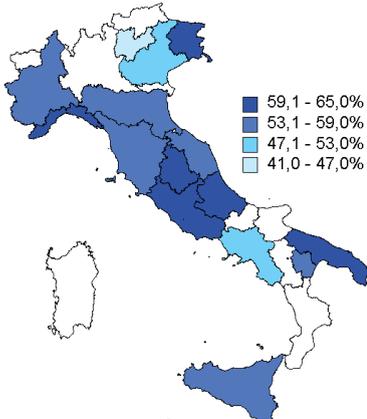
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In Liguria mediamente il 91% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute (“Si, abbastanza” o “Si, molto”) in particolare: l’89% dei sottopeso/normopeso, l’88% dei sovrappeso e il 72% degli obesi.



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

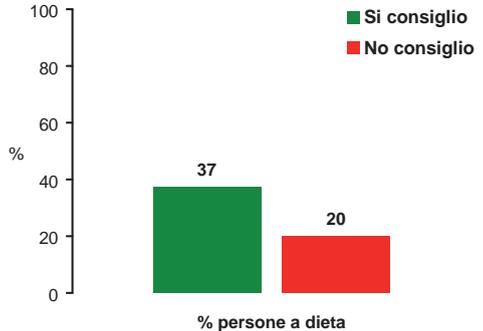
- In Liguria il 61% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 53% delle persone in sovrappeso e il 91% delle persone obese.
- Nelle 5 Asl della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 55% dell’Asl 4 al 69% dell’Asl 2).



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 48% delle persone in sovrappeso e l’81% degli obesi ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario.

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

Liguria - PASSI 2007 (n=207)

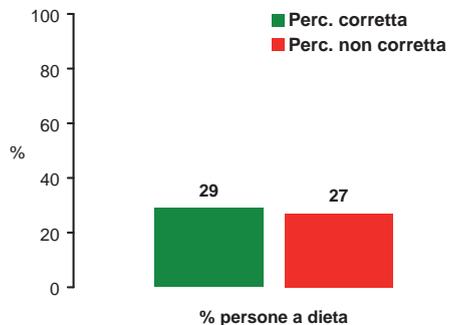


- Solo il 31% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (28% nei sovrappeso e 39% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (42% vs il 24% degli uomini)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (37% vs 20%).
- Tale proporzione resta più alta, ma non in maniera statisticamente significativa:

- nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto", rispetto alle persone sempre in sovrappeso, ma che ritengono il proprio peso "giusto";
- negli obesi (39%), rispetto ai soggetti in sovrappeso (28%).

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

Liguria - PASSI 2007 (n=299)

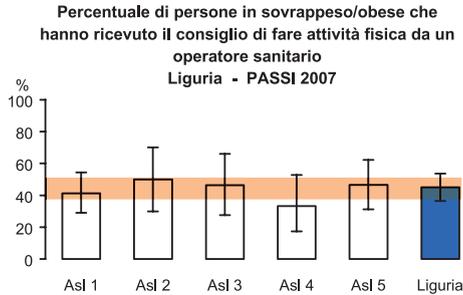


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- In Liguria il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (21% nei sovrappeso e 29% negli obesi). Inoltre il 39% è attivo in maniera insufficiente e solo il 38% fa un'attività fisica adeguata alle linee guida.
- Il 45% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte dell'operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 39% delle persone in sovrappeso e il 66% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, l'83% pratica un'attività

fisica almeno moderata, rispetto al 67% di chi non l'ha ricevuto.

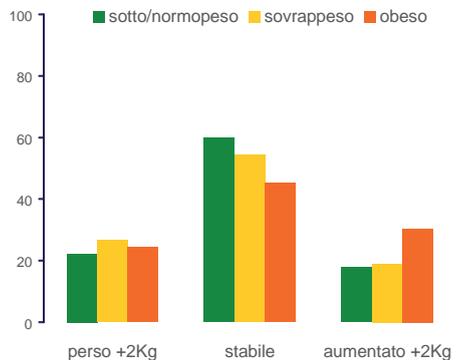
- Nelle 5 Asl della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 33% dell'Asl 4 al 50% dell'Asl 2).



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Liguria il 19% degli intervistati ha riferito di aver acquisito almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso è più elevata:
 - nelle fasce d'età di 18-34 e 35-49 anni (22% vs 16% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (30% negli obesi e il 28% nei sovrappeso vs 18% dei normopeso).
 - tra le donne (21% vs 17% nei maschi).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
Liguria - PASSI 2007 (n=992)



Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria l'eccesso ponderale è molto diffuso nella fascia d'età 18-69 anni (37%), e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 50% percepisce il proprio peso come "troppo alto" e, in particolare, solo 1/3 degli uomini sovrappeso si riconosce come tale. La maggior parte delle persone sovrappeso giudica la propria alimentazione come adeguata e quasi una su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 31% delle persone in eccesso ponderale, e solo il 39% pratica attività fisica in maniera adeguata (almeno 30 minuti di attività moderata la maggior parte dei giorni della settimana).

In Liguria l'eccesso ponderale è presente anche nell'età infantile (29%), come dimostrano i risultati della sorveglianza "OKkio alla salute", indagine sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle classi terze primarie.

Sulla base di queste informazioni è stato dato ulteriore impulso alle iniziative di promozione di sani stili di vita rivolti in una prima fase all'età evolutiva.

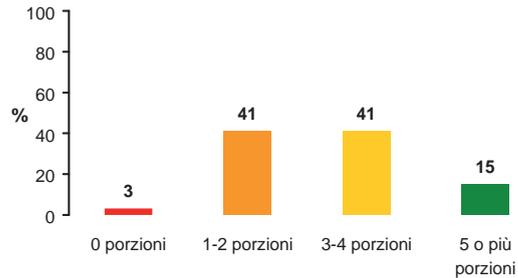
In particolare è stata attivata una collaborazione tra le ASL liguri e l'Istituto Gaslini volta a realizzare specifiche attività curricolari nelle scuole materne attraverso la formazione degli insegnanti e la partecipazione delle famiglie. Inoltre si sta cercando di promuovere, in collaborazione con gli enti locali, l'attività motoria attraverso iniziative quali il "Pedibus", che prevede che i bambini vengano accompagnati a scuola a piedi in maniera da far crescere in loro la consapevolezza di sani stili di vita.

Abitudini alimentari: frutta e verdura

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

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

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Liguria - PASSI 2007 (n=1010)

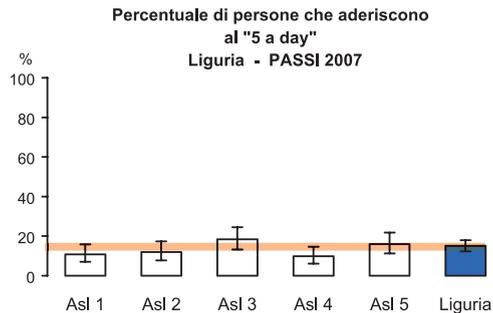


- In Liguria il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 15% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 41% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (18%), tra le donne (17%) e tra le persone con elevato livello d'istruzione (20%); non emergono differenze legate alla condizione economica. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone sovrappeso/obese.
- Analizzando con un modello logistico tutte queste caratteristiche insieme, l'adesione al "5 a day" rimane significativamente associata dal punto di vista statistico con il sesso femminile e il sovrappeso.

Consumo di frutta e verdura Liguria- PASSI 2007 (n=1010)		Adesione al "5 a day"* (%)
Caratteristiche		15.1 (IC95% 12.3-17.9)
Totale		
Classi di età	18 - 34	13.4
	35 - 49	12.7
	50 - 69	18.2
Sesso	uomini	13.1
	donne	17.1
Istruzione	nessuna/elementare	17.7
	media inferiore	14.8
	media superiore	12.7
	laurea	20.3
Difficoltà economiche	molte	15.3
	qualche	15.3
	nessuna	14.9
Stato nutrizionale	sotto/normopeso	13.4
	sovrappeso	18.0
	obeso	18.5

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

Nelle 5 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al “5 a day” (range dal 10% dell’Asl 4 al 18% dell’Asl 3).



- Tra le Asl partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 10.4 dei campionati riferisce di mangiare 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.

Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria la maggior parte delle persone di 18-69 anni dichiara di mangiare giornalmente frutta e verdura, ma le quantità consumate sono insufficienti: meno di 3 porzioni nella metà degli intervistati; 5 porzioni al giorno (“five a day”), come raccomandato per un’efficace prevenzione delle neoplasie e di altre patologie croniche, solo nel 15% dei casi.

Anche nei bambini il consumo di frutta e verdura è insufficiente: la percentuale di chi aderisce al “five a day” è pari al 2%. (OKkio alla salute, Regione Liguria 2008)

In considerazione delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza, nella nostra regione si è rafforzata la collaborazione tra le ASL liguri e l’Istituto Gaslini volta a realizzare specifiche attività curricolari di educazione alimentare nelle scuole materne, attraverso la formazione degli insegnanti e la partecipazione delle famiglie. In questo contesto, se le iniziative intraprese raggiungeranno una parte consistente della popolazione e saranno sostenute nel tempo, Okkio alla salute e PASSI potranno rilevare, nei prossimi anni, cambiamenti nelle abitudini e nei comportamenti dei bambini e delle loro famiglie.

Consumo di alcol

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

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

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

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

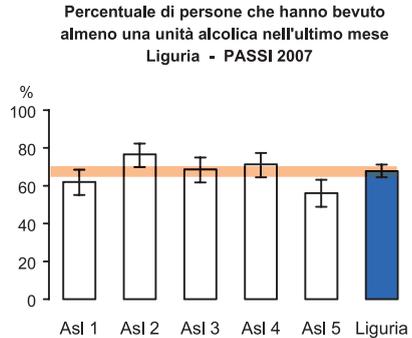
Quante persone consumano alcol?

- In Liguria la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 68%. Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.
- Si è osservata una percentuale più alta nella fascia 18-24 anni. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini e in chi ha un livello di istruzione medio-alto. Analizzando assieme i fattori studiati con un modello di analisi multivariata, quest'ultima associazione viene conservata.
- Il 61% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 39% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
Liguria - PASSI 2007 (n=1004)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	67.8 (IC95%:64.4-71.2)
Classi di età	
18 - 24	72.7
25 - 34	66.7
35 - 49	68.0
50 - 69	66.9
Sesso	
uomini	80.1
donne	55.7
Istruzione	
nessuna/elementare	52.1
media inferiore	71.3
media superiore	69.6
laurea	67.1
Difficoltà economiche	
molte	67.0
qualche	59.4
nessuna	72.6

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

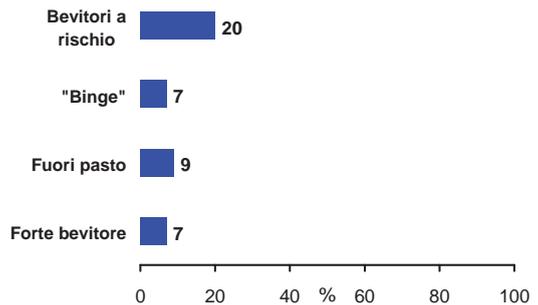
- Si rilevano differenze nel consumo di alcol fra le diverse Asl, ed in particolare una differenza statisticamente significativa tra il valore della Asl 5 (56%) da un lato e i valori della Asl 2 (77%) e dell'intera Regione (68%) dall'altro.



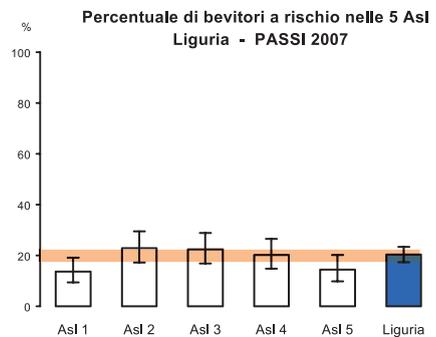
Quanti sono bevitori a rischio?

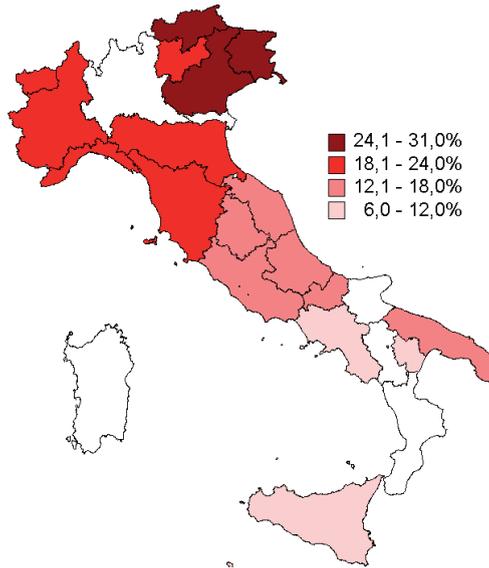
- Complessivamente il 20% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 9% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 7% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Fra le cinque ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio (per i bevitori a rischio range dal 14% di Imperia al 23% di Savona).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto)

Bevitori a rischio* per categorie
Liguria - PASSI 2007



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





Percentuale di bevitori a rischio
(Pool PASSI 2007)

Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 7% degli intervistati e risulta più frequente nei giovani, nel sesso maschile e nelle persone con molte difficoltà economiche, anche se la significatività statistica viene raggiunta solo per queste due ultime caratteristiche.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche col modello logistico si osserva che il consumo “binge” è significativamente più elevato sul piano statistico nei maschi, e in chi ha molte difficoltà economiche.

Consumo “binge” (ultimo mese)
Liguria - PASSI 2007 (n=993)

Caratteristiche	% bevitori “binge”
Totale	7.3 (IC95%: 5.4-9.2)
Classi di età	
18 - 24	11.8
25 - 34	9.3
35 - 49	6.2
50 - 69	6.4
Sesso	
uomini	9.9
donne	4.8
Istruzione	
nessuna/elementare	5.4
media inferiore	6.4
media superiore	8.4
laurea	7.1
Difficoltà economiche	
molte	11.1
qualche	6.6
nessuna	7.0

consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

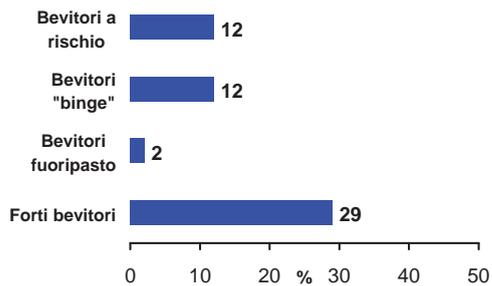
- Nelle cinque ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori “binge” non mostra differenze statisticamente significative (range dal 5% di La Spezia al 12% di Savona).

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

- In Liguria solo il 20% degli intervistati che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno il 12%, tra i bevitori “binge” il 12%, tra quelli che bevono fuori pasto il 2% e il 29% tra i forti bevitori.

Percentuale di bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un medico od altro operatore sanitario (esclusi quelli che non sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi)

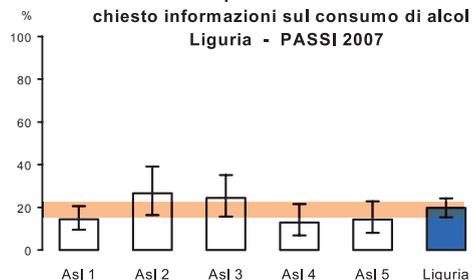
Liguria - PASSI 2007



- Nelle cinque ASL della Regione, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione (range dall'13% di Chiavari al 27% di Savona; Liguria 20%).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%; il 9% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.

Percentuale di persone a cui un medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol

Liguria - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio; si tratta di livelli di consumo leggermente superiori rispetto a quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2007.

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

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

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

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

Nella nostra regione, nel quadro delle azioni intraprese per il Piano Regionale per la prevenzione degli incidenti stradali, si è pensato di avviare una collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione, SERT, Attività Consultoriali, MMG, PLS e altri portatori di interesse, iniziando con un Workshop previsto per l'inizio del 2009, durante il quale saranno discusse le possibili strategie per un lavoro in rete da svolgersi nei prossimi anni.

Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia oltre 225.078 incidenti stradali con 5.426 morti e 313.727 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità.

Si stima che il costo complessivo dovuto agli incidenti stradali corrisponda a circa il 2% del PIL.

Dai dati ricavati dall'atlante ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) risulta che i traumatismi e gli avvelenamenti, con circa 10.500 decessi all'anno, costituiscono la terza causa di mortalità evitabile, dopo i tumori e le malattie cardiovascolari. La maggior parte di questi decessi sono riferibili agli incidenti stradali. La perdita di vita media, in caso di incidente stradale, è di circa 40 anni, contro una perdita di 10,5 anni per le morti per cancro e di 9,7 anni per i decessi per malattie cardio-vascolari.

In Liguria si verificano ogni anno più di 9.000 incidenti stradali, con più di 100 morti e circa 12.000 feriti. Gli accessi al PS sono circa 28.000, pari a oltre la metà del totale degli accessi al PS.

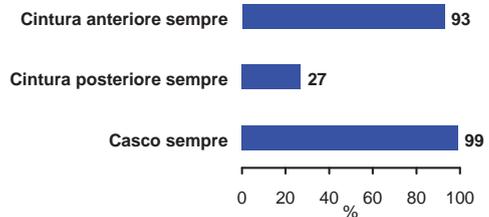
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'uso di alcol o sostanze: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 93%; l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (27%)
- In Liguria tra le persone che vanno in moto o in motorino il 99% riferisce di usare sempre il casco
- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, senza presentare differenze statisticamente significative (range dal 90% di Savona al 97% di Genova per la cintura anteriore e dal 24% di Savona al 31% di Genova per quella posteriore).
- Nell'intero campione delle ASL italiane partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore rispetto al dato ligure, essendo dell'81,8% per la cintura anteriore, del 18,9% per quella posteriore e del 91.5% per l'uso del casco.

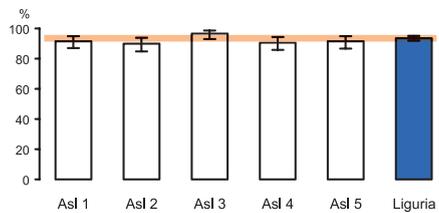
Uso dei dispositivi di sicurezza

Liguria- PASSI 2007



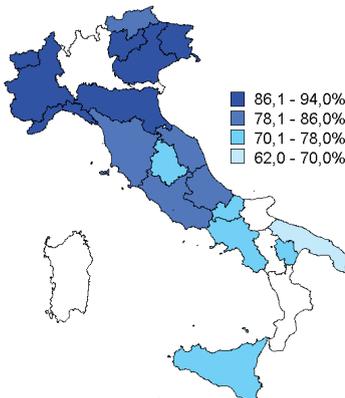
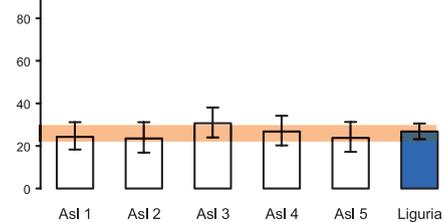
Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre

Liguria - PASSI 2007

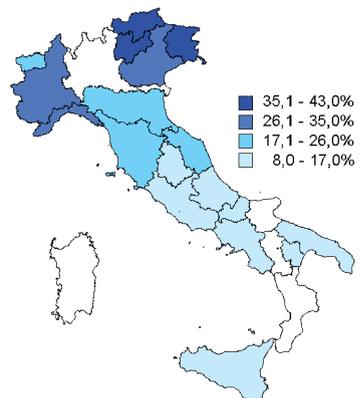


Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre

Liguria - PASSI 2007



Utilizzo cintura anteriore
(Pool PASSI 2007)



Utilizzo cintura posteriore
(Pool PASSI 2007)

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 7% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto (68% della popolazione generale) e guidato, la percentuale che dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è dell'11%;
- questa abitudine è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e la differenza è statisticamente significativa.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con una regressione logistica, le differenze di comportamento tra tra uomini e donne rimangono statisticamente significative.
- L'8% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le diverse ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dal 9% di Savona al 15% di Chiavari).
- Nell'intero campione delle ASL italiane partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, valore che non si discosta in modo significativo sul piano statistico dal valore regionale ligure.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

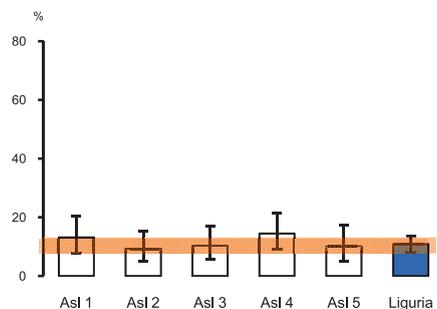
Liguria - PASSI 2007 (n=642)

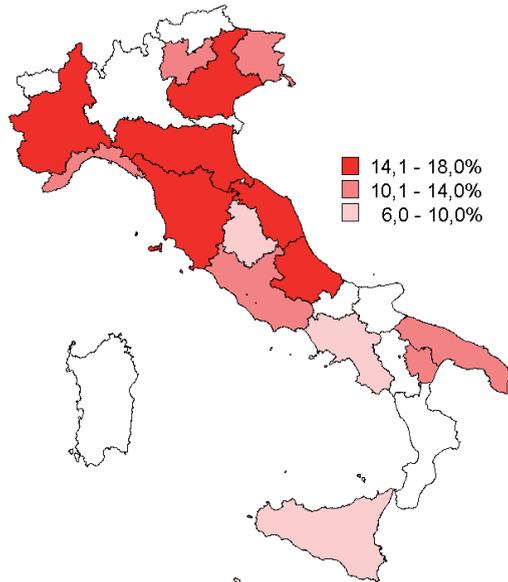
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	10,9 (IC95%: 8.0-13.7)
Classi di età	
18 - 24	6.2
25-34	16.1
35 - 49	6.3
50 - 69	13.8
Sesso	
uomini	15.4
donne	4.2
Istruzione	
nessuna/elementare	9.5
media inferiore	9.3
media superiore	12.4
laurea	10.1
Difficoltà economiche	
molte	10.1
qualche	5.8
nessuna	13.4

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

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

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
Liguria - PASSI 2007





Percentuale di persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol
(Pool PASSI 2007)

Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema piuttosto diffuso.

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

Infortuni domestici

Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000.

In base ai dati relativi al biennio 2005-06 del Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA), attivo presso il Dipartimento Ambiente dell'Istituto Superiore di Sanità, si può ritenere che ogni anno in Italia gli incidenti domestici mandino al pronto soccorso circa 1 milione e 700.000 italiani; di questi, 130.000 vengono ricoverati e 7.000 non sopravvivono.

Considerata la frequenza e la gravità dei diversi tipi di incidenti domestici, le priorità su cui intervenire sono le cadute (e le conseguenti fratture) di soggetti anziani e diversi tipi di incidenti (cadute, avvelenamenti, ustioni, ingestioni di corpo estraneo) a carico dei bambini, soprattutto nella fascia di età 0-4 anni.

Al momento attuale non è ancora disponibile nella nostra Regione una descrizione dettagliata del fenomeno degli incidenti domestici, in quanto esiste una certa disomogeneità nelle modalità di raccolta dei dati da parte dei diversi servizi interessati.

Dalle elaborazioni disponibili dei dati correnti risulta che in Liguria nel periodo 2006-2007 si sono avuti annualmente circa 23.000 accessi al PS per incidente domestico.

Per quanto riguarda il fenomeno delle cadute, dai dati del Registro regionale di mortalità si ricava che nel 2005 sono decedute nell'intera regione 415 persone (144 maschi e 271 femmine) per cadute accidentali (ICD-9 E880-E888).

Da una ricerca effettuata nella ASL 3 Genovese (abitanti n 742.392, ≥ 65 n 197.135; intera regione abitanti n 1.607.878, ≥ 65 n 429.240) risulta confermata l'importanza del problema delle cadute e delle conseguenti fratture di femore in soggetti anziani (≥ 65 anni), in quanto nel periodo 2005-2007 si sono verificati annualmente più di 1.500 ricoveri per frattura di femore (generalmente conseguente a caduta).

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

- In Liguria la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 92% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, istruzione e difficoltà economiche. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) non influenza la percezione del rischio.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche (regressione logistica) si osserva che in Liguria la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente sul piano statistico soltanto al sesso maschile.
- Fra le ASL della Liguria, sembra emergere una differenza statisticamente significativa nella percezione del rischio di infortunio: a Savona la percezione del rischio è più bassa che a Chiavari, ma il dato globale è quello di quasi totale inconsapevolezza del rischio domestico .
- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico		
Regione Liguria (n=1010) - PASSI 2007		
Caratteristiche demografiche		% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico ¹
Totale		92,3 (IC 95%: 90,3-94,4)
Età		
	18 - 34	90,7
	35 - 49	90,9
	50 - 69	94,6
Sesso*		
	Uomini	94,4
	Donne	90,3
Istruzione		
	Nessuna/elementare	96,3
	S. media inferiore	91,6
	S. media superiore	92,7
	Laurea	89,9
Difficoltà economiche²		
	Molte	92,6
	Qualche	92,7
	Nessuna	92,1
Persone potenzialmente a rischio³		
	Si	90,8
	No	93,1

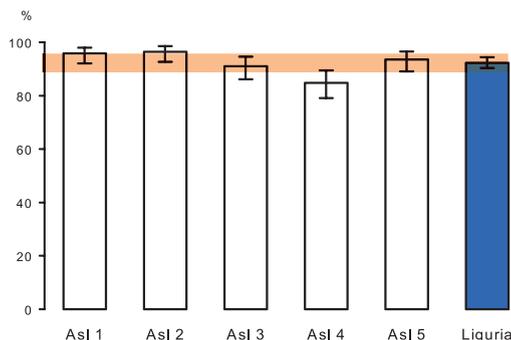
¹ possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

² Difficoltà economiche: molte=chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualche= chi arriva a fine con qualche difficoltà, nessuna=chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

³ si: presenza di anziani e/o bambini

* differenza significativa sul piano statistico

Percentuale di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Liguria - PASSI 2007



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

- In Liguria solo il 30% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne, tra coloro che non hanno alcuna istruzione o istruzione elementare e in coloro i quali hanno poche difficoltà economiche. Invece, la percentuale è più bassa nei nuclei familiari con persone potenzialmente a rischio.
- Contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, risulta che coloro che hanno un'alta percezione del rischio dichiarano con minor frequenza di aver ricevuto informazioni
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con una regressione logistica si osserva che non aver ricevuto informazioni rimane associato significativamente sul piano statistico solo all'età (meno informazioni nella fascia 18-34 anni rispetto alle altre due fasce).

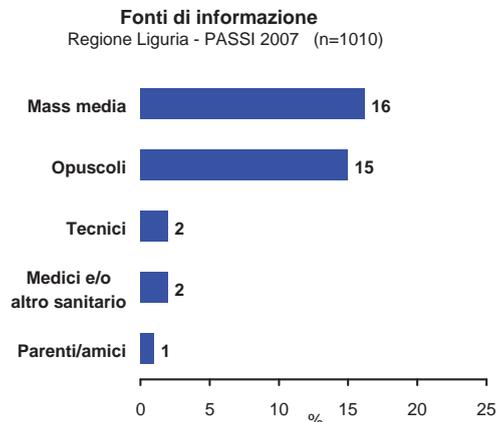
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state i mass media e gli opuscoli (rispettivamente il 16 e il 15% di tutti gli intervistati), raramente il personale sanitario o i tecnici.
- Nelle ASL della regione, tutte con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 37% della ASL 4 al 26% della ASL 1).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici è del 28%.

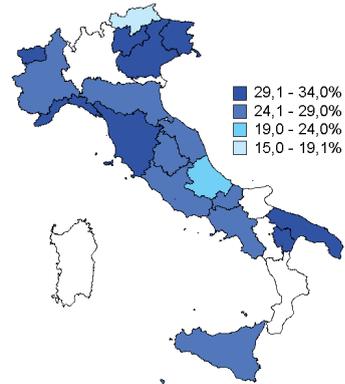
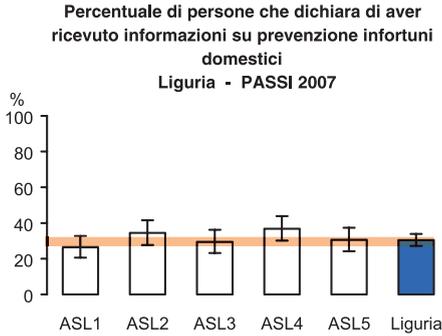
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi Regione Liguria (n=1010) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	30,4 (IC 95%: 27,0-33,8)
Età*	
18 - 34	21,1
35 - 49	33,4
50 - 69	33,8
Sesso	
Uomini	27,7
Donne	33,0
Istruzione	
Nessuna/elementare	38,8
S. media inferiore	30,4
S. media superiore	28,3
Laurea	30,2
Difficoltà economiche¹	
Molte	24,8
Qualche	34,1
Nessuna	29,3
Persone potenzialmente a rischio²	
Si	27,7
No	31,6
Percezione del rischio	
Alta	22,4
Bassa	31,0

¹ Difficoltà economiche: molte=chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualche= chi arriva a fine con qualche difficoltà, nessuna=chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

² si: presenza di anziani e/o bambini

* differenza significativa sul piano statistico





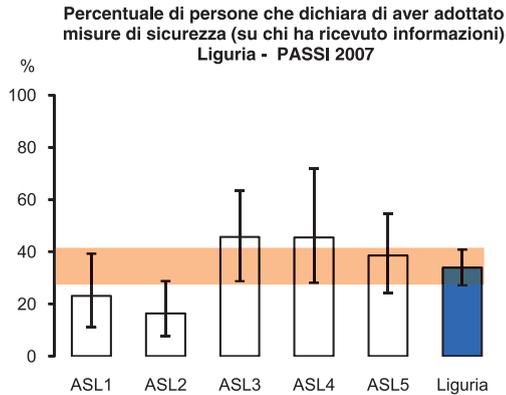
Tra chi riferisce di aver ricevuto informazioni, sono state adottate misure per rendere l'abitazione più sicura?

- In Liguria, tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 34% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore, pur senza raggiungere la significatività statistica, in chi ha un'alta percezione del rischio e nei nuclei familiari con persone potenzialmente a rischio; risulta invece significativamente maggiore nei soggetti in classi d'età 35-49 e 50-69 e in chi ha molte difficoltà economiche.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con una regressione logistica si osserva che aver adottato misure preventive è associato significativamente sul piano statistico alla classe d'età (35-49 e 50-69 vs 18-34), alle difficoltà economiche (molte vs qualche e nessuna) e alla presenza di soggetti potenzialmente a rischio.
- Nelle ASL della regione, emergono differenze riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 46% della ASL3 al 16% della ASL2), ma i numeri troppo piccoli non consentono di trarre deduzioni sulla significatività del dato.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

Percentuale di persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Regione Liguria (n=206) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	33.9 (IC 95%: 27,1-40,8)
Età	
18 - 34	12.5
35 - 49	46.7
50 - 69	34.6
Sesso	
Uomini	33.9
Donne	33.9
Istruzione	
Nessuna/elementare	33.0
S. media inferiore	34.1
S. media superiore	35.6
Laurea	30.6
Difficoltà economiche¹	
Molte	63.8
Qualche	35.6
Nessuna	27.5
Persone potenzialmente a rischio²	
Si	42.9
No	30.1
Percezione del rischio	
Alta	40.0
Bassa	33.6

¹ Difficoltà economiche: molte=chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualche= chi arriva a fine mese con qualche difficoltà, nessuna=chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente
² si: presenza di anziani e/o bambini



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che in Liguria fra le persone intervistate nove su dieci hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante l'elevata frequenza di questi eventi, compresi quelli di lieve entità, documentata dall'indagine Multiscopo ISTAT.

Solo tre persone su dieci dichiarano di aver ricevuto negli ultimi dodici mesi informazioni utili per la prevenzione degli infortuni domestici, e queste informazioni provengono soprattutto dai mass media.

Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, prorogato al 2008, ha quindi previsto una maggior attenzione al problema, attraverso un ventaglio di attività informative e preventive e un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi.

Per quanto riguarda la sorveglianza, si è cercato di migliorare i sistemi di rilevazione degli incidenti domestici nei servizi di Pronto soccorso, introducendo e portando gradualmente a regime il protocollo SINIACA in alcuni servizi ospedalieri (Galliera, Gaslini, Sanremo). Sulla base di questi dati si sta cominciando ad elaborare una reportistica che contenga informazioni utili per programmare e valutare gli interventi di prevenzione.

Inoltre sono allo studio sistemi di sorveglianza di singoli fenomeni, quali per esempio le cadute e le conseguenti fratture di femore in soggetti anziani, attraverso l'utilizzo integrato dei dati delle schede di dimissione ospedaliera e degli accessi al pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli interventi di promozione della salute, i Pediatri di libera scelta forniscono sistematicamente informazioni e counselling ai genitori nel corso dei bilanci di salute e inoltre sono in corso di realizzazione iniziative di educazione a livello scolastico. Infine è stato dato avvio ad un programma di promozione dell'attività motoria in soggetti adulti/anziani, attraverso i "Gruppi di cammino": è noto infatti che l'attività motoria praticata regolarmente contribuisce in maniera rilevante alla riduzione del rischio di cadere, insieme alle misure per rendere più sicura l'abitazione e ad altri interventi di prevenzione.

La sorveglianza PASSI può essere utile per valutare l'efficacia degli interventi di informazione/educazione messi in atto dagli operatori sanitari.

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

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

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

- In Liguria circa il 13% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute.
- L'analisi mediante un modello logistico conferma che sono soprattutto le persone di età compresa tra i 50 ed i 64 anni ad aderire alla vaccinazione;
- Non emergono differenze legate al sesso.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 12,5%.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

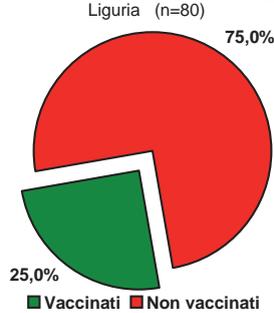
Regione Liguria (n=431) - Passi 2007

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	12.7 (IC95%:8.9- 16.6)
Età	
18-34	7.0
35-49	6.2
50-64	25.4
Sesso	
uomini	14.6
donne	10.8
Istruzione*	
bassa	12.4
alta	12.9
Difficoltà economiche	
si	11.9
no	13.3

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

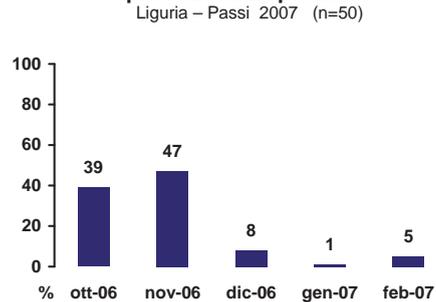
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica (complessivamente il 21% del campione ligure), solo il 25% risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti allo studio, la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni e portatori di almeno una patologia cronica è stata del 28,1%.

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



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quale mese della stagione lo abbiano fatto. In Liguria la maggior parte delle persone ha praticato la vaccinazione durante i mesi di Ottobre e Novembre 2006.
- Risulta, invece, minore la proporzione di persone che si sono vaccinate nei mesi di Dicembre 2006, Gennaio e Febbraio 2007.

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



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbilità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Liguria hanno permesso di raggiungere una discreta quota degli ultrasessantacinquenni (66% nella campagna 2007/08 secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale), ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su quattro).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con una maggiore sensibilizzazione ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti ed altre istituzioni territoriali.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Purtroppo nel nostro Paese il rischio di rosolia congenita continua ad essere presente. Il piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita del 2003 ha proposto delle strategie di vaccinazione specifiche per la prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile con l'obiettivo di ridurre o mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi, entro il 2007.

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

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

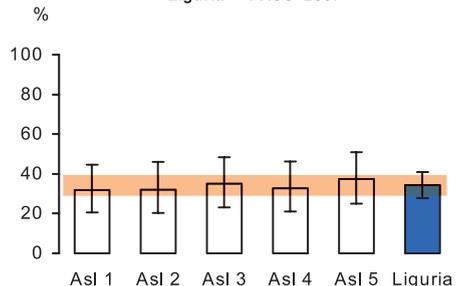
- il 34 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- la percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 52,6% tra 18-24 anni al 28,9% tra 35 - 49 anni) e in presenza di difficoltà economiche.
- L'analisi mediante un modello logistico conferma in maniera significativa dal punto di vista statistico che le donne giovani e senza difficoltà economiche hanno eseguito più frequentemente la vaccinazione antirosolia.
- Nelle 5 Asl della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate (range dal 32 della ASL 1 al 37 % della ASL 5).
- tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32,4 %.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=296)

Regione Liguria – Passi 2007		
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %	
Totale	34,3 (IC95%: 27,7 – 40,9)	
Età	18-24	52,6
	25-34	36,1
	35-49	28,9
Istruzione*	Bassa	34,5
	Alta	34,2
Difficoltà Economiche	Sì, molte	5,7
	Sì, qualcuna	29,4
	No, nessuna	45,0

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

Donne di 18-49 anni vaccinate contro la rosolia
Liguria - PASSI 2007

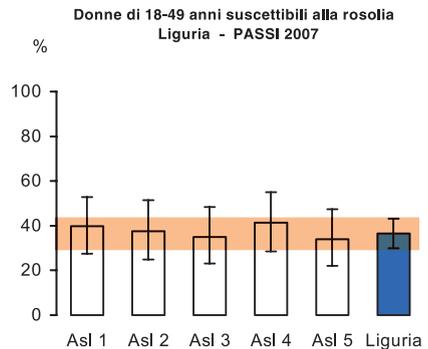


Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

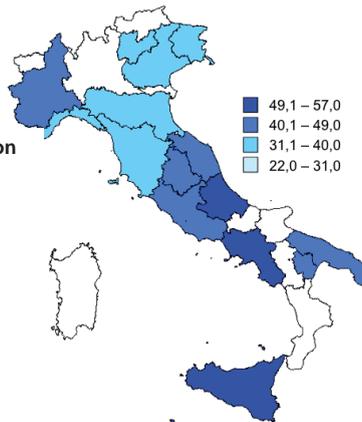
- In Liguria circa il 64% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo.
- Il 2,4% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinata e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 33,7% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le 5 ASL della Regione, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è alla ASL 4 (41%), la più bassa alla ASL 5 (34%), in linea con i valori di copertura vaccinale.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è del 44,5%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=295) Liguria - Passi 2007

	%
Immuni	63,9
Vaccinate	34,6
Non vaccinate con rubeotest positivo	29,3
Suscettibili/stato sconosciuto	36,1
Non vaccinate; rubeotest negativo	2,4
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,1
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	30,6



Percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto
(Pool PASSI 2007)



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che a livello regionale il numero di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto, sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario mantenere e rinforzare le azioni finalizzate al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

Rischio cardiovascolare

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

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

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

Ipertensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

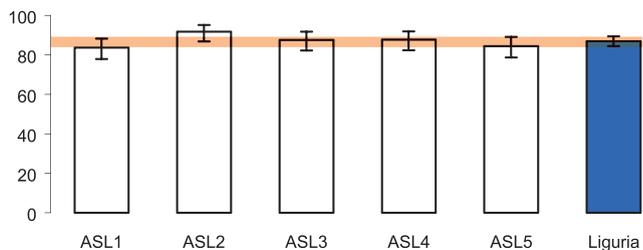
- Nella Regione Liguria, l'87% circa degli intervistati riferisce che gli è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, e il 6% più di 2 anni fa. Il restante 7% non ricorda o non l'ha misurata.
- Controllano di più la pressione arteriosa le persone meno giovani (35-49 e 50-69 anni rispetto a 18-34 anni), e quelle con problemi di reddito; inoltre le femmine rispetto ai maschi.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico multi-variato, la frequenza di misurazione della pressione arteriosa risulta associata in maniera significativa all'età (35-49 e 50-69 vs 18-34), al sesso femminile (Odds Ratio= 1,832) e al reddito medio-basso.
- Tra le 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, non ci sono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dall'83,6% della ASL 1 al 91,7% della ASL2).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'82,7%.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni Regione Liguria (n= 1010) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	86,9 % (IC95%: 84,5 - 89,4)
Classi di età	
18 - 34	76,0
35 - 49	87,4 [§]
50 - 69	93,6 [§]
Sesso	
M	83,6
F	90,2 [§]
Istruzione	
nessuna/ elementare	93,3
media	85,8
superiore	85,9
laurea	87,7
Reddito*	
nessuna/poche difficoltà	81,7
qualche difficoltà	89,1
molte difficoltà	86,6 [§]

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

§ differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
ASL della Regione Liguria (PASSI, 2007)**



Quante persone sono ipertese?

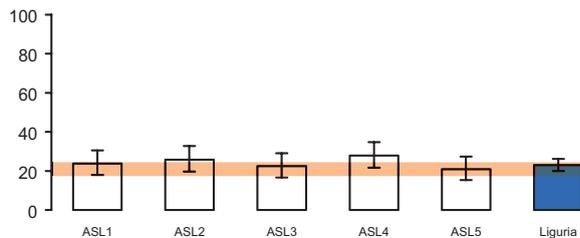
- Nella Regione Liguria, il 23% degli intervistati, cui è stata misurata la PA negli ultimi due anni, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'aumentare dell'età: nel gruppo 50-69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (39% circa). Emergono differenze anche per il livello di istruzione (trend in ascesa dall'alto al basso livello di istruzione) ed il reddito (molte vs nessuna/poche difficoltà).
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, che include anche l'Indice di Massa Corporea, si evidenzia che sono più ipertese in maniera significativa le persone meno giovani (50-69 e 35-49 vs 18-34), le femmine e le persone sovrappeso-obese vs sottopeso-normopeso (OR=2,488) (non riportato in tabella).
- Tra le 5 ASL della Regione, nessuna presenta una differenza significativa per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 20,9% della ASL5 al 27,9% della ASL4).

		Ipertesi	
		Regione Liguria (n= 939) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche		Ipertesi (%)	
Totale		23,0 (IC95%: 20,0 - 26,1)	
Età	18 - 34	5,4	
	35 - 49	15,9 [§]	
	50 - 69	38,7 [§]	
Sesso	M	21,6	
	F	24,4 [§]	
Istruzione	nessuna/elementare	43,0	
	media	28,0	
	superiore	16,2	
	laurea	18,3	
Reddito*	nessuna/poche difficoltà	31,1	
	qualche difficoltà	23,0	
	molte difficoltà	21,7	

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

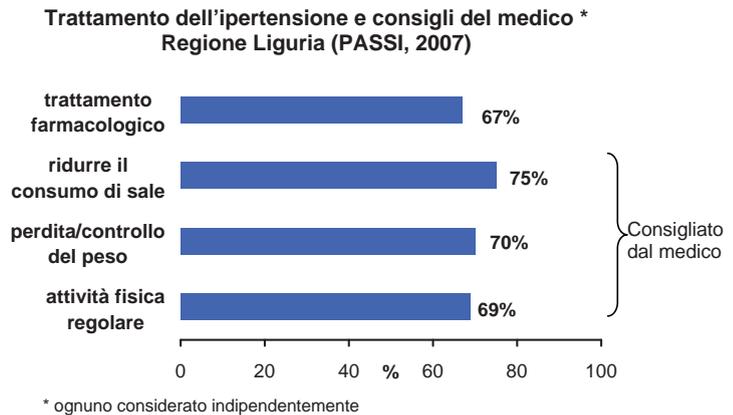
§ differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa (%)
ASL della Regione Liguria (PASSI, 2007)

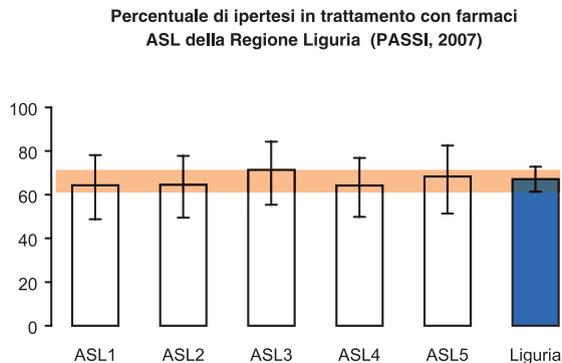


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il 67% degli ipertesi nella Regione Liguria riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (75%), ridurre o mantenere il peso corporeo (70%) e svolgere regolare attività fisica (69%).



- Tra le 5 ASL della Regione, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 64% delle ASL1 e 4 al 71% della ASL3).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Liguria si stima che sia iperteso circa il 23% della popolazione tra 18 e 69 anni, circa il 39% degli ultracinquantenni e circa il 5% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

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

- Nella Regione Liguria, l'80% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 60% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 12% tra 1 e 2 anni prima, l'8% più di 2 anni prima dell'intervista, mentre il 20% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.

- La misurazione del colesterolo è più frequente con il crescere dell'età, passando dal 55% nella classe 18-34 anni al 93% nei 50-69enni, nelle donne e in coloro che hanno qualche difficoltà economica.

- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si rileva che la misurazione del colesterolo è significativamente più frequente nelle classi di età meno giovani e nei soggetti con elevato titolo di studio (laurea).

- Tra le 5 ASL della Regione, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 76% della ASL1 all'85% della ASL2).

- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari all'76,8%.

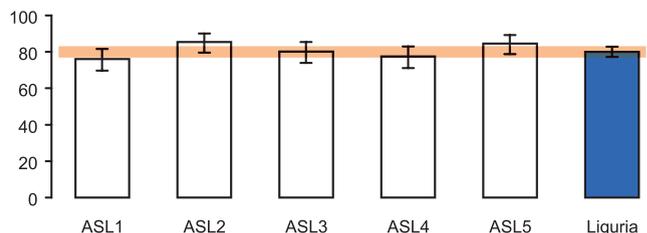
Colesterolo misurato almeno una volta
Regione Liguria (n = 1010) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	80,0% (IC95%: 77,2 – 82,9)
Classi di età	
18 - 34	55,4
35 - 49	82,9 [§]
50 - 69	93,5 [§]
Sesso	
M	77,1
F	82,9
Istruzione	
nessuna/ elementare	90,1
media	78,2
superiore	76,4
laurea	86,5 [§]
Reddito*	
nessuna/poche difficoltà	79,9
qualche difficoltà	83,9
molte difficoltà	77,9

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

§ differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
ASL della Regione Liguria (PASSI, 2007)



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 33% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, nelle femmine, nelle persone con basso livello di istruzione e con nessuna/poche difficoltà economiche.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, che include anche l'Indice di Massa Corporea, si conferma un'associazione significativa solo con l'età.

Ipercolesterolemia riferita
Regione Liguria (n = 814) - PASSI 2007

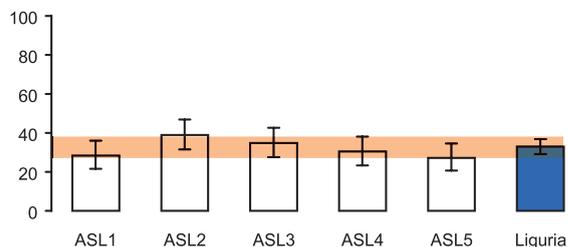
Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
Totale		33,0
		(IC95%: 29,2 - 36,8)
Età	18 - 34	12,5
	35 - 49	29,3 [§]
	50 - 69	43,6 [§]
Sesso	M	30,6
	F	35,2
Istruzione	nessuna/elementare	45,2
	media	33,0
	superiore	31,7
	laurea	27,7
Reddito*	nessuna/poche difficoltà	42,1
	qualche difficoltà	31,2
	molte difficoltà	32,5

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

§ differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

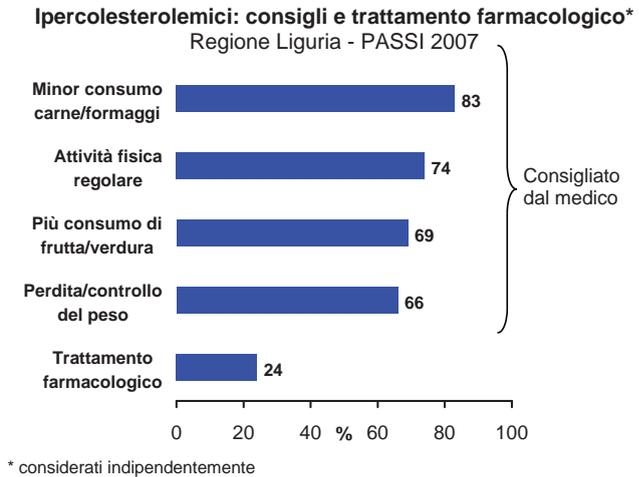
- Tra le 5 ASL della Regione, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 27% della ASL5 al 39% della ASL2).
- Nelle ASL italiane partecipanti al sistema, la percentuale di persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche è 25,5%.

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
ASL della Regione Liguria (PASSI, 2007)

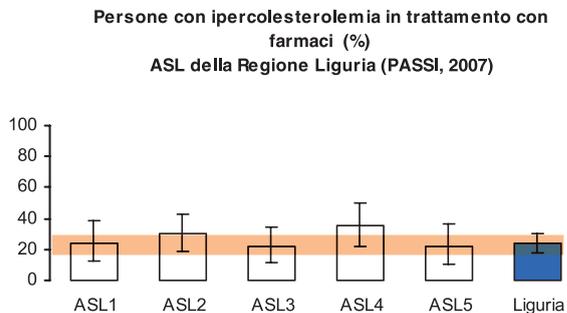


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 24% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'83% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 69% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 66% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 74% di svolgere regolare attività fisica.



- Tra le 5 ASL della Regione, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dall'21% della ASL3 al 35% della ASL4).



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 20% della popolazione di 18-69 anni della Regione Liguria non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 33% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 44% tra le persone di 50-69 anni.

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

I nostri dati rappresentano un buon livello di attenzione da parte degli operatori sanitari nei confronti del paziente ipercolesterolemico.

Sarebbe auspicabile una maggiore copertura della popolazione nello screening dell'ipercolesterolemia e un'ulteriore implementazione dell'attività di counselling.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

- Nella Regione Liguria nella fascia d'età 35-69 anni solo una persona su 20 riferisce che un operatore sanitario gli ha calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, nelle donne, nei soggetti con minor livello di istruzione, nelle persone con basso reddito e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si conferma l'associazione significativa soltanto con l'età.

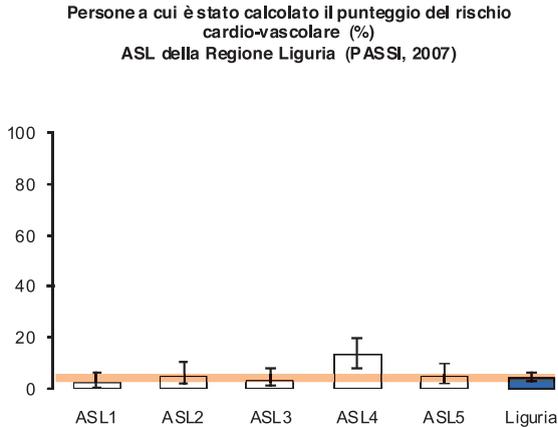
Persone (35-69 anni, senza patologie CV) cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare		
Regione Liguria (n= 725) - PASSI 2007		
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)	
	Totale	4,7 (IC95%: 3,0 - 6,4)
Classi di età		
	35 - 39	1,6
	40 - 49	2,3
	50 - 59	7,4 [§]
	60 - 69	6,9 [§]
Sesso		
	M	3,6
	F	5,8
Istruzione		
	bassa	6,2
	alta	3,5
Reddito*		
	basso	6,5
	alto	3,4
Almeno un fattore di rischio cardiovascolari*		
	Si	5,6
	No	2,3

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

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

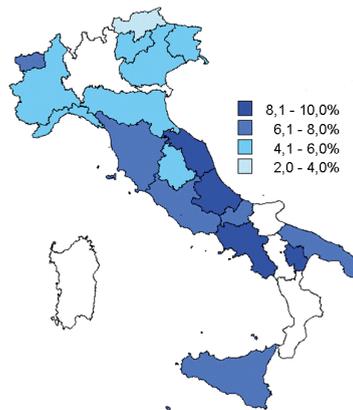
§ differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

- Dal confronto fra le 5 ASL della regione, si osserva che la percentuale di persone cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare è significativamente maggiore nella ASL 4 rispetto alle ASL 1 e 3 e al valore regionale (range dal 3% della ASL 1 al 13% della ASL 4)



- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6,6%

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare %
(Pool PASSI 2007)



Conclusioni e raccomandazioni

Il calcolo del rischio cardiovascolare, effettuato tramite la carta o il punteggio individuale, è ancora scarsamente utilizzato da parte dei medici nella Regione Liguria.

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

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

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

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte abbia sofferto di un disturbo affettivo (dati tratti dallo studio ESEMeD, European Study on the Epidemiology of Mental Disorder).

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

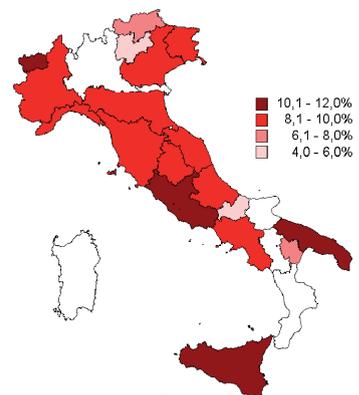
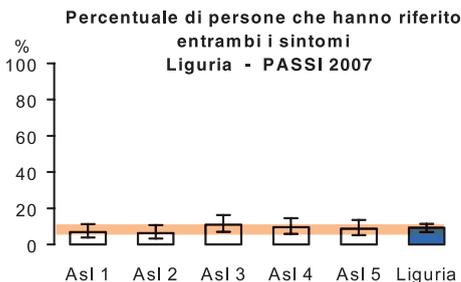
Questa definizione, in base alle prove di evidenza fornite dalla letteratura, presenta un elevato grado di sensibilità e specificità, a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Naturalmente questo strumento, utile per uno screening di popolazione, non è sufficiente per una diagnosi clinica di depressione che richiede una valutazione più approfondita.

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

- In Liguria il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione secondo il PHQ-2.
- I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (tre volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica
- Analizzando, però, insieme tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata, la probabilità di avere i sintomi di depressione rimane associata al sesso femminile, alle persone con qualche o molte difficoltà economiche e a quelle con malattie croniche.
- Nelle cinque Asl della Regione la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 6% di Savona all' 11% di Genova).

Sintomi di depressione Liguria - PASSI 2007 (n=992)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	9,2 (IC95%: 6,9-11,4)
Classi di età	
18-34	5,2
35 - 49	10,8
50 - 69	10,3
Sesso	
uomini	4,1
donne	14,0
Istruzione	
Nessuna/elementare	15,6
Media inferiore	7,1
Media superiore	10,2
Laurea	5,7
Difficoltà economiche	
Molte	21,0
Qualche	8,5
Nessuna	7,4
Stato lavorativo	
Lavora	8,6
Non lavora	10,0
Malattie croniche	
Almeno una	15,7
Nessuna	7,4

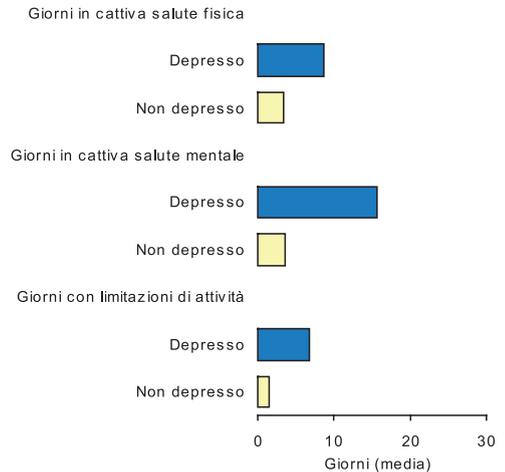
Nelle Asl italiane partecipanti al Sistema di sorveglianza la frequenza di persone che ha dichiarato di aver sofferto per entrambi i sintomi che definiscono lo stato di depressione è del 9,4%.



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

Confronto tra i risultati del PHQ-2 e i dati relativi alla salute percepita (vedi sezione “Stato di salute e qualità della vita percepita”)

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 42% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono”, versus il 67% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale (rispettivamente 8,6 e 15,6) è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione rispetto a chi non li riferisce (3,3 e 3,5).
- Anche la media di giorni con limitazioni di attività (6,8) è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione rispetto a chi non lo ha fatto (1,3).

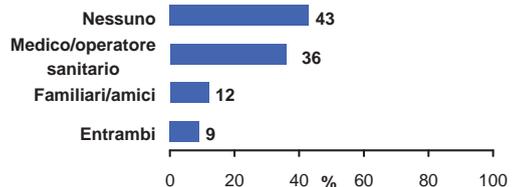


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione

Liguria – PASSI 2007

- In Liguria, fra le persone con sintomi di depressione, la percentuale che si è rivolta a qualcuno (operatori sanitari o altre persone di fiducia, come familiari o amici) risulta del 57%.
- la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 36%.
- quindi, quasi una persona su due non ne ha parlato con nessuno.



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, tra le persone con malattie croniche e tra chi ha difficoltà economiche. I risultati evidenziano inoltre che l'attenzione verso questo tipo di disturbo mentale è ancora insufficiente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, rimanendo ancora significativa la parte del bisogno non espresso o non adeguatamente considerato.

Dato che i disturbi mentali costituiscono una parte importante del carico assistenziale complessivo attribuibile a problemi di salute nei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata “presa in carico” da parte degli operatori sanitari delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali “sfide” dei Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In base ai dati AIRTUM in Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 370 decessi per tumore della cervice uterina oltre a 1.756 decessi per tumore dell'utero non altrimenti specificato.

Nel pool registri AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) del Nord il tasso grezzo di incidenza è 10,5/100000, quello standardizzato 8,5/100000.

A Genova, nel periodo 2000-2003 si sono verificati ogni anno 125 nuovi casi, la metà dei quali in donne di età superiore a 64 anni. Il trend temporale di incidenza ha mostrato una diminuzione costante fino alla fine degli anni '80. A partire dal 1990 si è cominciato ad osservare un modesto incremento dell'incidenza.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è, per la sola provincia di Genova, pari al 61%. Per i tassi di mortalità, dopo il significativo decremento degli anni '80 si osserva un plateau.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni.

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

In Liguria il primo atto deliberativo volto a migliorare la qualità del pap-test si è avuto nel 2004 e solo con il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 si è arrivati alla definizione di un piano attuativo della campagna di screening; tale piano ha individuato per il 2008 l'obiettivo di costituire un registro regionale dei Pap test che consenta di identificare la popolazione non registrata o con una storia di pap test irregolare e quindi eleggibile per l'invito in un programma di screening organizzato.

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

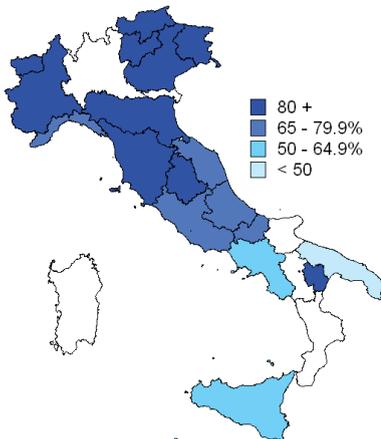
- In Liguria circa il 76% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto le più giovani e quelle della fascia di età 35-49 anni, coniugate, con un livello di istruzione medio e senza molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutti i parametri elencati in tabella con un'analisi multivariata, non si evidenzia però alcuna differenza statisticamente significativa.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) Liguria - PASSI 2007 (n=398)

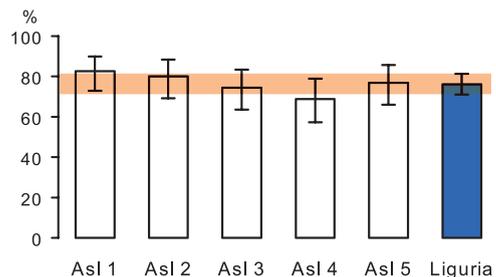
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	76,1 (IC95%:71,0-81,3)
Classi di età	
25 - 34	77,9
35 - 49	77,8
50 - 64	73,3
Stato civile	
coniugata	79,7
non coniugata	69,8
Convivenza	
convivente	78,6
non convivente	69,9
Istruzione	
nessuna/elementare	66,0
media inferiore	74,1
media superiore	80,4
laurea	75,9
Difficoltà economiche	
molte	64,2
qualche	76,2
nessuna	79,1

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

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è abbastanza alta, anche se non soddisfacente, e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 69% della ASL 4 all'83 % dell'ASL 1).



Percentuale di donne 25-64 anni che ha eseguito il Pap test negli ultimi tre anni
Liguria - PASSI 2007



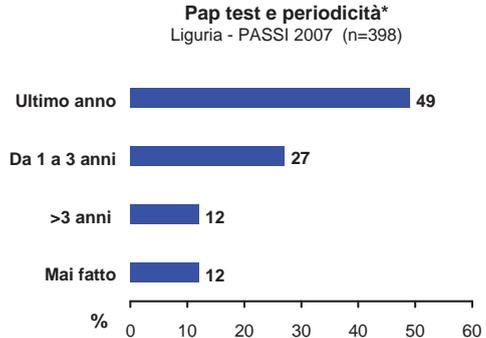
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73,1% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

- il 49% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 27% da uno a tre anni
- il 12% da più di tre anni.

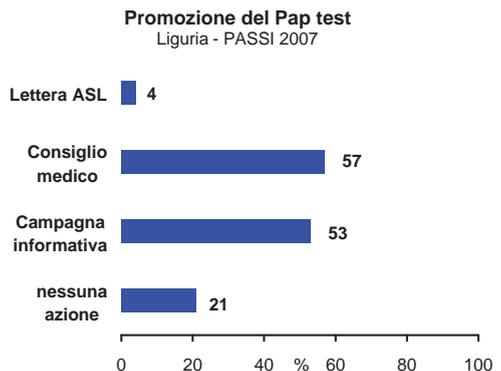
- Il 12% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



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

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

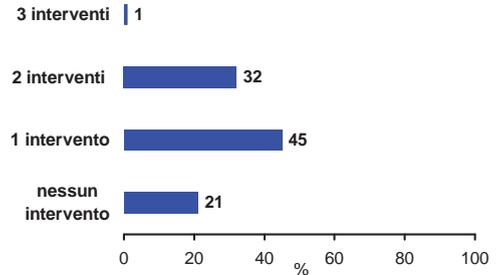
- In Liguria:
 - solo il 4% delle donne intervistate di età compresa tra 25 e 64 anni (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 53 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 57% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.
 - tra le donne intervistate (25-64 anni) circa una su cinque dichiara di non aver ricevuto nessun tipo di promozione.



- Nelle 5 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la lettera (range da 0% della ASL 1 all'8% della ASL 4), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 41% della ASL 4 al 60% delle ASL 1 e 2) e aver visto o sentito una campagna informativa (range 45% della ASL 5 al 57% della ASL 3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 54,6% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

- L'1% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 32% due interventi di promozione, il 45% uno solo.
- Circa una donna su cinque dichiara di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

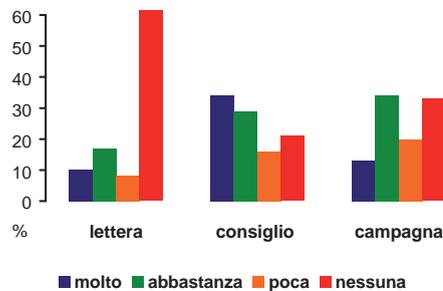
Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test
Liguria - PASSI 2007



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- In Liguria, il numero delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, è estremamente esiguo (4%) ed è probabilmente riferibile a piccole iniziative locali; fra di loro, comunque, il 65% ritiene che la lettera non abbia avuto alcuna influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test. Il numero non consente un'analisi dettagliata di confronto tra le 5 ASL della Regione.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
Liguria - PASSI 2007

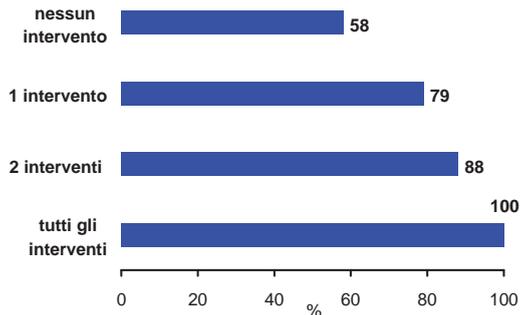


- Tra le donne di 25-64 anni che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario (57%), il 63% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (34% molta e 29% abbastanza), mentre il 16% poca influenza sulla scelta ed il 21% nessuna; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 43% dell'ASL5 al 78% dell'ASL1).
- Tra le donne di 25-64 anni che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa (53%), il 47% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (13% molta e 34% abbastanza), mentre il 20% poca influenza sulla scelta ed il 33% nessuna; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 31% dell'ASL5 al 55% dell'ASL1).
- Tra le ASL partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 65,1% per la lettera dell'ASL, il 76,9% per il consiglio dell'operatore e del 61,9% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia hanno avuto gli interventi di promozione nell'effettuazione del Pap test?

- In Liguria ben il 58% delle donne di 25-64 ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati pur non avendo ricevuto alcun intervento di promozione; la percentuale sale al 79% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'88% con due interventi e al 100% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 42,6%, 64,8%, 80,7% e 87,7%.

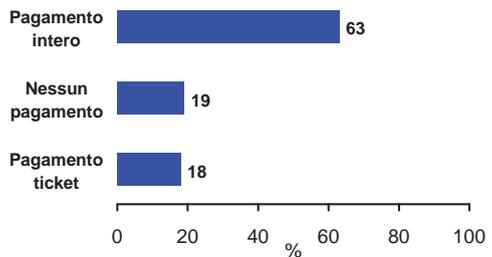
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
Liguria - PASSI 2007



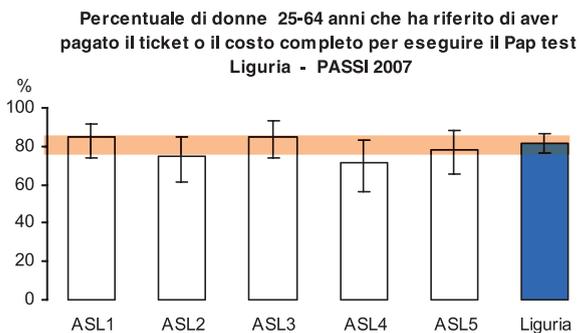
Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- In Liguria soltanto il 19% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 18% ha pagato il ticket e il 63% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dei diversi regimi in cui è stato effettuato l'esame, e cioè: all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
Liguria - PASSI 2007 (n=300)



- Nelle 5 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 71% dell'ASL4 all'85% dell'ASL3).

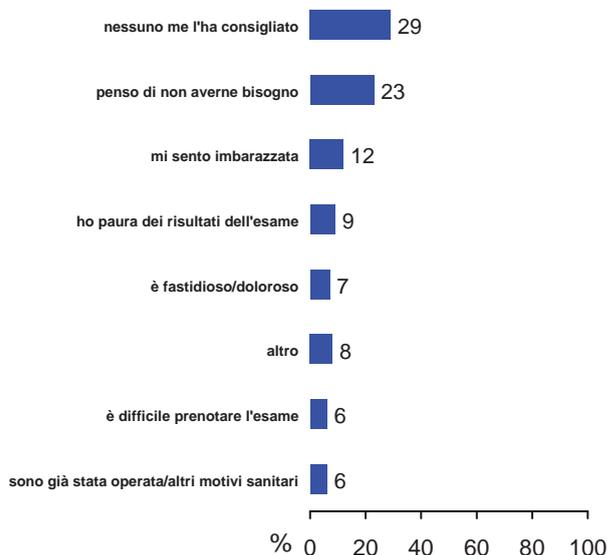


Perché non è stato effettuato il Pap test a scopo preventivo?

**Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti
Liguria - PASSI 2007 (n=79)**

- In Liguria il 12% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test e il 12% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni principali della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:

-“nessuno me lo ha consigliato” 29%
-“penso di non averne bisogno” 23%



Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria l'azione di promozione del Pap test da parte dei Servizi di Sanità Pubblica è insufficiente. Ciononostante la percentuale delle donne tra 25 e 64 anni che riferisce di aver effettuato questo esame a scopo preventivo, pur non essendo soddisfacente, è abbastanza elevata (76%), probabilmente grazie ad una tendenza delle donne ad eseguire l'esame a seguito di consigli ricevuti da operatori sanitari di fiducia nel contesto di un'attività di counselling individuale e quindi spesso con intervalli temporali inferiori a quelli previsti.

Infatti otto donne su dieci, tra quelle che hanno effettuato il Pap test, dichiarano di aver sostenuto un costo, dovuto al ticket (2 donne su dieci) o al pagamento dell'intero esame (6 donne su dieci). Inoltre il 49% delle donne ha eseguito il Pap test nel corso dell'ultimo anno, contro un atteso del 33%.

Come detto nell'introduzione, la Regione conta per il futuro di migliorare consistentemente i risultati relativi allo screening dei tumori della cervice uterina, attraverso la costituzione di un registro regionale dei Pap test che consenta di identificare la popolazione non registrata o con una storia di pap test irregolare e quindi eleggibile per l'invito in un programma di screening organizzato.

Il Programma regionale di screening per il cancro della cervice uterina in Liguria prevede quindi un'integrazione tra screening spontaneo e screening organizzato e ha come base di partenza un progetto relativo alla "Promozione della qualità del pap test" attraverso l'applicazione delle "Linee guida operative e percorsi diagnostico-terapeutici" che sono state recepite dalla Regione (DGR 1002 del 7/8/2008). Il registro funzionerà quindi come strumento per il controllo di qualità anche dei test effettuati in regime di screening spontaneo.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi all'anno.

In base ai dati dell'AIRTUM si stima che nel 2009 in Liguria saranno diagnosticati circa 1200 nuovi casi (circa 163 casi per 100.000 donne residenti). Il 17% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasia della mammella (tasso di mortalità grezzo circa 35 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 82%. Si stima che all'inizio del 2008, in Liguria, fossero circa 16.000 le donne affette da tumore della mammella.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

In Liguria il programma ha avuto inizio nel giugno 2000 nell'area di Ponente della Asl 3 Genovese; nel luglio 2002 il programma è stato esteso a tutta la Regione limitatamente ad alcune coorti di nascita, ma si sono subito evidenziati numerosi problemi organizzativi tuttora irrisolti.

L'obiettivo generale per il 2008 è stato quello di far sì che tutte le Asl fossero in grado di offrire l'intervento alla stessa fascia di popolazione (coorti 1943-1958) mantenendo l'intervallo di screening entro i 24 mesi. Contemporaneamente, lavorare sugli indicatori di performance per ridurre le differenze di comportamento tra le Asl per quanto riguarda i tassi di richiamo e cercare di individuare le origini di tali differenze e le loro conseguenze sulla popolazione.

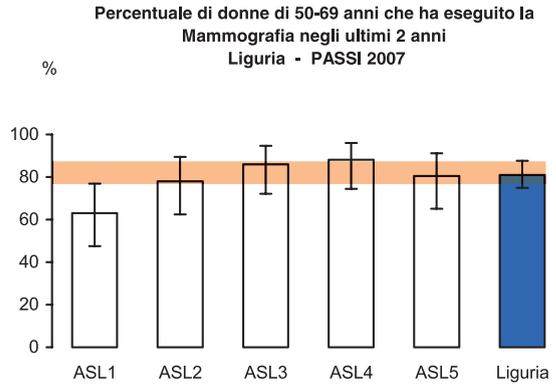
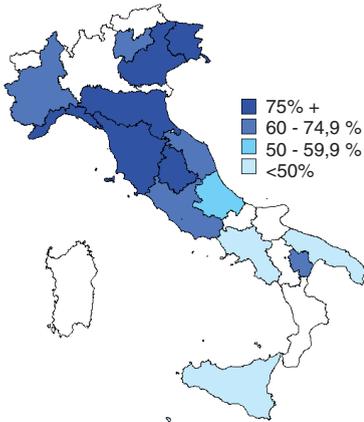
Quante donne hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida?

- In Liguria circa l'81% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come previsto dall'attuale campagna di screening.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra, come unica differenza significativa sul piano statistico, che l'esame viene eseguito di più tra le donne di 50-59 anni rispetto quelle di 60-69 anni. Anche tale associazione però scompare analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un'analisi multivariata.
- L'età media alla prima mammografia effettuata con scopi di prevenzione secondaria, cioè in assenza di segni e sintomi, è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella in cui viene raccomandata la prima mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 61% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. (L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 40 anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni)	
Liguria - PASSI 2007 (n=213)	
Caratteristiche	% di donne che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	81,0 (IC95%:74,9-87,1)
Classi di età	
50- 59	87,2
60 -69	75,7
Stato civile	
coniugata	82,9
non coniugata	77,1
Convivenza	
convivente	83,2
non convivente	76,6
Istruzione	
nessuna/elementare	80,2
media inferiore	84,2
media superiore	81,7
laurea	75,1
Difficoltà economiche	
molte	87,3
qualche	77,0
nessuna	82,3

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

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è disomogenea (range dal 63% dell'Asl 1 all'88% dell'Asl 4) e non soddisfacente; le differenze non sono però statisticamente significative.



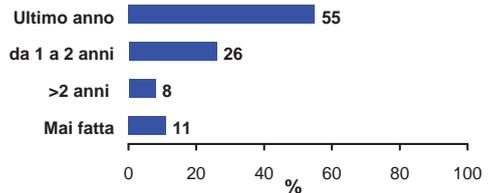
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 67,6% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Mammografia e periodicità*
Liguria - PASSI 2007 (n=213)

Rispetto all'ultima mammografia effettuata:

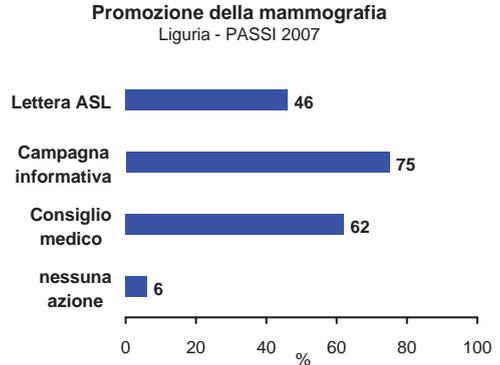
- il 55% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 26% da uno a due anni
 - l'8% da più di due anni.
- L'11% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.



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

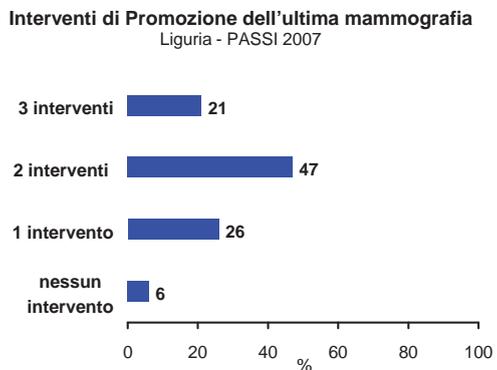
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- In Liguria:
 - solo una donna su due, fra le intervistate con 50 anni o più, ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.
 - il 75 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.
 - il 62% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario a effettuare con periodicità la mammografia.



- Nelle 5 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la lettera (range dal 28% della ASL Imperiese al 66% delle ASL Chiavarese e Spezzino) mentre non si rileva alcuna significatività nel consiglio dell'operatore sanitario (range dal 52% dell'ASL1 al 66% dell'ASL2) e nell'aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 63% dell'ASL2 al 79% dell'ASL3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 61,8% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59,4% il consiglio dell'operatore sanitario e il 73,5% ha visto una campagna informativa.

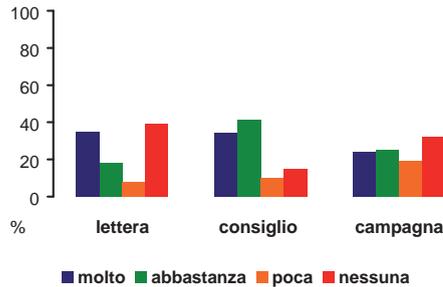
- Solo una donna su cinque riferisce di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 47% due interventi di promozione, il 26% uno solo.
- Il 6% riferisce di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- In Liguria il 53% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte della ASL ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (35% molta e 18% abbastanza), mentre l' 8% poca influenza sulla scelta ed il 39% nessuna; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza (range dal 46% dell'Asl 5 al 75% dell'Asl 1).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
Liguria - PASSI 2007

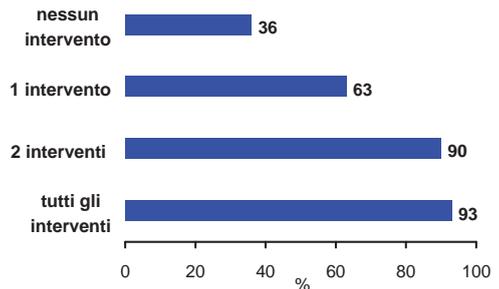


- Il 75% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (34% molta e 41% abbastanza), mentre il 10% poca influenza sulla scelta ed il 15% nessuna; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 69% dell'ASL3 al 94% dell'ASL1).
- Il 49% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (24% molta e 25% abbastanza), mentre il 19% poca influenza sulla scelta ed il 32% nessuna; tra le 5 ASL della regione emerge anche una differenza nella percezione dell'influenza positiva (range dal 33% dell'ASL2 al 71% dell'ASL4).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ASL, dell'81% per il consiglio dell'operatore e del 67% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia hanno avuto gli interventi di promozione nell'effettuazione della Mammografia?

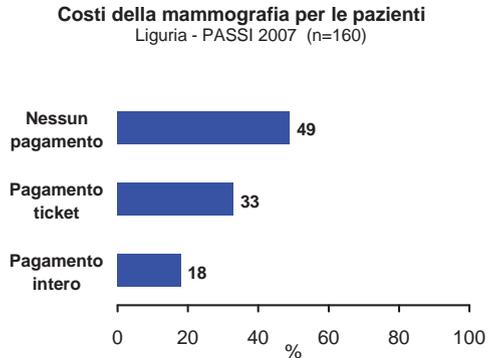
- In Liguria il 36% delle donne di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 63% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 90% con due interventi e al 93% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 28,5%, 53,9%,72,8% e 81,2%.

Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
Liguria - PASSI 2007

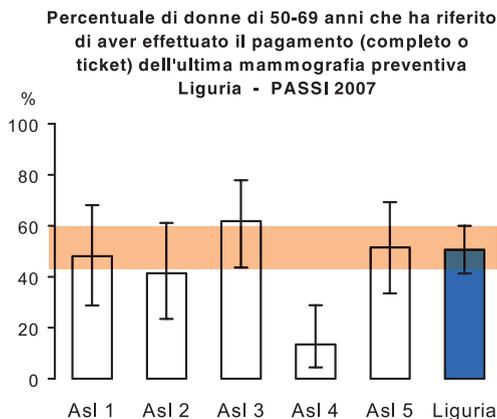


Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- In Liguria solo il 49% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 33% ha pagato il ticket e il 18% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dei diversi regimi in cui è stata effettuata la mammografia, cioè all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).



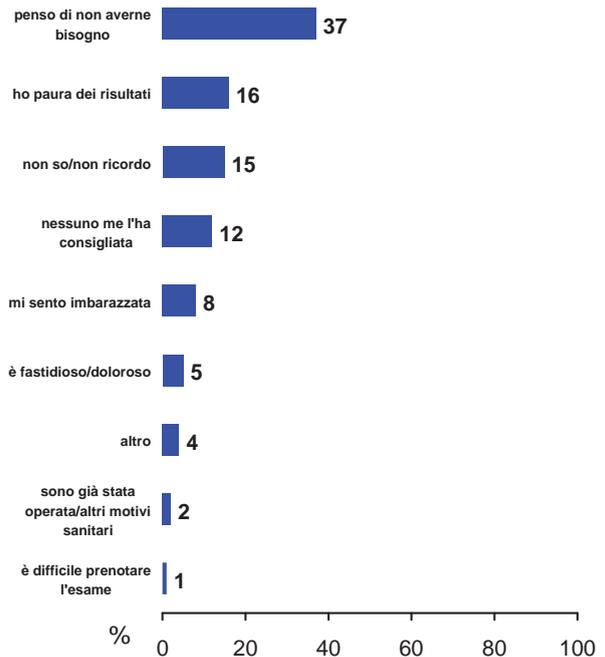
- Nelle 5 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato un costo per la mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private o convenzionate oppure con una periodicità al di fuori del programma di screening (range dal 13% dell'ASL Chiavarese al 62% dell'ASL Genovese).



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- In Liguria l'11% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la mammografia e il 7% di averla effettuata da oltre i 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 37%
 - "altro" 4%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 12%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 16%
 - "è difficile prenotare l'esame" 1%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 2%
 - "mi sento imbarazzata" 8%
 - "è fastidioso/doloroso" 5%
- Il 15% delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida
Liguria - PASSI 2007 (n=47)



Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo non raggiunge ancora livelli soddisfacenti, anche se è abbastanza alta grazie all'azione combinata di due fattori, e cioè da un lato la presenza di un programma di screening organizzato dai servizi di sanità pubblica, attraverso lettere di invito o campagne di promozione della salute, e dall'altro una tendenza delle donne ad eseguire la mammografia a seguito di consigli ricevuti da operatori sanitari di fiducia nel contesto di un'attività di counselling individuale. Risulta infatti abbastanza elevata la percentuale di donne (81%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, ma di queste circa i due terzi l'hanno eseguita nel corso dell'ultimo anno. Sembra quindi che ci sia una certa tendenza ad eseguire la mammografia ad intervalli più brevi di quelli raccomandati. Inoltre una donna su due ha sostenuto un costo e quindi evidentemente ha effettuato l'esame al di fuori del programma regionale di screening.

L'età media della prima mammografia, che è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni previsti dall'attuale campagna di screening. Tenuto conto dell'evoluzione delle linee guida internazionali, ed in particolare delle raccomandazioni del GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), formulate nella Conferenza di consenso 2007, è possibile che nel prossimo futuro possa essere anticipata l'età del primo invito nell'ambito della campagna di screening.

In questa prospettiva le domande di questa sezione vengono già rivolte alle donne a partire dai 40 anni, anche se l'analisi è stata limitata all'attuale target della campagna di screening.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne, essendo responsabili dell'11-12% dei decessi per tumore. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colo-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 20.000.

In Liguria il Registro Tumori copre la sola provincia di Genova ma dai dati AIRTUM è possibile stimare, per l'anno 2009, per l'intera regione, un'incidenza di 1346 nuovi casi corrispondente a tassi grezzi d'incidenza specifici per sesso pari a 104,06/100.000 maschi e 82,68/100.000 femmine. Standardizzando per età rispetto alla popolazione italiana, questi tassi diventano, rispettivamente, 73,10 e 57,02.

Sempre in base ai dati AIRTUM è possibile stimare i decessi attesi nella regione per il 2009, che risultano pari a 328 maschi e 204 femmine, corrispondenti a tassi grezzi di mortalità di 46,86/100.000 e 27,33/100.000 e a tassi standardizzati rispetto alla popolazione italiana pari a 32,05 e 18,39.

La prevalenza stimata per il 2009, rappresentativa del carico assistenziale, è di 8701 casi (4422 maschi e 4279 femmine).

La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi nella provincia di Genova è del 51% nei maschi e 56% nelle femmine.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Attraverso l'effettuazione di questo test, seguita nei casi positivi da effettuazione di una colonscopia, è possibile diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

In Liguria il programma di screening del tumore colo-rettale non è ancora stato avviato in maniera sistematica da parte delle ASL.

Nel biennio 2006-2008 si è svolta una sperimentazione nella ASL Genovese (promossa e condotta dall'IST) che prevedeva la scelta del test di screening da parte dell'utente (ricerca biennale del sangue occulto nelle feci o SOF nella fascia d'età 50-69 anni; oppure rettosigmoidoscopia o colonscopia totale ogni 10 anni a partire dai 55 anni).

Nel 2007 è stato istituito il gruppo regionale per l'attuazione dello screening mediante ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) biennale. La popolazione bersaglio è costituita da 440.000 soggetti. L'obiettivo generale per il 2008 è stato individuato nell'attivazione del programma di screening mediante SOF biennale nelle 5 ASL (nella ASL3 Genovese, nella quale si trova circa la metà della popolazione bersaglio, è stata prevista l'attuazione in un solo distretto).

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

- In Liguria il 18% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Circa il 9% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato. Si osserva una differenza statisticamente significativa nella distribuzione per sesso, confermata anche da un'analisi multivariata, mentre non si osservano differenze significative sul piano statistico per classi di età, livello d'istruzione e difficoltà economiche.
- Circa il 10% riferisce aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata indica una maggior frequenza di effettuazione della colonscopia nella classe 60-69 anni.

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

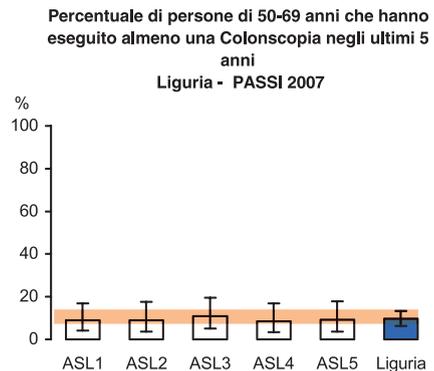
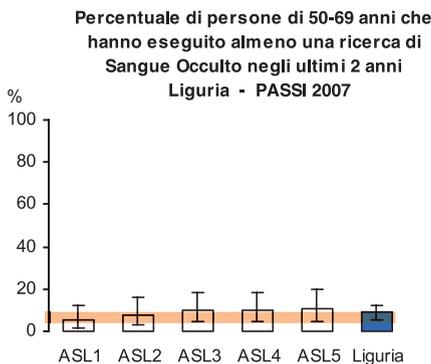
Liguria - PASSI 2007 (n=412)

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	8.8 (IC95% 5.5-12.1)	9.7 (IC95% 6.2-13.3)
Classi di età		
50 - 59	6.9	6.5**
60 - 69	10.5	12.6
Sesso		
uomini	12.3	11.9
donne	5.6*	7.8
Istruzione		
nessuna/elementare	7.7	10.4
media inferiore	7.6	9.9
media superiore	10.6	11.7
laurea	9.3	3.4
Difficoltà economiche		
molte	2.9	8.7
qualche	7.4	13.5
nessuna	10.7	8.0

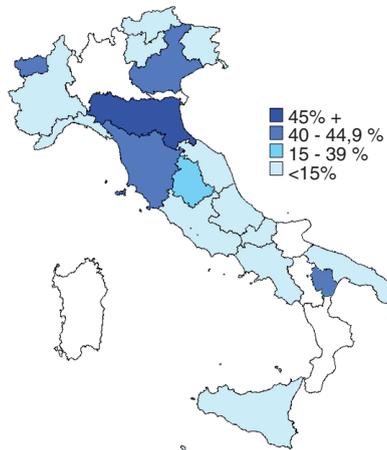
* si osserva una differenza statisticamente significativa: OR 0.4308; p 0.027

** " " " " " " : OR 0.4649; p 0.0375

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni non mostra differenze statisticamente significative.
- Nelle 5 ASL della Regione la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative.



Percentuale di persone di 50-69 anni che ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni
(Pool PASSI 2007)



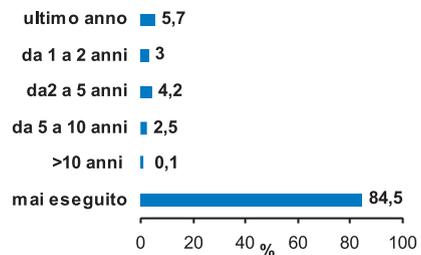
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19,1% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8,5% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

Sangue occulto e periodicità
Liguria - PASSI 2007 (n=408)

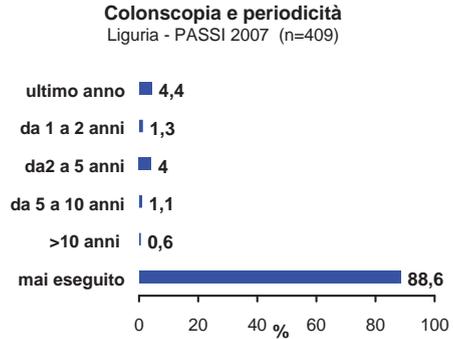
- Rispetto alla ricerca di sangue occulto:

Nella nostra Regione la maggior parte delle persone non ha mai eseguito una ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo.



- Rispetto alla colonscopia:

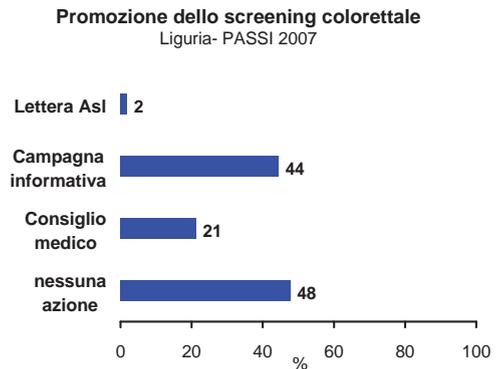
In Liguria 9 persone su dieci (88,6%) non hanno mai eseguito a scopo preventivo una colonscopia.



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

- In Liguria:

- solo l'1,9% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.
- il 21% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
- il 44% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.

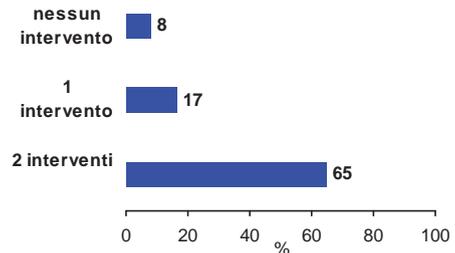


- Per quanto si tratti di piccole percentuali, si può anche aggiungere che, nel confronto fra le Asl liguri, si osserva che nella Asl 3 il 3,6% delle persone dichiara di aver ricevuto la lettera (percentuale maggiore rispetto alle altre che vanno dallo 0% all'1,2%): questo può essere ricollegato alla sperimentazione citata in introduzione e svoltasi negli anni 2005-2007.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 21,8% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 22,8% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42,2% ha visto una campagna informativa.

Quale efficacia hanno gli interventi di promozione nell'effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali?

- In Liguria l'8% delle persone di 50-69 anni, pur non avendo ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 17% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), e al 65% con due interventi; una casistica troppo limitata non ci consente di effettuare una valutazione sull'efficacia di tutti e tre gli interventi.
- Tra le Asl partecipanti le percentuali sono rispettivamente del 4,9%, 29%, 62,7% e 75,5%.

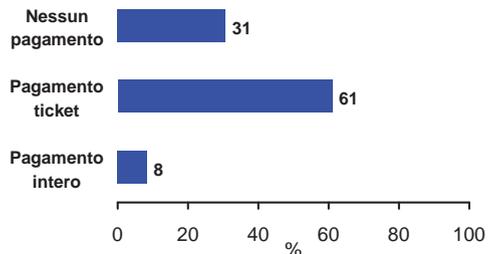
Interventi di promozione e effettuazione dello screening colorettrale secondo le Linee Guida
Liguria - PASSI 2007



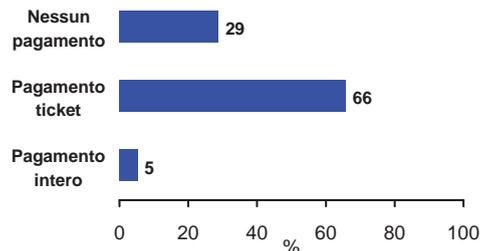
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Liguria solo il 31% delle persone che hanno eseguito il test per la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; più della metà degli intervistati ha pagato il ticket e l'8% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Ugualmente, tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni, solo il 29% non ha effettuato alcun pagamento, il 66% ha pagato il ticket ed il 5% ha pagato per intero il costo dell'esame.
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami prevalentemente in strutture pubbliche o accreditate, al di fuori di programmi di screening.

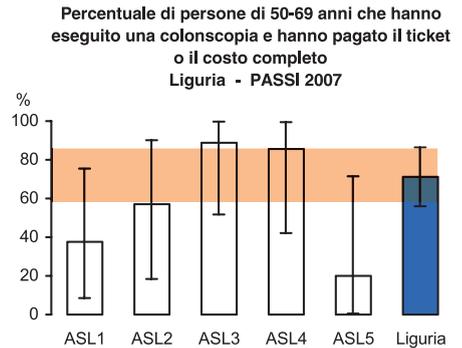
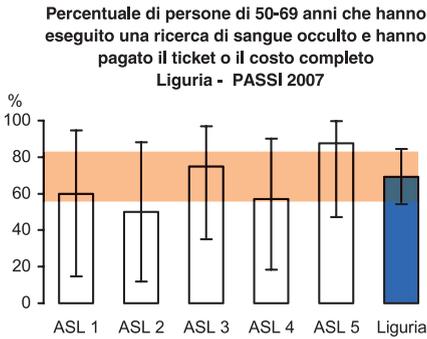
Costi della ricerca di sangue occulto
Liguria - PASSI 2007 (n=34)



Costi della colonscopia
Liguria - PASSI 2007 (n=36)



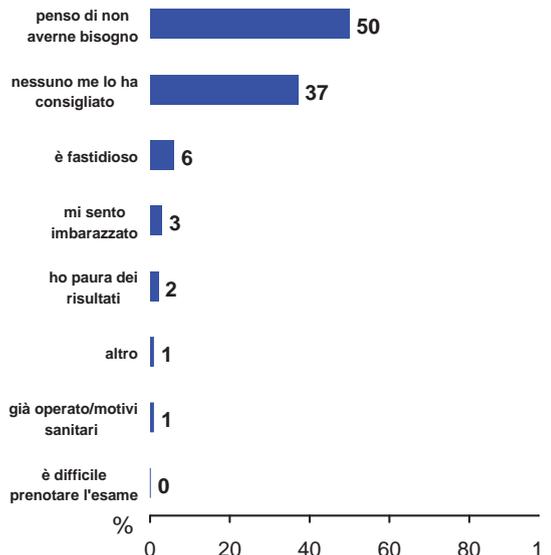
- Nelle 5 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 57% dell'ASL4 all' 87% dell'ASL5).
- Per quel che riguarda la colonscopia, pur rilevandosi differenze tra le singole Asl, a causa dell'esiguità numerica della sottopopolazione considerata, queste differenze non raggiungono la significatività statistica. Non ci sono differenze statisticamente significative tra le 5 ASL della regione (range dal 20% dell'ASL5 al 89% dell'ASL3).



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

- In Liguria, come già detto, l'82% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato la ricerca di sangue occulto o la colonscopia in accordo con i tempi indicati dalle linee guida. Considerando anche coloro che hanno effettuato esami a scopo preventivo al di là dei tempi raccomandati dalle linee guida, la percentuale di chi non ha mai effettuato alcun esame si riduce al 73%
- Le motivazioni principali della mancata effettuazione di questi esami sono:
 - “penso di non averne bisogno” 50%
 - “nessuno me lo ha consigliato” 37%
 - “è fastidioso” 6%
 - “mi sento imbarazzato” 3%
 - “ho paura dei risultati dell'esame” 2%

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
Liguria - PASSI 2007 (n=290)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, in Liguria risulta che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposta a scopo preventivo.

Come già detto nella parte introduttiva, la programmazione effettuata nel 2007 prevedeva il concreto avvio della campagna di screening nel corso dell'anno successivo: i risultati potranno quindi essere valutati solo con i dati della sorveglianza PASSI relativi ai prossimi anni.

APPENDICE 1. Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (www.passidati.it):

- Tasso di risposta
- Tasso di sostituzione
- Tasso di rifiuto
- Tasso di non reperibilità
- Tasso di eleggibilità "e"
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- Modalità di reperimento del numero telefonico
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Liguria e le singole ASL:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Asl 1 Imperiese	84,5	15,5	12,7	2,8	96,1
Asl 2 Savonese	83,1	16,9	8,7	8,2	95,5
Asl 3 Genovese	70,8	29,2	20,4	8,8	94,9
Asl 4 Chiavarese	87,2	12,8	10,2	2,6	94,2
Asl 5 Spezino	90,9	9,1	5,9	3,2	93,4
Regione Liguria	83	17	12	5	95

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- **Non eleggibilità:** le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

- Senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
 - Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).
- Tasso di risposta

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).
Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RR1 = \frac{n \text{ interviste}}{(n \text{ interviste} + \text{rifiuti} - \text{non reperibili})} \times 100$$

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

- Tasso di sostituzione

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

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n \text{ int} + \text{rifiuti} - \text{non rep.}} \times 100$$

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

- Tasso di rifiuto

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

$$REF1 = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ interviste} - \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \times 100$$

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

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

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali regioni, ASL, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{n \text{ int} - \text{rifiuti} - \text{non reperibili}} \times 100$$

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

- Tasso di eleggibilità "e"

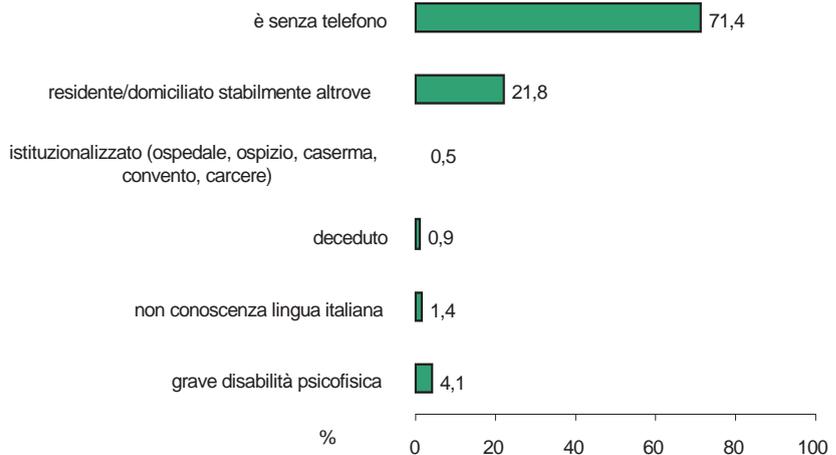
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$e = \frac{n^{\circ} \text{ int.} \cdot rif.}{n^{\circ} \text{ int.} + rif. + \text{resid. altrove} + \text{istituz.} + \text{dec.} + \text{no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età}} \cdot 100$$

- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

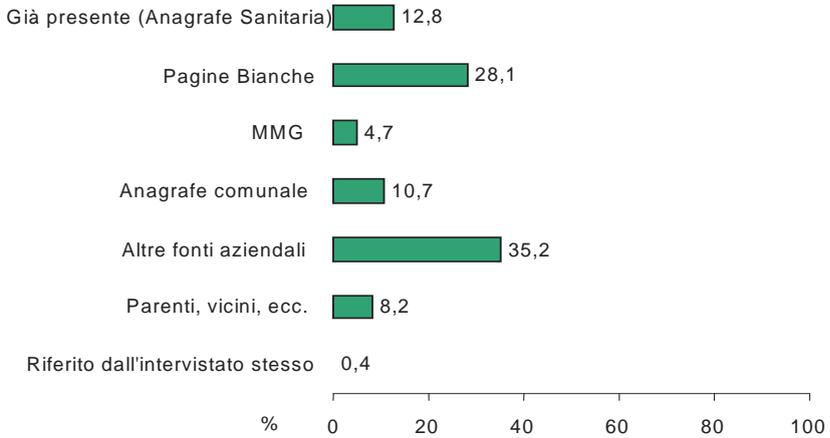
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.



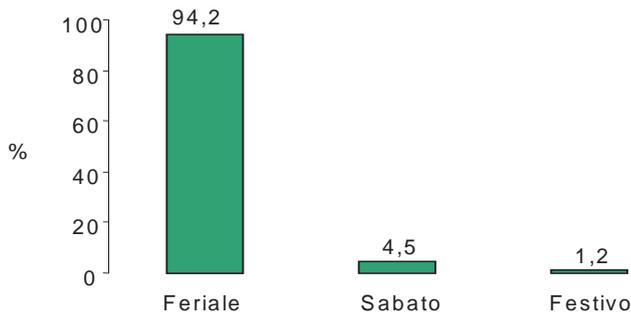
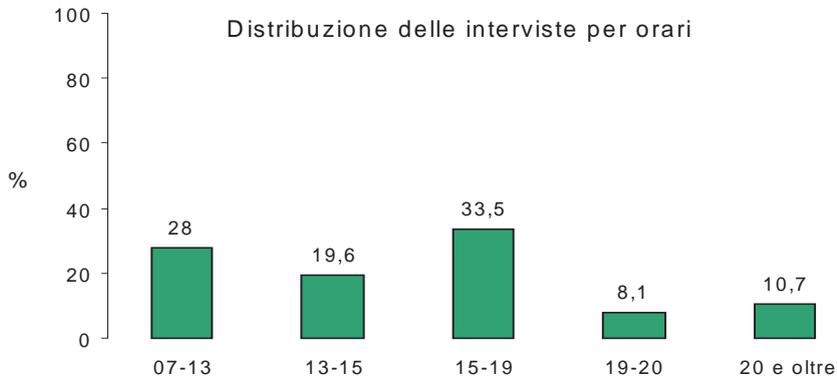
- Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

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



APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

Il sistema di sorveglianza nasce soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle ASL, quindi è stato effettuato un campionamento a rappresentatività aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale a quella complessiva della regione di appartenenza, è importante ottenere delle stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASL, così come a livello complessivo è stato fatto per l'intero "pool PASSI".

L'analisi dei dati a livello regionale richiede perciò meccanismi complessi di controllo e pesatura dei dati. La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale, e la procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito.

In considerazione del fatto che la sorveglianza PASSI ha utilizzato un campionamento stratificato proporzionale, i pesi sono stati dipendenti, quindi calcolati uno per ogni singolo strato, perciò ogni ASL avrà sei valori di peso.

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di ASL "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Sono stati calcolati due diversi pesi, uno che riporta i dati all'universo di riferimento ("Peso 1") e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria ("Peso 2").

Il "Peso_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_iP_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2006) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i\hat{P}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$${}_iPeso1_k = \frac{{}_iP_k}{{}_i\hat{P}_k}$$

$${}_i\hat{P}_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{pop_strato_k_Reg}$$

e

$${}_i\hat{P}_k = \frac{numero_int_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_Reg}$$

Il "Peso2" è l'inverso della frazione campionaria, dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente :

$${}_iPeso2_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_ASL_i}$$

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2007 in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali screening con Pap test (25-64 anni), vaccinazione influenzale (18-64 anni) e carta del rischio cardiovascolare (40-69 anni), sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2007 sono il risultato di un'aggregazione di tutte le Aziende Sanitarie Locali partecipanti alla sorveglianza PASSI (che hanno raggiunto un livello minimo di rappresentatività), utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale.

Bibliografia

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439-44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). Global Behavioral Risk Factor Surveillance. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. Current Issues of Public Health 1996;2,51-55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. Social and Preventive Medicine 2005;50 (Suppl 1):S9-S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. Health Promotion International 2006;21:130-5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. American Journal of Preventive Medicine 1985;1(6):9-14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214-8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549-67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness Berlin: Springer; 2007. p. 309-29.
10. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO global report 2005. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html; ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services - The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute - Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura - 6 aprile 2004). 16. Italia. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.

16. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
18. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atalanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
19. 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.
20. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
22. Gruppo Profea/CNESPS - Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 - 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS - Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 - 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
25. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
27. Lever F, Rivoltella PC, Znacchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC - Rai-Eri. 2002.
28. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
29. 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.
30. 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.
31. 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
32. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7-8.
33. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
34. 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>; ultima consultazione: 30/08/2007
39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE - Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) - Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083-93.
strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79-85.
43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235-9.
44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione_e.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
46. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
47. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane - anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.
48. AIRT Working Group. I tumori in Italia - Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. Epidemiologia & Prevenzione 2006(30) suppl. 2.
49. 12. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva_2004_2006.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo>

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

70. Fateh-Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN Notiziario ISS 2006;19(9); v-vi.
71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsv_fv.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
73. World Health Organization. Prevenire le malattie croniche un investimento vitale. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
74. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003 Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003; Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005;54:RR-10.
79. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London: BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343-50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit-vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486-95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59-68.
86. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5-7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De Iuventute", Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.

88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519-30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm; ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati- *Alcologia* 2002;14 (2-3):109-17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000-2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/ofad/cont/SINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:94-100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947-9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). *L'epidemia del fumo in Italia*. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco-Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health-Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1-11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, Zuccaro P. I giovani e il fumo. *Indagine Doxa* 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo:

- <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh-Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio "PASSI". Inserto BEN 2006;19(1):i-ii. Disponibile all'indirizzo:<http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
109. Taggi F. et al "Sicurezza stradale: verso il 2010" in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>; ultima consultazione: 30/08/2007.
110. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003-2004). Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
111. Taggi F. (Ed.). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis - Il rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20Il%20\(1-18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20Il%20(1-18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
112. World Health Organization. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
113. Task Force on Community Preventive Services. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. (Traduzione italiana). Epidemiologia e Prevenzione 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
114. World Health Organization. A 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva:WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003-2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iascone P, Maturano P. Il Sistema "Ulisse" per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000-2005)Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007) .
118. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386-92.
119. World Health Organization. World health report 2004 statistical annex. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.

120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12-6.psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1-100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year-prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226-34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170-6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99-105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859-63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749-56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030-2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen
132. Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55-67.
133. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375-83.
134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145-56.
135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 992;135:1411-22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277-82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831-7.
140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281-8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007.

142. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778-84.
143. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low-intermediate and high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769-76.
144. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta-analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518-27.
145. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655-63.
146. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007.
149. Fateh-Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS*. 19(9):i-ii.
150. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003-2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
151. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600-8.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284-6.
153. Horstmann DM, 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; ultima consultazione 30/08/2007.
156. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. Roma: ISTAT; 2005. p. 66-88.
157. Taggi F. (Ed.) La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità

- pubblica (1999-2003). Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf (l'ultimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc; ultima consultazione: 30/08/2007.
 163. Carrozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. Ben notiziario ISS 2005;18(12):iii-iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 164. Centers for Disease Control and Prevention. Health Related Quality of Life. HRQOL. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>; ultima consultazione: 28/01/2007.
 165. CDC. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
 166. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. Public Health Rep 1994;109:665-72.
 167. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. Annu Rev Public Health 1987;8:111-35.
 168. Ounpuu S, Kreuger P, Vermeulen M, Chambers L. Using the U.S. Behavior Risk Factor Surveillance System health-related quality of life survey tool in a Canadian city. Can J Public Health 2000;91:67-72.
 169. Schechter S, Beatty P, Willis GB. Asking survey respondents about health status: judgement and response issues. In: Schwarz N, Park DC, Knäuper B, Sudman S (Ed.). Cognition, aging, and self-reports. Philadelphia, Pennsylvania: Psychology Press, 1998.
 170. Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema di indagini sociali multiscopo. Famiglia e società. Metodi e norme 2006;31. CDC. State differences in reported healthy days among adults-United States, 1993-1996. MMWR 1998;47:239-43. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. Am J Public Health (in press).
 171. Scafato E, Ghirini S, Russo R. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001). Roma: ISS, Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD; 2004.

Finito di stampare Marzo 2009
Colombo Grafiche - Genova