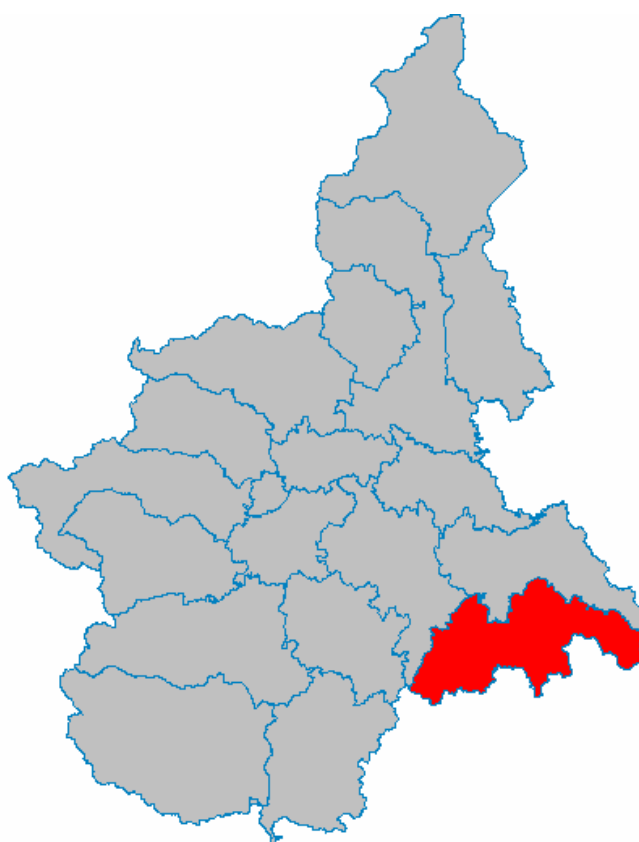


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008

ASL 22



A cura di:



Rossana Prosperi, Fiorangela Fossati, Tiziana Marengo

Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

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

- a livello aziendale:

Carla Fiori, Fiorangela Fossati, Pietro Gamalero, Daniela Lomolino, Tiziana Marengo, Rossana Prosperi, Enrica Simonelli, Giacomina Solia.

Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. 22 Dott. Enrico Guerci, i Medici di Medicina Generale per la collaborazione fornita, il Dirigente Amministrativo del Dipartimento di Prevenzione Rag. Maria Paola Baretto e i collaboratori amministrativi Anna Luzzi, Claudia Meo e Stefania Semino.

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

INDICE

Premessa	pag.	4
Sintesi del rapporto aziendale	pag.	5
Obiettivi	pag.	9
Metodi	pag.	12
Descrizione del campione aziendale	pag.	14
Percezione dello stato di salute	pag.	18
Attività fisica	pag.	21
Abitudine al fumo	pag.	25
Situazione nutrizionale	pag.	32
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag.	38
Consumo di alcol	pag.	40
Sicurezza stradale	pag.	45
Infortuni domestici	pag.	48
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	53
Vaccinazione antirosolia	pag.	55
Rischio cardiovascolare	pag.	58
Sintomi di depressione	pag.	71
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	75
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	81
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	87
Bibliografia	pag.	92

PREMESSA

Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali, quali: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica. Continuare ad investire solo in assistenza non sembra ragionevole e quindi una parte dell'attenzione va focalizzata sulla prevenzione.

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

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

Nella ex A.S.L. 22 la percentuale degli ultrasessantaquattrenni è del 27,41% con un indice di vecchiaia uguale a 262,44 (rapporto anziani > 64 anni rispetto ai bambini < 15 anni x 100) e queste cifre sembrano destinate ad aumentare nel tempo.

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

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

Una peculiarità di PASSI è che raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale. Ciò agevola l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle nostre ASL e Regioni, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale.

Il gruppo di lavoro dell'ASL 22 composto da operatori del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio di Assistenza Territoriale, ha partecipato con grande impegno e serietà a questa attività che si va consolidando nel tempo: infatti, mentre presenta questo lavoro riferito al secondo semestre 2007 e primo trimestre 2008, sta già predisponendo i dati dell'intero anno.

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nella ASL 22 è stato intervistato un campione casuale di 225 persone in età fra i 18 e 69 anni selezionato dall'anagrafe assistiti presso il CED. Metà del campione è rappresentato da donne con età media di 46 anni e metà da uomini con età media 45.

Il 42%, della popolazione intervistata ha un titolo di studio basso: 41,5% i maschi e 42,5% le femmine; osserviamo nella fascia 18-34 anni una percentuale di istruzione bassa rispetto alla fascia di età 35-49 anni, dato in controtendenza rispetto la Regione Piemonte. Le donne sono penalizzate rispetto l'occupazione ed è questo un dato statisticamente significativo, 47% verso 78%: l'occupazione è significativamente inferiore nel genere femminile in tutte le fasce di età considerate e il dato non sembra correlare con il livello del titolo di studio acquisito visto che in tutte le fasce di età le donne hanno un livello di studio elevato (il 57,5% dei casi verso il 59% del sesso maschile). Il 9% del campione riferisce difficoltà economiche, mentre il 38,4% qualche difficoltà. La percezione di molte difficoltà economiche è maggiore nelle donne soprattutto nella fascia di età 35-49.

Percezione dello stato di salute: Nella ASL 22 il 64% degli intervistati ha risposto in modo positivo alla domanda sul proprio stato di salute. Il sesso maschile, l'istruzione, l'assenza di difficoltà economiche, sono fattori associati in modo statisticamente significativo alla percezione di benessere. In effetti il genere femminile presenta una percentuale maggiore di percezione di cattiva salute. La percezione positiva diminuisce alla presenza di una malattia severa e anche con l'aumento dell'età, riferendo un buono stato di salute solo il 42% degli appartenenti alla fascia 50-69 anni.

Attività fisica: È completamente sedentario il 22% del campione e solo il 34% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Il sesso maschile è meno esposto alla sedentarietà e risultano fattori protettivi il livello alto di istruzione, dato significativo statisticamente, e la assenza di difficoltà economiche.

Interessante il dato sull'età che non rispecchia la tendenza Regionale, risultando nella ASL 22 più sedentaria la fascia di età tra i 35 e 49 anni, rispetto quella più anziana e questo dato andrebbe analizzato per sesso.

Pur risultando una tendenza positiva riguardo la promozione dell'attività fisica da parte dei sanitari nella nostra realtà, rimane sempre un margine da colmare. Infatti solo il 42% dei medici consiglia l'attività fisica ai propri assistiti. Si consideri però che l'intervallo regionale varia dal 18% della ASL 14 al 42% della ASL 20 e, appunto, della ASL 22.

Abitudine al fumo: Nella ASL 22 i fumatori sono il 32%, ma il 33% se considerata la percentuale dei fumatori in astensione; gli ex fumatori rappresentano il 22% del nostro campione.

I fumatori sono rappresentati soprattutto da giovani nella fascia di età 18-34; il sesso maschile ed il livello di istruzione basso sono le variabili associate a questo stile di vita.

La difficoltà economica è pure una variabile associata e statisticamente significativa all'abitudine al fumo. Tutti gli ex fumatori hanno dichiarato di aver smesso da soli, senza l'ausilio di Servizi o farmaci, ma il 38% dei fumatori ha tentato inutilmente di smettere nell'ultimo anno. Il rispetto del divieto di

fumare nei luoghi di lavoro, vede l'ASL 22 all'ultimo posto tra quelle regionali, così come l'abitudine di non fumare a casa.

L'immagine conferma la necessità di affrontare in modo più robusto il problema, attraverso il coinvolgimento di più Servizi.

Situazione nutrizionale: Nella ASL 22 il 36% della popolazione è soprappeso e il 7% obesa. Il basso livello culturale e il sesso maschile rappresentano due variabili associate in modo significativo a questa condizione.

L'età avanzata rappresenta altresì un fattore di rischio. Solo il 56% dei soggetti in soprappeso o francamente obesi hanno la percezione corretta del problema, ma questo dato è ben diverso se osservato tra i due sessi: i maschi al 40% rispetto alle femmine, che ne sono consapevoli nell'85% dei casi.

La dieta per perdere peso viene seguita soprattutto da chi ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario e questo dato è statisticamente significativo così come la propensione alla dieta del sesso femminile. Solo il 24% dei soggetti con problemi di peso intraprende una dieta, mentre è più diffusa la pratica di una attività fisica moderata, svolta dal 78% dei soggetti in soprappeso.

Abitudini alimentari: Nella ASL 22 la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume 1 o 2 porzioni, ma solo il 10% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Consumo di alcol: Nella ASL 22 il 69% della popolazione consuma bevande alcoliche ed in particolare l'81% degli uomini. Nonostante questa forte caratterizzazione al consumo dell'alcol nel nostro territorio, l'atteggiamento dei sanitari non sembra teso a raccogliere queste informazioni e le domande sull'uso di bevande alcoliche vengono rivolte solo al 19 % del campione.

Preoccupante l'aspetto dei bevitori binge che appartengono alla fascia di età più giovane soprattutto nel sesso maschile e che da noi raggiungono il 12% del campione, mentre a livello nazionale si registra il 7 e a livello regionale l'8%. Complessivamente il 23% degli interessati può essere considerato un consumatore a rischio: 12% binge, 6% forte bevitore, e il 13 % di bevitori fuori pasto. Come per l'abitudine al fumo i dati sull'uso di alcolici suggeriscono fortemente iniziative di prevenzione.

Sicurezza stradale: Nella ASL 22 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 18%, ma anche per quella anteriore 80%. Questa immagine mostra una prevalenza inferiore a quella regionale.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol è ancora un problema piuttosto diffuso ed infatti 15% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcool. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne, in modo statisticamente significativo; varia anche con l'età, essendo abitudine più diffusa tra i 35 e 49 anni.

Circa il 9% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcool.

Infortunati domestici: Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che a livello Regionale così come a livello di ASL 22 le persone intervistate abbiano una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, e nonostante una persona su cinque riferisca di aver subito un infortunio domestico.

Il 91% degli intervistati ritiene basso o assente il rischio di infortunio in ambiente domestico: hanno più bassa la percezione del rischio gli uomini e le persone con poche difficoltà economiche.

Le informazioni per prevenire gli infortuni domestici hanno raggiunto il 23% degli intervistati.

L'intervallo della regione Piemonte va dal 15% della ASL 17 al 52% della ASL 13.

Il 33% dei soggetti che hanno ricevuto le informazioni, ha dichiarato di aver modificato i propri comportamenti per una casa più sicura.

Vaccinazione antinfluenzale: Nella ASL 22 solo il 33% delle persone inferiori ai 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno. Pur essendoci ancora un margine da colmare, questo dato supera la media nazionale e regionale.

Vaccinazione antirosolia: I risultati ottenuti dal Sistema di Sorveglianza PASSI mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, oppure che non conoscono il proprio stato immunitario verso la rosolia, sia ancora molto alto e cioè quattro donne su dieci.

Anche nella ASL 22 il 33% delle donne in età fertile o è sicuramente suscettibile o comunque non conosce il proprio stato immunitario. La vaccinazione è praticata maggiormente tra le donne con minori difficoltà economiche e con livello di istruzione più alto.

Rischio cardiovascolare: Nella ASL 22 si stima che sia iperteso circa il 24% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 42% degli ultracinquantenni e il 10% 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, e cioè il 6%, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione, specie per i pazienti sotto i 35 anni.

Il 56% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico un dato che risulta tra quelli più bassi della regione che ha una media di trattamento farmacologico del 71%.

Si stima che al 17 % della popolazione di 18-69 anni non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 32,1 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa percentuale raggiunge quasi il 50% nella fascia degli ultracinquantenni. Il 22% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.

L'assunzione di farmaci sia nell'ipertensione che nell'ipercolesterolemia risulta inferiore rispetto all'immagine regionale ed è un dato che merita un approfondimento sui protocolli in uso.

Nella ASL 22 la percentuale di persone intervistate tra 35 e 69 anni che riferiscono di avere avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 4,5% in linea con il dato regionale.

Sintomi di depressione: Nella ASL 22 il 5% delle persone intervistate riferisce di avere avuto nell'arco delle ultime due settimane i sintomi che definiscono uno stato di depressione. Più colpito è il genere femminile (6% vs 4%), i soggetti con difficoltà economiche, coloro che non hanno un lavoro regolare, e le persone con una malattia cronica. Risulta significativa l'associazione con il livello di istruzione basso. Quasi la metà delle persone con sintomi di depressione non si è rivolto ad alcuno per avere aiuto. Anche questo aspetto della salute sembra meritare un approfondimento particolare ma a livello organizzativo centrale di sanità pubblica.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Nella ASL 22 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap-test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio, infatti circa l'82% delle donne tra 25-64 anni hanno effettuato l'esame. Il 10% non ha mai eseguito un Pap-test a scopo preventivo e il 9% afferma di averlo fatto da oltre tre anni. La ragione della mancata effettuazione del controllo è ricondotta alla inconsapevolezza dell'utilità ma anche alla paura del risultato. Al contrario osserviamo il 46% di donne che hanno eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno, contro un atteso teorico del 33%, e questo

dato indica una attività svolta con frequenza superiore a quella del Programma Regionale di Screening, almeno da un certo gruppo di donne.

L'83% delle donne intervistate ha ricevuto almeno una volta la lettera di invito della ASL e solo il 4,4% non ha ricevuto nessun intervento di promozione.

Screening neoplasia della mammella: nella ASL 22 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio.

Risulta infatti elevata la percentuale di donne (80%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

A differenza del Pap-test la mammografia viene eseguita maggiormente da donne senza difficoltà economiche e più istruite, mentre in entrambi i casi sono prevalentemente le donne sole a non sottoporsi a questi accertamenti. L'11% delle donne tra i 50 – 69 anni ha riferito di non aver mai effettuato una mammografia, mentre l'8% di averla effettuata da oltre tre anni. La motivazione della mancata effettuazione dell'esame è ricondotta nel 43% dei casi alla convinzione di non averne bisogno.

Screening tumore del colon retto: Nel territorio della ASL 22 è attivo lo screening per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Nella ASL 22 il 14% degli intervistati riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato, mentre il 5% riferisce di aver fatto la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque.

I programmi di screening per la prevenzione delle neoplasie del colon-retto non sono stati attivati su tutto il territorio regionale ma sono in fase di implementazione e l'intervallo regionale per la ricerca del sangue occulto varia dal 2% della ASL 15 al 21% della ASL 11. Per la colonscopia si va dal 2% delle ASL 8 e 17 al 15% delle ASL 1-4.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione piemontese 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 nella attività
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quali.

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale 22, aggiornate al 01/06/2007 (complessivamente 225 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

Nell'ASL 22 nel 2007 e nel primo trimestre del 2008 sono state effettuate 225 interviste a persone tra i 18 e 69 anni.

Il tasso di risposta è del 83,8%, il tasso di sostituzione del 16,2%, il tasso di rifiuto dell'11,2%, il tasso di non reperibilità del 5,0% e il tasso di eleggibilità del 93,9%.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dalla ASL 22 e si è 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 e il primo trimestre 2008, 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. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle della nostra ASL. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2007 ("pool PASSI").

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 94.209 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 01/06/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 22. Sono state intervistate 225 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria.

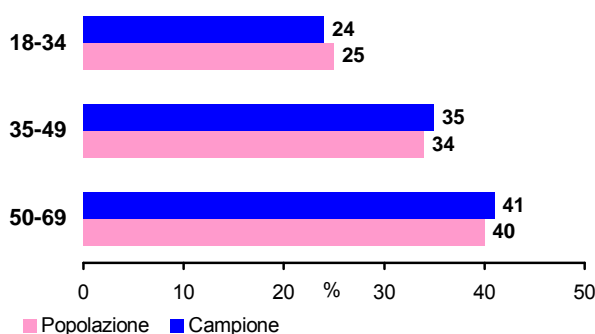
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati il tasso di eleggibilità è risultato del 93,9% nel 2007 e del 95,8% nel primo trimestre 2008; il tasso di risposta rispettivamente 83,8% e 87%; il tasso di sostituzione il 16,2% e il 13%, ed infine il tasso di rifiuto è variato dall'11,2% all'8,53%. Questi dati indicano un miglioramento della qualità del sistema di sorveglianza.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

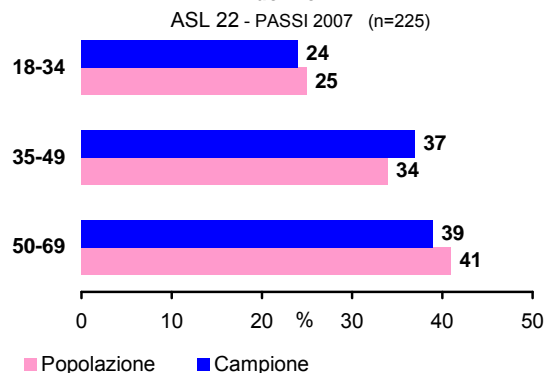
L'età e il sesso

- Nella ASL 22 il 50,2% del campione intervistato (225 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 45 anni nei maschi e di 46 anni nelle femmine.
- Il 24% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 36% in quella 35-49 e il 40% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è quasi 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 negli uomini
ASL 22 - PASSI 2007 (n=225)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL 22 - PASSI 2007 (n=225)

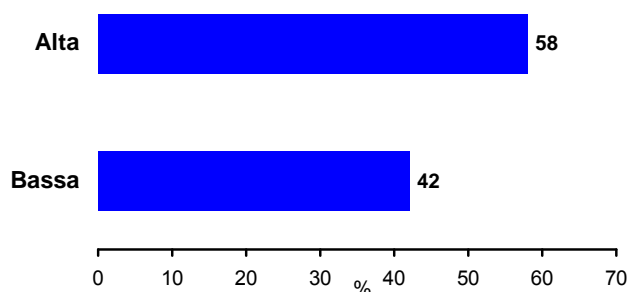


Il titolo di studio

- Nella ASL 22 il 42 % del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare o licenza media inferiore, il 58% un titolo di studio elevato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzioni più bassi rispetto ai più giovani raggiungendo il 62 %. Tuttavia osserviamo nella fascia di età tra i 18 e 34 anni una percentuale di istruzione bassa superiore rispetto la fascia 35 – 49 anni.

Campione per livello di istruzione

ASL 22 - PASSI 2007 (n= 225)

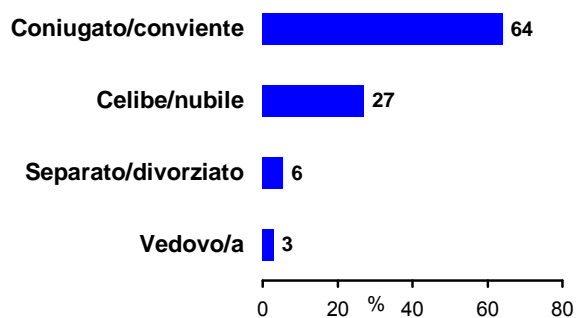


Lo stato civile

- Nella ASL 22 i coniugati/conviventi rappresentano il 64 % del campione, i celibi/nubili il 27 %, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi/e il 3%.

Campione per categorie stato civile

ASL 22 - PASSI 2007 (n= 225)

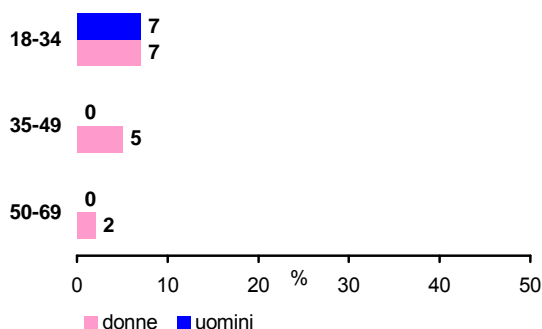


Cittadinanza

- Nella ASL 22 il 97 % del campione intervistato è italiano, il 3% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, infatti il 7% ha tra i 18 e i 34 anni, mentre solo 1% ha tra i 50 e i 69 anni.

Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

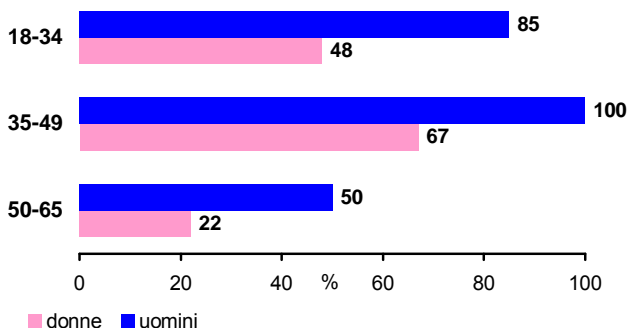
% di stranieri per sesso e classi di età
ASL 22 - PASSI 2007



Il lavoro

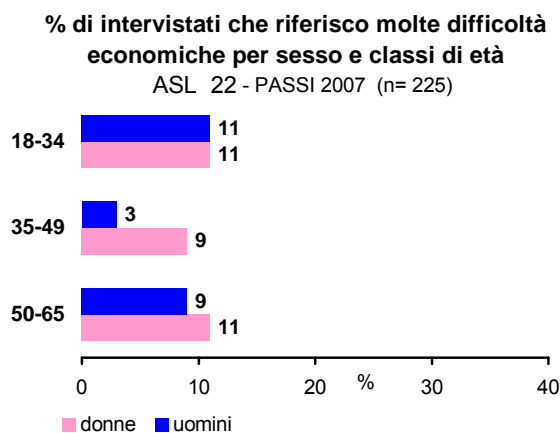
- Nella ASL 22 il 62 % del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente significativamente meno "occupate" rispetto agli uomini (47% contro 78%). Gli intervistati più giovani e ultra 50enni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL 22 - PASSI 2007



Difficoltà economiche

- Nella ASL 22 il 9% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 38% qualche difficoltà, il 53% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini in tutte le variabili considerate, ma è soprattutto la classe 35 - 49 anni che evidenzia una maggiore differenza tra i sessi: il 9,5 % ha molte difficoltà rispetto al 3 % del sesso maschile. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.



Conclusioni

Il campione nella ASL 22 è abbastanza rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione residente.

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

Dal campione si evidenziano **differenze di genere** per quanto riguarda il titolo di studio e l'occupazione dato significativo per tutte le fasce di età considerate e le difficoltà economiche

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?

- Nella ASL 22 il 64% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 33 % riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 3 % 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 (differenza statisticamente significativa)
 - gli uomini (differenza statisticamente significativa)
 - le persone con alta istruzione (differenza statisticamente significativa)
 - le persone senza difficoltà economiche (differenza statisticamente significativa)
 - le persone senza patologie severe. (differenza statisticamente significativa)

Stato di salute percepito positivamente*

ASL 22 - PASSI 2007 (n = 225)

Caratteristiche	%
Totale	64,0 (IC95%: 57,4-70,3)
Età	
18 - 34	88,9
35 - 49	71,6
50 - 69	42,2
Sesso	
uomini	71,4
donne	56,6
Istruzione	
bassa	50,0
alta	73,8
Difficoltà economiche**	
sì	54,7
no	72,0
Patologia severa***	
presente	31,6
assente	70,6

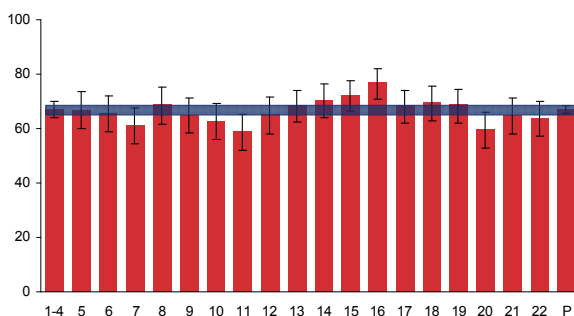
* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

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

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

Persone che dichiarano salute buona o molto buona per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

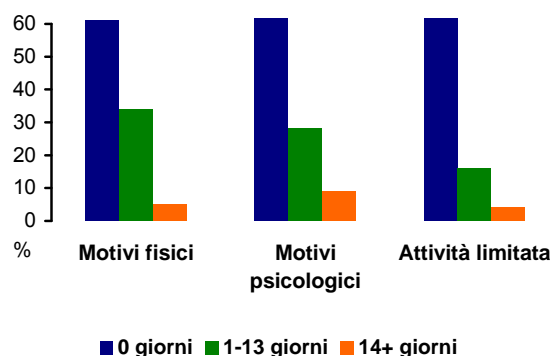


- Nelle ASL della Regione Piemonte la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 56% della ASL 11 al 78% della ASL 16.
- Nella nostra ASL la percentuale di coloro che si sentono bene è inferiore in maniera statisticamente significativa rispetto all'atteso Regionale.

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

- Nella ASL 22 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (61% in buona salute fisica, 63% in buona salute psicologica e 81% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 5% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, il 9 % per motivi psicologici e solo il 4% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica. I dati sono sovrapponibili ai dati Regionali

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL 22 - PASSI 2007



- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute varia con l'età.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici in percentuale statisticamente significativa rispetto agli uomini, e sono più limitate nelle loro abituali attività anche se non in maniera statisticamente significativa.

Giorni in cattiva salute percepita
ASL 22 - PASSI 2007

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra ASL l'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori che si scostano in maniera significativa da quelli regionali e che individuano nel sesso femminile la parte più colpita, sia per motivi fisici che per motivi psicologici e anche questi dati presentano la significatività statistica e si prestano ad un approfondimento.

Attività fisica

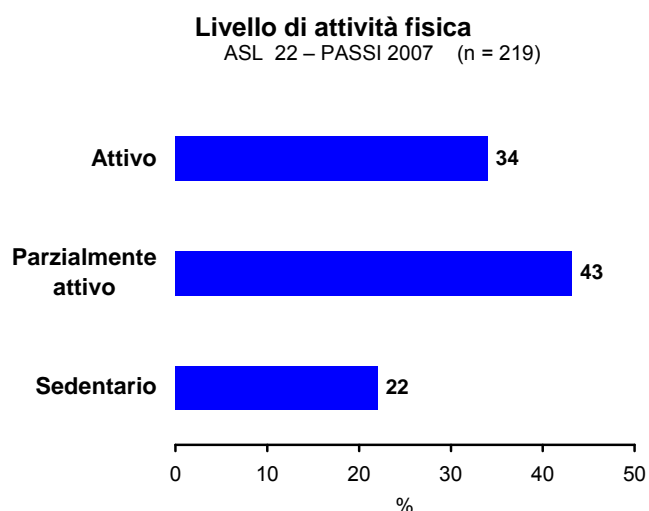
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, 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?

- Nella ASL 22 il 34% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 43% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 22% è completamente sedentario; tuttavia la percentuale di sedentari è significativamente inferiore a quella Regionale.



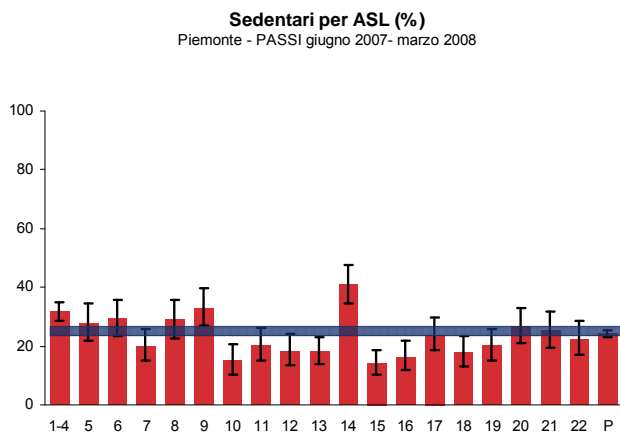
Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nella ASL 22 sono emerse differenze tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione ma anche con difficoltà economiche e anche con l'età.
- La percentuale di completamente sedentari non sembra correlata con l'aumentare dell'età a differenza del dato Regionale, gli uomini sono più attivi delle donne e sono più attivi coloro che hanno meno difficoltà economiche, tuttavia l'unica differenza statisticamente significativa si osserva tra livelli di istruzione diversi.

Sedentari	
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 219)	
Caratteristiche	%
Totale	22,0 (IC95%: 17,0-28,5)
Classi di età	
18 - 34	19,2
35 - 49	24,4
50 - 69	22,5
Sesso	
uomini	19,3
donne	25,5
Istruzione*	
bassa	28,7
alta	16,9
Difficoltà economiche	
sì	24,8
no	19,5

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

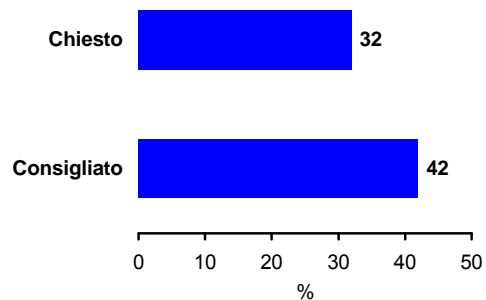
- Nelle ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative, specialmente per la ASL 14 che ha una percentuale del 40% di sedentari; senza di esso il range va dal 13% della ASL 15 al 31% della ASL 6. Nella ex ASL 22 la percentuale di sedentari è significativamente inferiore rispetto alla media Regionale.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% della popolazione è attiva, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario (valore significativamente superiore a quello piemontese).



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

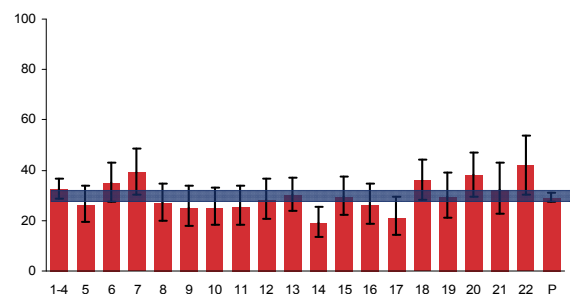
- Nella ASL 22 solo il 32% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 42% dei casi ed è un dato statisticamente significativo.
- Tra le altre ASL partecipanti al sistema il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 30% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ASL 22 – PASSI 2007



- Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica, eccetto per la ASL 1-4 la 6 la 7 la 20 e la 22, il range va dal 18% della ASL 14 al 42% della ASL 20 e della 22.

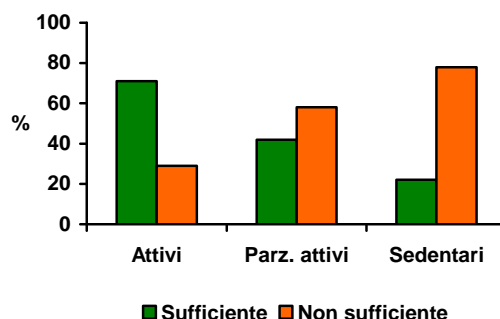
Persone consigliate dal medico di fare attività fisica per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- E' interessante notare come nella ASL 22 il 22% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente, mentre in Regione Piemonte questa percentuale è uguale al 31% e a livello Nazionale è del 26%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL 22 - PASSI 2007 (n= 219)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 la percentuale di coloro che non svolgono alcuna attività fisica è inferiore alla stima Regionale e questo dato confortante sembra correlato alla maggiore percentuale di medici che consigliano i propri pazienti affinché la svolgano.

Anche la percezione del proprio livello di attività fisica è più aderente alla realtà rispetto all'immagine Regionale e Nazionale

A differenza della Regione Piemonte non c'è correlazione tra l'aumento dell'età e la sedentarietà distribuendosi questa prevalentemente nella fascia tra i 35 e i 49 anni. Per questo aspetto della salute il sesso femminile risulta penalizzato, pur se non in modo significativo e varrebbe la pena di fare una considerazione tra la sedentarietà e le fasce di età tra i due sessi.

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.

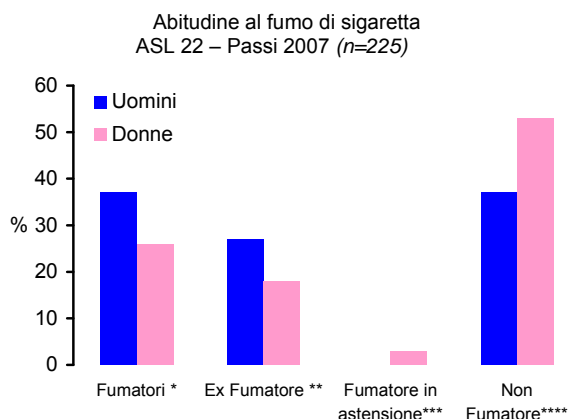
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

- Nella ASL 22 i fumatori sono pari al 32%, gli ex fumatori al 22%, e i non fumatori al 45%. A questi si aggiungono 3 persone (1,3%), 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 più alta tra gli uomini che tra le donne (37% versus 26%) e tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (53% versus 37%).



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

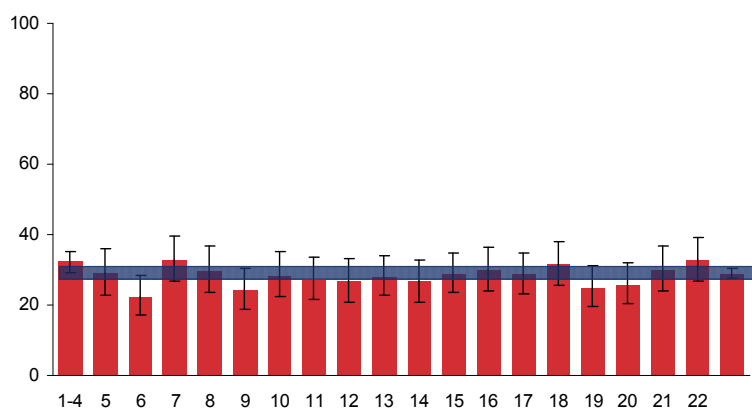
**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e

***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

****Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

- Nelle ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 21% della ASL 9 al 32% della ASL 15 e della ASL 21). La ASL 22 è in linea con il dato Regionale.

**Persone che fumano
per ASL (%)**
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, la percentuale di fumatori risulta pari al 31% degli intervistati.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

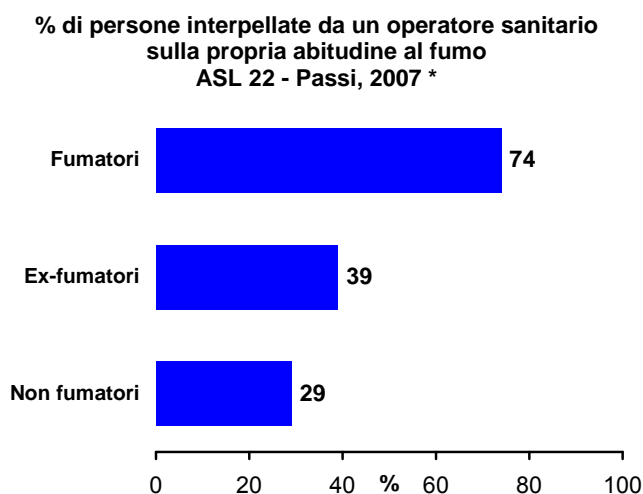
- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, nel sesso maschile, tra persone con livello medio basso di istruzione e tra quelle con difficoltà economiche. Le difficoltà economiche identificano la variabile con più forte associazione, anche riguardo la situazione Regionale e Nazionale, presentando una significatività statistica uguale $p=0,005$. Andrebbe analizzata la differenza tra il sesso maschile e femminile nelle diverse fasce di età.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 13 sigarette al giorno. Tra loro, il 4% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore) e quindi una quota inferiore a quella Regionale.
- tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata del 31%; risulta più alta tra gli uomini (35%), tra i giovani (18-24 anni: 37%; 25-34 anni: 35%) e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche (34%). La percentuale di ex fumatori è del 19%, dei non fumatori è del 50%.

Fumatori	
ASL 22 Passi, 2007 (n = 225)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	32,9 (IC95%: 26,8-39,4)
Età, anni	
18 - 34	37.0
35 - 49	32.0
50 - 69	31.0
Sesso ^	
M	37.0
F	29.0
Istruzione**	
bassa	35.0
alta	31.0
Difficoltà economiche	
si	41.0
no	25.0

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

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

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, quasi la metà (il 47%) 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 ben il 74% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori e il 29% dei non fumatori.
- Tra le ASL della Regione emergono alcune differenze statisticamente

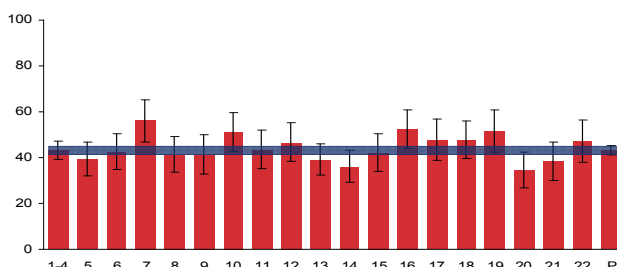


significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate più alta nelle ASL 13 e ASL 20 (36%) e più bassa nelle ASL 7 e ASL 16 (59%).

- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% degli intervistati; tra i fumatori la percentuale è del 65%.

* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 225)

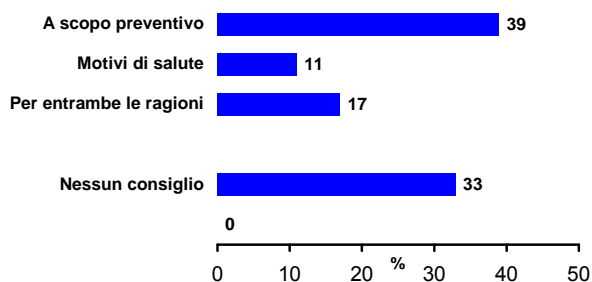
Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

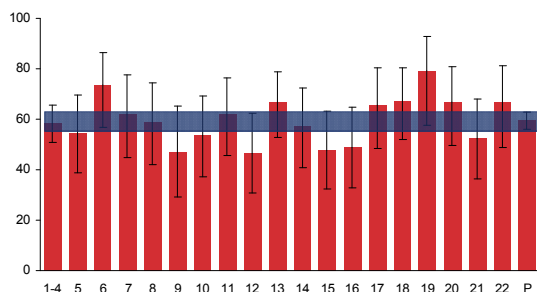
- il 67% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (39%)
- il 33% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 60%)

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ASL 22 Passi 2007



- Su questo argomento la differenza osservata tra le singole ASL sono da considerare del tutto provvisorie a causa della bassa numerosità del campione

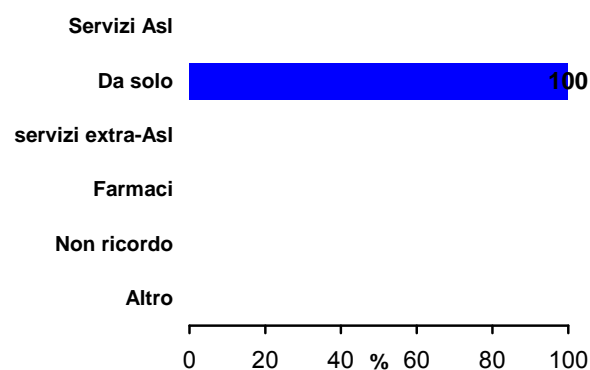
Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Fra gli ex fumatori il 100% ha smesso di fumare da solo. (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 96%).
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli .
- Il 38 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

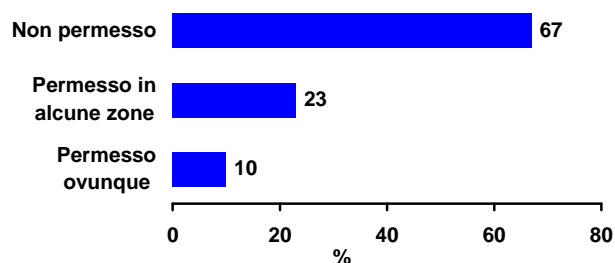
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL 22- Passi 2007



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 67% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- Nel restante 33% dei casi si fuma ovunque (10%) o in alcuni luoghi (23%).

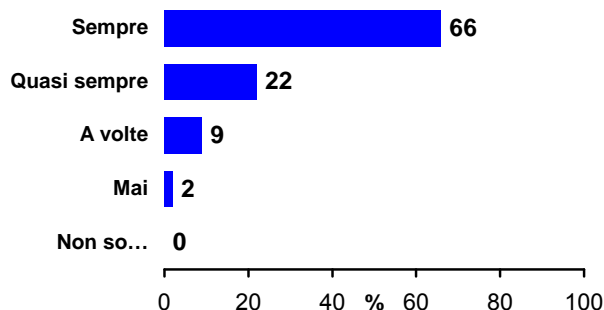
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa ASL 22 - Passi 2007



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 88% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- L'11% 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 del 84%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n = 225 intervistati) ASL 22 - Passi 2007 *

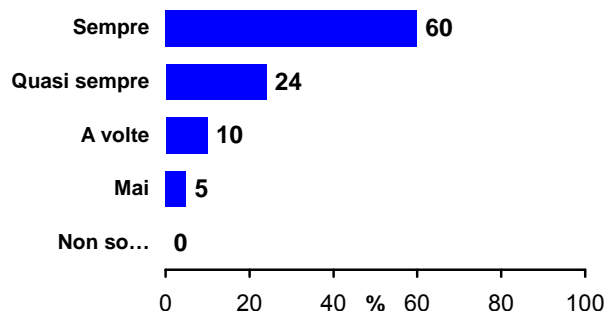


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 85% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 15% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente. Per questo aspetto della salute l'ASL 22 si situa all'ultimo posto tra le ASL Regionali ma è anche al di sotto della media Nazionale che è dell'85%.

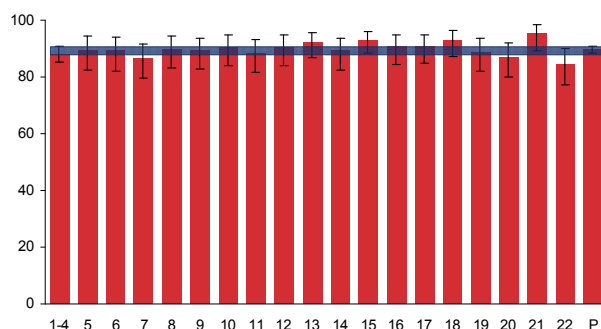
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n = 225 lavoratori) * ASL 22 - Passi, 2007



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

- Nelle ASL della Regione Piemonte con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dal 82% della ASL 22 al 94% della ASL 18)

Lavoratori che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL (%) Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 l'abitudine al fumo è del 33%; interessa soprattutto gli uomini (il 37% vs il 26% delle donne).

Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani 18-34 anni.

Sono rappresentati prevalentemente i soggetti con difficoltà economiche.

L'interesse per questo fattore di rischio deve essere incrementato anche se le attività dei nostri operatori sanitari sono ben orientate anche dal confronto Regionale.

Mettere in atto azioni di sostegno alla disassuefazione è necessario e merita molta attenzione considerato che il 38 % dei fumatori intervistati nella ASL 22 ha cercato di smettere nell'ultimo anno senza riuscirci e che tutti quelli che ci sono riusciti dichiarano di averlo fatto da soli. Inoltre nella nostra ASL non è ancora attivo il centro antifumo programmato, almeno nella zona Ovadese, ed iscritto nel progetto "Qui non si fuma" Progettato dal Gruppo di Educazione Sanitaria della Ex ASL 22.

Da sottolineare uno scostamento rispetto alla media Regionale e Nazionale sul rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro e anche nella propria abitazione. Alcuni dati suggeriscono che nel nostro territorio questo argomento vada affrontato in maniera più robusta.

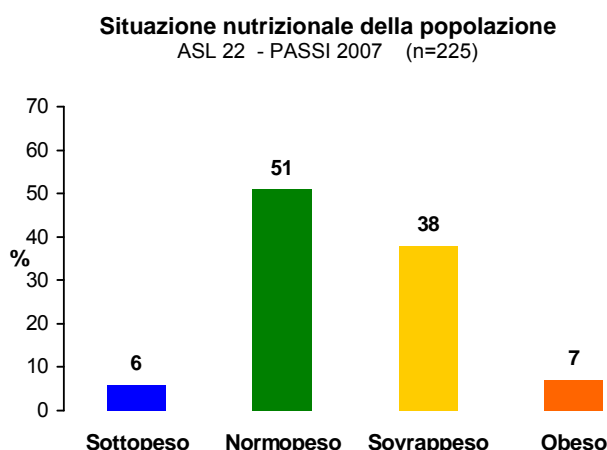
Situazione nutrizionale

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?

- Nella ASL 22 il 6% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 36% sovrappeso e l'7% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



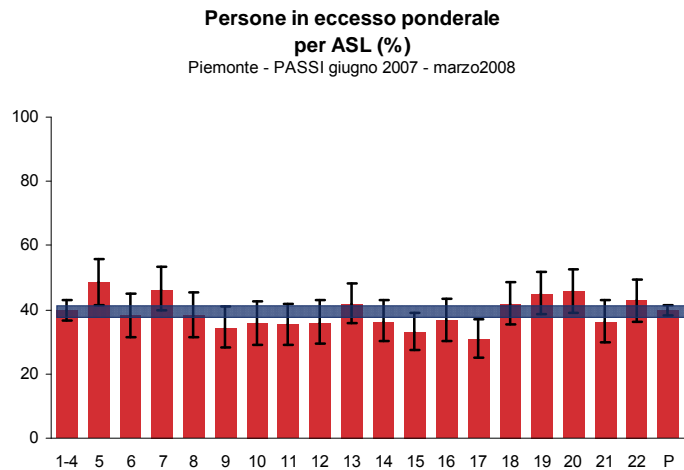
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale cresce con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (55.9% vs 30.1%), nelle persone con basso livello di istruzione, con differenze tutte statisticamente significative nel sesso e nell'istruzione.

Eccesso ponderale	
ASL 22 - PASSI 2007 (n=225)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	42,9 (IC95% 36,3-49,6)
Classi di età	
18 - 34	35.2
35 - 49	32.1
50 - 69	57.3
Sesso	
uomini	55.9
donne	30.1
Istruzione*	
bassa	58.5
alta	31.5
Difficoltà economiche	
sì	45.3
no	40.7

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

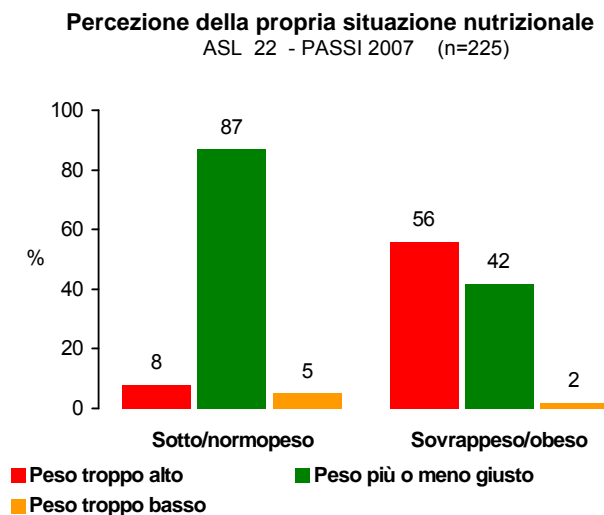
- Nelle ASL della Regione Piemonte emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale delle persone in eccesso ponderale con un range che va dal 48% della ASL 5 al 27% della ASL 17. Nella ASL 22 la percentuale di persone sovrappeso è maggiore rispetto alla Regione Piemonte ma il dato non è statisticamente significativo.



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza presenta un eccesso ponderale il 43% di cui il 32% è in sovrappeso e l'11% è obeso.

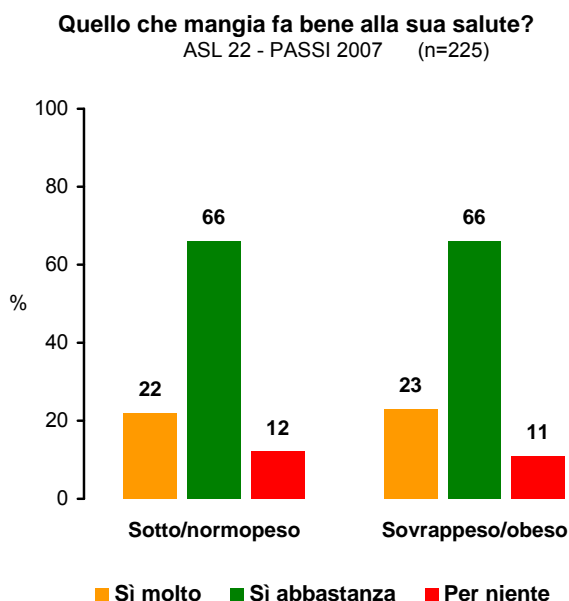
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ASL 22 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (87%), mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 56% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 83% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 94% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso/obese il 85% rispetto al 40% degli uomini.



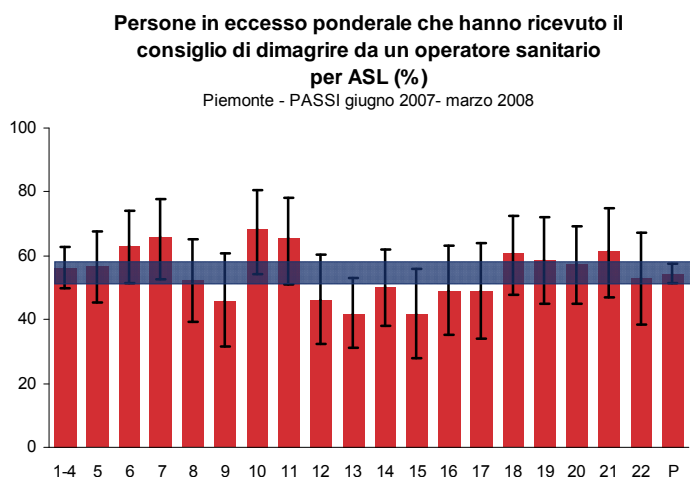
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL 22 l'88% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare non c'è differenza in relazione all'IMC.



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

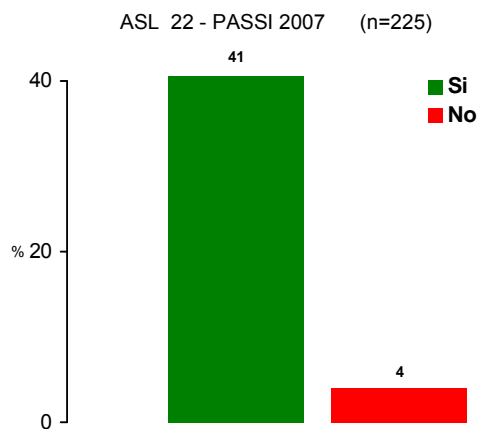
- Nella ASL 22 il 53% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 47% delle persone in sovrappeso e il 73% delle persone obese.
- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 39% della ASL 17 al 76% della ASL 7).



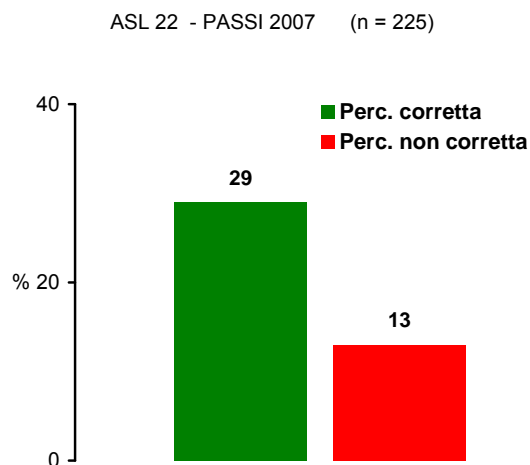
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 48% delle persone in sovrappeso e l'81% degli obesi hanno ricevuto il consiglio di dimagrire da parte di un operatore sanitario.

- Solo il 24% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (38% vs il 16% degli uomini)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (41% vs 4%)
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (29% vs il 13% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")
- aumenta nella categoria negli obesi (37% vs il 21% dei sovrappeso) ma non in modo significativo

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

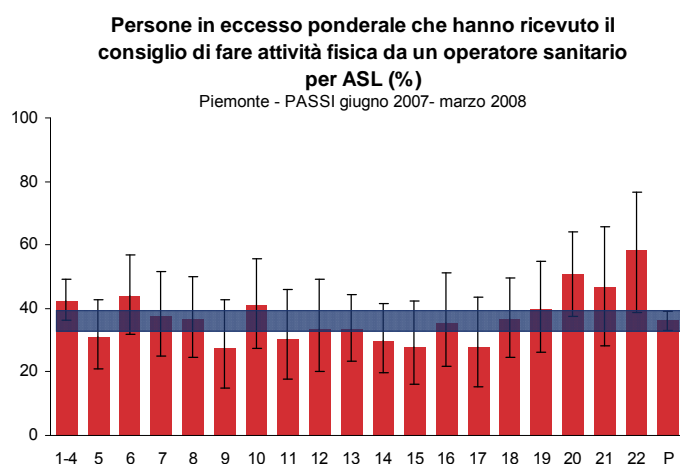


Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso



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

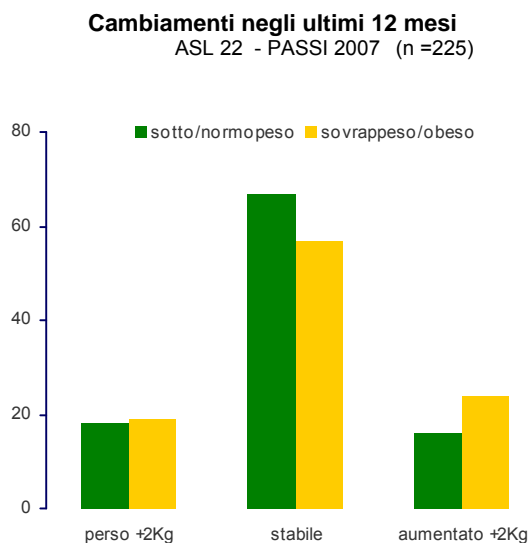
- Nella ASL 22 il 22% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (23% nei sovrappeso/ e 19% negli obesi).
- Il 59% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 67% delle persone in sovrappeso e il 37% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 94% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 92% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle ASL della Regione Piemonte il 29 % delle persone in eccesso ponderale riferisce di essere sedentario e gli obesi sono il 35 % vs 27 % dei normopeso. (range dal 24% della ASL 9 e 11 al 59 % della 22 e fino 61% della ASL 20 che raggiunge significatività statistica).



- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (33,5% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL 22 il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia d'età di 18-34 anni (33% vs 15% in quella 35-49 anni e 17% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (24% negli obesi e il 27% nei sovrappeso vs 17% dei normopeso).
- Emergono invece differenze tra donne (24%) e uomini (13%).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 la percentuale di persone in eccesso ponderale sembra essere inferiore a quella Regionale e Nazionale. Le persone che ottengono consigli da parte dei medici sono una percentuale superiore a quella Regionale e Nazionale.

Vale la pena di verificare se questo dato confortante sia associato a iniziative già collaudate e comunque nel tempo possa essere valorizzato.

L'aumento di peso si registra nelle donne giovani (tra 18-34 anni) che appartengono già alla fascia sovrappeso.

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 56% percepisce il proprio peso come "troppo alto".

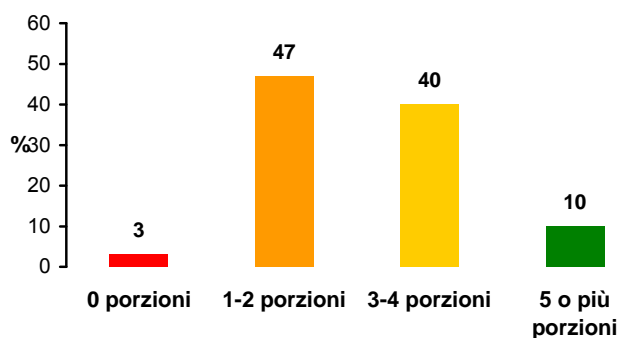
La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 24% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (78%).

Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

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

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 225)



- Nella ASL 22 il 47% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 10% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se il 40% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (13.3%), tra le donne (10.6%) e tra le persone con alto livello d'istruzione (10.0%); emergono differenze legate alla condizione economica. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone sotto/normopeso.

Consumo di frutta e verdura ASL 22 - PASSI 2007 (n = 225)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" (IC95% 6.2-14.4)
Totale	10
Classi di età	
18 - 34	7.4
35 - 49	7.4
50 - 69	13.3
Sesso	
uomini	8.9
donne	10.6
Istruzione**	
bassa	9.6
alta	10.0
Difficoltà economiche	
si	7.5
no	11.9
Stato nutrizionale	

sotto/normopeso	12.5
sovrappeso/obeso	6.3

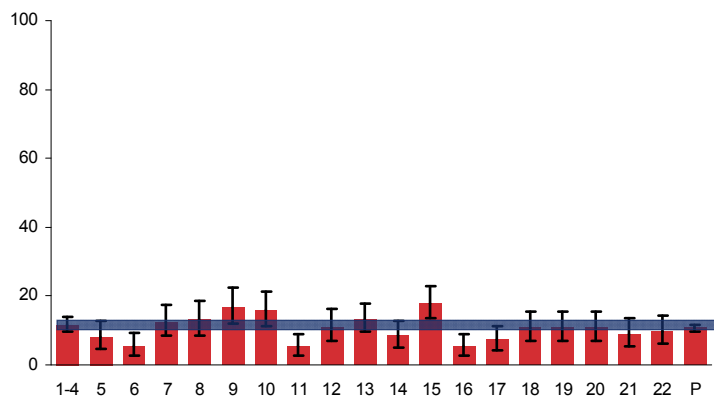
* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

Nelle ASL della Regione Piemonte, emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 5% della ASL 6 al 21% della ASL 15). Tra le ASL che hanno partecipato a livello Nazionale le persone che aderiscono al "5 a day" sono il 10%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume 1 o 2 porzioni, ma solo una persona su 10 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. Come per la nostra Regione è ampio il margine di intervento verso la popolazione.

Consumo di alcol

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

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

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

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

Quante persone consumano alcol?

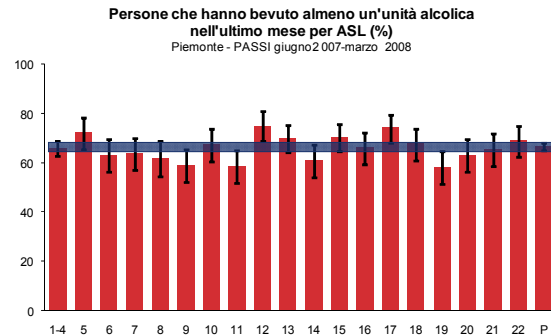
- Nella ASL 22 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 69 %.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-34 anni. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini e chi ha livello d'istruzione più elevato.
- Il 61 % degli intervistati consuma alcol durante tutta la settimana, mentre il 39% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese) ASL 22 - PASSI 2007 (n = 225)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	69,1 (IC95%:62,5-75,1)
Classi di età	
18 - 34	75.9
35 - 49	70.4
50 - 69	63.6
Sesso	
uomini	81.1
donne	57.1
Istruzione**	
bassa	61.3
alta	74.6
Difficoltà economiche	
sì	66.7
no	71.2

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

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

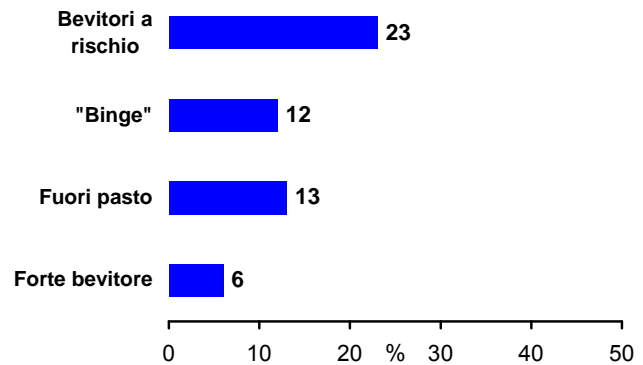
- Nelle ASL della Regione Piemonte, non emergono differenze statisticamente significative (range va dal 58% della ASL 11 al 76% della ASL 5).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



Quanti sono bevitori a rischio?

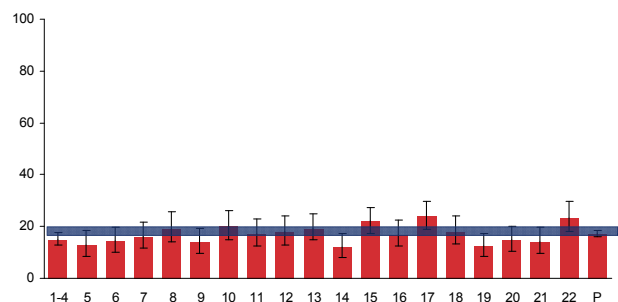
- Complessivamente il 23% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 13% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 12% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle ASL della Regione Piemonte, non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio ma il range va dal 12% della ASL 9 al 23% della ASL 22 e 24% della ASL 17.
- 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
ASL 22 - PASSI 2007



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

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



Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

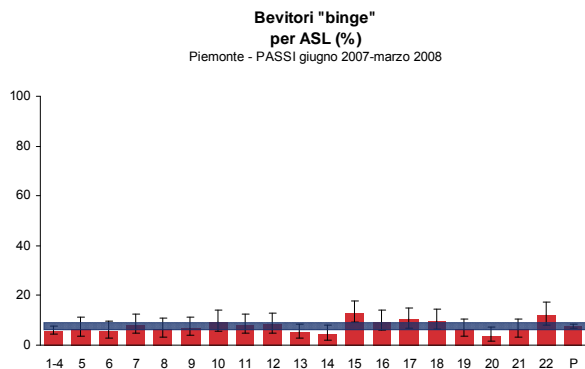
- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 12% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra gli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione, la presenza di difficoltà economiche e l'età. Va sottolineato tuttavia che il bevitore binge si distribuisce prevalentemente nella giovane età.

Consumo “binge” (ultimo mese) ASL 22 - PASSI 2007 (n= 225)	
Caratteristiche	% bevitori “binge”*
Totale	12,0 (IC95%: 8.2-17.2)
Classi di età	
18 - 34	20.8
35 - 49	11.1
50 - 69	8.0
Sesso	
uomini	19.8
donne	4.5
Istruzione**	
bassa	12.9
alta	11.6
Difficoltà economiche	
sì	14.3
no	10.3

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

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

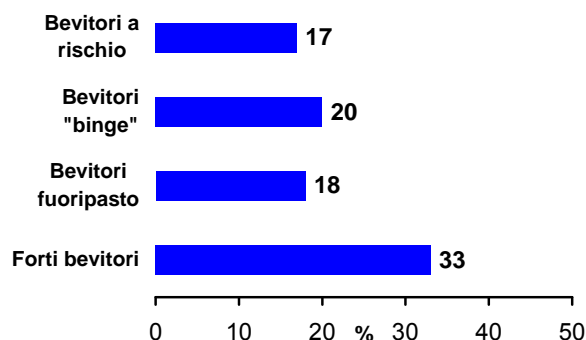
- Nelle ASL della Regione Piemonte, la percentuale di bevitori “binge” non mostra differenze statisticamente significative (l'intervallo va dal 5% della ASL 6 al 12% della ASL 15 18 e 22).



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

- Nella ASL 22 solo il 19% 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 che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 17%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 20% di bevitori "binge", dal 18% di bevitori fuori pasto e dal 33% di forti bevitori.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 225)

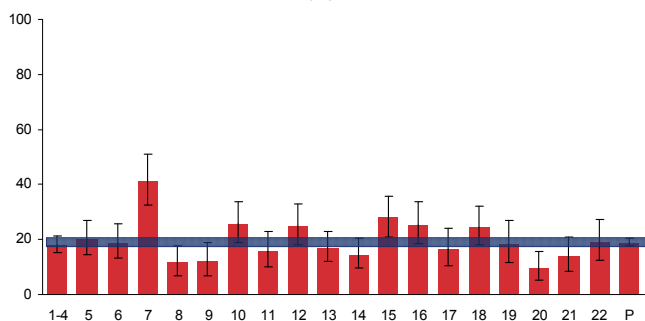


* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Nelle ASL della Regione Piemonte, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra differenze statisticamente significative, il range va dall'11% della ASL 21 al 45% della ASL 7.
- 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.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 il 69% della popolazione consuma bevande alcoliche ed in particolare l'81% degli uomini; nonostante questa forte caratterizzazione al consumo dell'alcol nel nostro territorio, seppur senza definizione di rischio, l'atteggiamento dei sanitari non sembra teso a raccogliere informazioni: infatti le domande sull'uso vengono rivolte solo al 19% del nostro campione.

Preoccupante l'aspetto dei bevitori binge che appartengono alle fasce di età più giovani, soprattutto nel sesso maschile, e che da noi raggiungono il 12% del campione (mentre a livello Nazionale si registra il 7% e a livello Regionale l'8%).

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 2006 si sono verificati in Italia oltre 238.124 incidenti stradali con 5669 morti e 332955 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. Nella regione Piemonte nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 14871 con 404 morti e 22047 feriti (fonte Istat,2007).

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

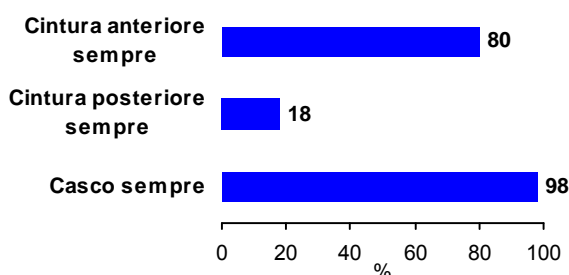
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'80%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (18%)

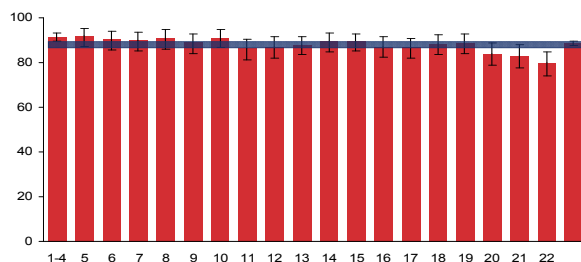
- Nella ASL 22 tra le persone che vanno in moto o in motorino, il 98% riferisce di usare sempre il casco

- Nella ASL 22, in base alla Sorveglianza Passi, la percentuale di persone che utilizza i vari dispositivi di sicurezza è inferiore al dato regionale, essendo questo ultimo del 92% per la cintura anteriore, del 28% per quella posteriore; simile invece al dato regionale è quello sull'uso del casco, uguale al 98%.

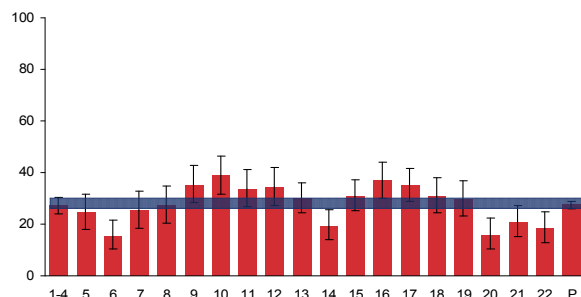
Uso dei dispositivi di sicurezza
ASL 22 - PASSI 2007



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



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



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, il 10% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10%; questa abitudine è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne, in modo statisticamente significativo e non sembra associato alle difficoltà economiche e al grado di istruzione. Varia con la fascia di età, essendo abitudine più diffusa tra i 35 e 49 anni.
- L'8,6% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le diverse ASL della Regione con campione rappresentativo, emerge una differenza statisticamente significativa riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dal 6% della ASL 9 al 26% della ASL 7).
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

ASL 22 - PASSI 2007 (n=147)

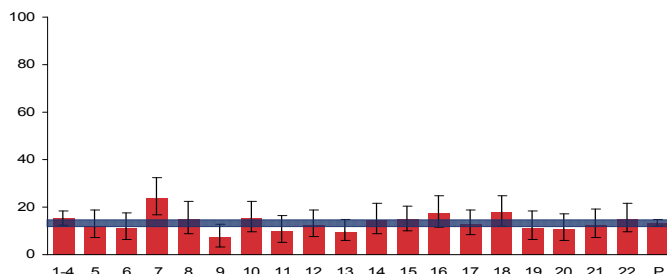
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	15,0 (IC95%: 9.6 - 21.8)
Classi di età	
18-34	9,8
35 - 49	18,2
50 - 69	15,7
Genere	
uomini	21,3
donne	5,2
Istruzione	
bassa	13,4
alta	14
Difficoltà economiche	
sì	12,1
no	17,3

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 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, ma anche per quella anteriore. Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol è ancora un problema piuttosto diffuso e risulta significativa la differenza tra gli uomini e le donne, rispettivamente del 21% contro il 5%.

Dalla letteratura scientifica si evince che efficaci sono 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

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza. Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

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

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

- Nella ASL 22 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 91% 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, e istruzione. Le persone con poche difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio in maniera statisticamente significativa rispetto a chi ne ha meno. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza positivamente la percezione del rischio.
- Nelle varie ASL della Regione Piemonte, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio, il range va dal 85% della ASL 19 al 98% della ASL 6.
- 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 ASL 22 (n = 225) - PASSI 2007

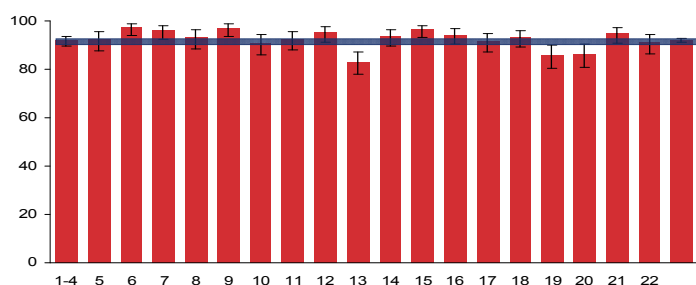
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	91,1 (IC 95%: 86,5 – 94,5)
Età	
18 - 34	87,0
35 - 49	88,9
50 - 69	95,5
Sesso	
Uomini	94,6
Donne	87,6
Istruzione**	
bassa	91,5
alta	90,8
Difficoltà economiche	
si	85,8
no	95,8
Persone potenzialmente a rischio***	
si	89,7
no	92,0

*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

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



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

- Nella ASL 22 solo il 22,8 % degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 18 - 34 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che hanno una maggiore istruzione e hanno ricevuto informazioni coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche. Analizzando altri aspetti socio demografici sembra che le informazioni arrivino di più nelle famiglie ove non ci sono persone potenzialmente a rischio come bambini ed anziani e soprattutto, il dato è statisticamente significativo l'aver ricevuto informazioni, è un dato associato in maniera significativa alla alta percezione del rischio.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL 22 (n=225) - PASSI 2007	
Caratteristiche Demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	22,8 (IC 95%: 17,4 – 28,8)
Età	
18 – 34	24,1
35 – 49	23,5
50 – 69	21,3
Sesso	
Uomini	20,7
Donne	24,8
Istruzione*	
bassa	19,1
alta	25,4
Difficoltà economiche	
si	28,3
no	17,8
Persone potenzialmente a rischio**	
si	21,8
no	23,4
Percezione del rischio	
alta	40,0
bassa	21,1

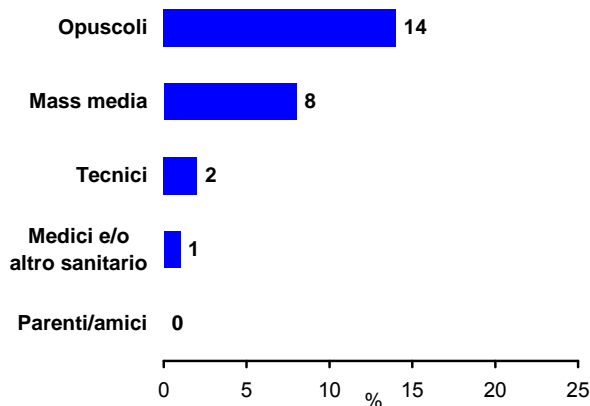
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (14% e 8% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.

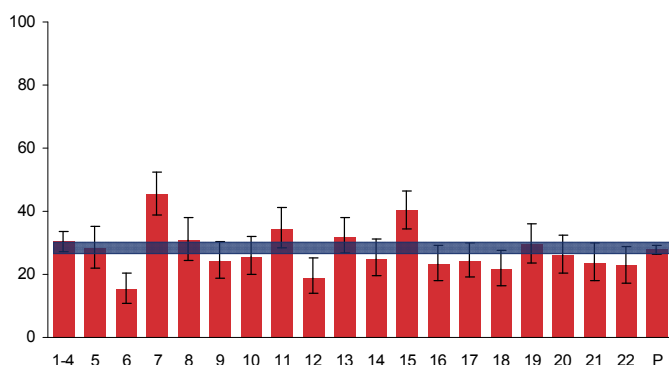
Fonti di informazione

Regione PIEMONTE - PASSI 2007 (n = 225)



- Nelle ASL della regione Piemonte, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi il range va dal 15% della ASL 6 al 51% della ASL 7.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni è del 28%.

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



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

- Nella ASL 22 un terzo di coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra le donne, nella fascia di età più giovane, tra chi no ha difficoltà economiche e chi aveva una bassa percezione del rischio.
- Nelle ASL della regione Piemonte, non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive il range va dal 15% della ASL 17 52% della ASL 13.
- Nelle pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
ASL 22 (n=225) - PASSI 2007

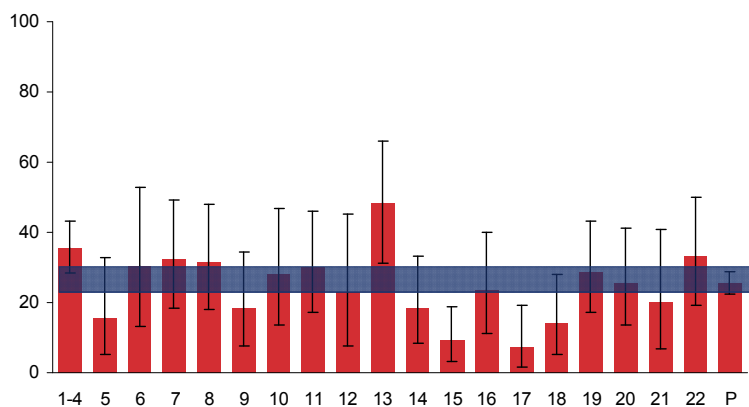
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	33,3 (IC 95%: 19,1 – 50,2)
Età	
18 - 34	44,4
35 - 49	26,7
50 - 69	33,3
Sesso	
Uomini	31,6
Donne	35,0
Istruzione*	
bassa	33,3
alta	33,3
Difficoltà economiche	
si	30,4
no	37,5
Persone potenzialmente a rischio**	
si	31,3
no	34,8
Percezione del rischio	
alta	28,6
bassa	34,4

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

**si: presenza di anziani e/o bambini

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che a livello Regionale e della ASL 22 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non rientrano nel gruppo di età campionato dal PASSI e pertanto la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

Pertanto è raccomandata soprattutto 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?

Nella ASL 22 il 7,3 % 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

Emergono differenze statisticamente significative legate al sesso e all'età, e all'istruzione, distribuendosi tra le persone più colte di sesso maschile e nell'età più avanzata..

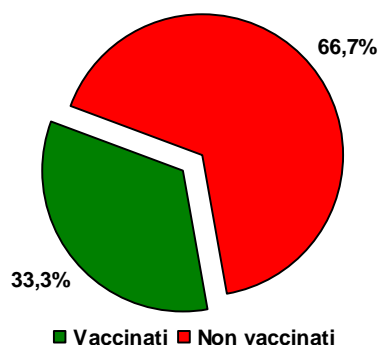
Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 13 % e del 28 % tra i portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni) ASL 22 - Passi, 2007 (n = 225)		
Caratteristiche	Vaccinati (%)	
Totale	7,3 (IC95%:1,5 – 19,9)	
Età	18-34	0
	35-49	0
	50-64	21,4
Sesso	uomini	10,0
	donne	4,8
Istruzione*	bassa	5,9
	alta	8,3
Difficoltà economiche	sì	7,1
	no	7,4

* 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 solo il 33,3% risulta vaccinato.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
ASL 22 (n = 225)



Alle persone vaccinate è stato chiesto in quel mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ASL 22 una quota significativamente maggiore di persone (solo 3) ha praticato la vaccinazione durante il mese di Novembre. Non risultano, invece, i vaccinati nei mesi di Ottobre Dicembre e Gennaio.

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Piemonte hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (60% 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 tre).

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

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia 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). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

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

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL 22 il 32,8 % 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 77,8 % tra 18-24 anni al 17,5 % tra 35 -49 anni) e con il basso livello d'istruzione e con le difficoltà economiche e quest'ultimo è un dato statisticamente significativo .

- Nelle ASL della Regione Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria il range va dal 15% della ASL 20 al 64 % della ASL 12.

- Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32 %.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n= 69)

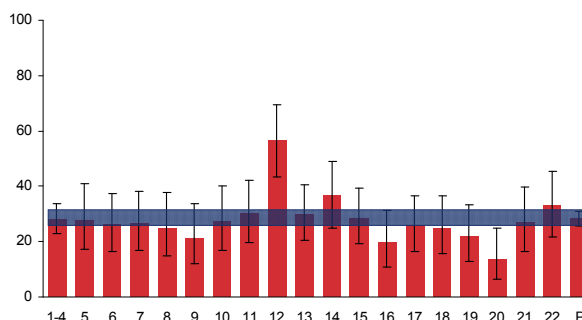
ASL 22 - Passi, 2007

Caratteristiche demografiche	Vaccinate %	
Totale	32,8 (IC95%: 21,8 – 45,4)	
Età		
	18-24	77,8
	25-34	44,4
	35-49	17,5
Istruzione*		
	bassa	25,0
	alta	35,3
Difficoltà Economiche		
	sì	21,9
	no	42,9

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

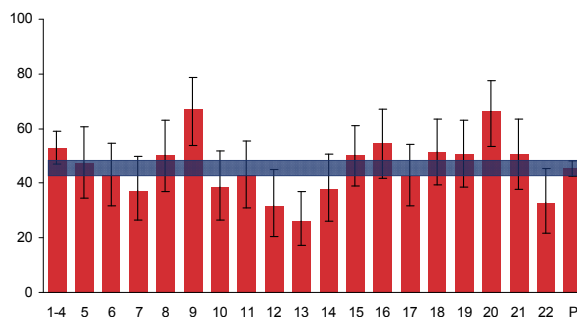
- Nella ASL 22 il 67,2% delle donne tra 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (32,8%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (34,3%).
- Il 4,5% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 28,4% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le ASL della Regione Piemonte, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è alla ASL 20 (68%), la più bassa alla ASL 12 (24%).
- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne suscettibili è del 44%.

**Vaccinazione antirosolia e immunità
(donne 18-49 anni; n = 69)
ASL 22 - Passi 2007**

	%
Immuni	67,2
Vaccinate	32,8
Non vaccinate con rubeotest positivo	34,3
Suscettibili/stato sconosciuto	32,8
Non vaccinate; rubeotest negativo	4,5
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	4,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	23,9

Donne tra i 18 e i 49 anni suscettibili o con stato immunitario sconosciuto verso la rosolia per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

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

Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche) pur risultando nella nostra realtà locale una maggiore percentuale di donne vaccinate rispetto allo standard Regionale evidenziando un discreto livello di sensibilità al problema. Risulta statisticamente significativa la differenza nell'attenzione alla vaccinazione da parte delle donne senza difficoltà economiche.

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

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

Ipertensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL 22 (n = 225) - PASSI 2007

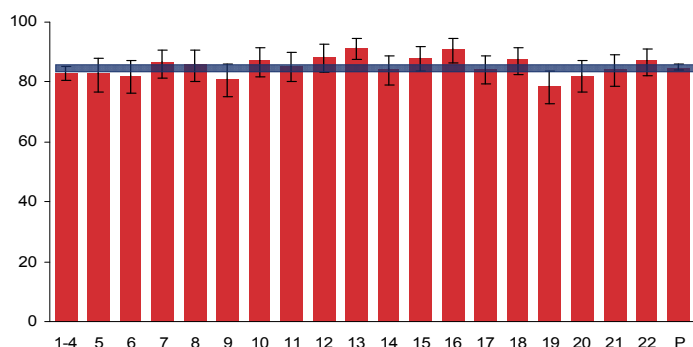
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	87,1 % (IC95%: 82,0 % 91,2 %)
Classi di età	
18 - 34	85,2
35 - 49	86,4
50 - 69	88,9
Sesso	
M	87,5
F	86,7
Istruzione*	
bassa	88,3
alta	86,2
Reddito**	
si	86,8
no	87,3

- Nella ASL 22, l'87% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 7% più di 2 anni fa. Il restante 6% non ricorda o non l'ha avuta.
- Il controllo nella pressione negli ultimi due anni risulta più diffuso nelle classi di età più avanzate, negli uomini e in coloro che hanno un livello di istruzione elevato.
- Tra le ASL della Regione Piemonte, presentano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni il range va dal 79% della ASL 19 al 94% della ASL 16.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%.

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea
**"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL 22 il 24% degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (41,7%).

Ipertesi ASL 22 (n = 225) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche		Ipertesi (%)
Totale		24,1 (IC95%: 18,5 % - 30,4 %)
Età		
	18 - 34	10,4
	35 - 49	14,1
	50 - 69	40,7
Sesso		
	M	23,8
	F	24,3
Istruzione*		
	bassa	29,1
	alta	20,0
Difficoltà economiche **		
	sì	21,2
	no	25,9

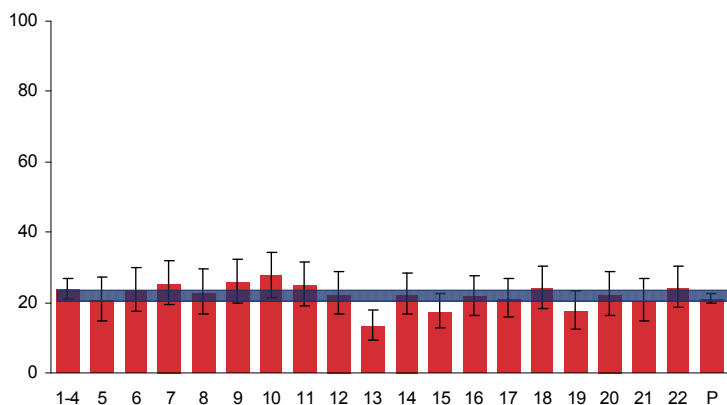
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;
istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL della Regione Piemonte, è presente una differenza significativa per quanto concerne la percentuale di ipertesi: il range va dal 14% della ASL 13 al 29% della ASL 10.
- A livello nazionale la diagnosi di ipertensione è riferita dal 22% del pool PASSI.

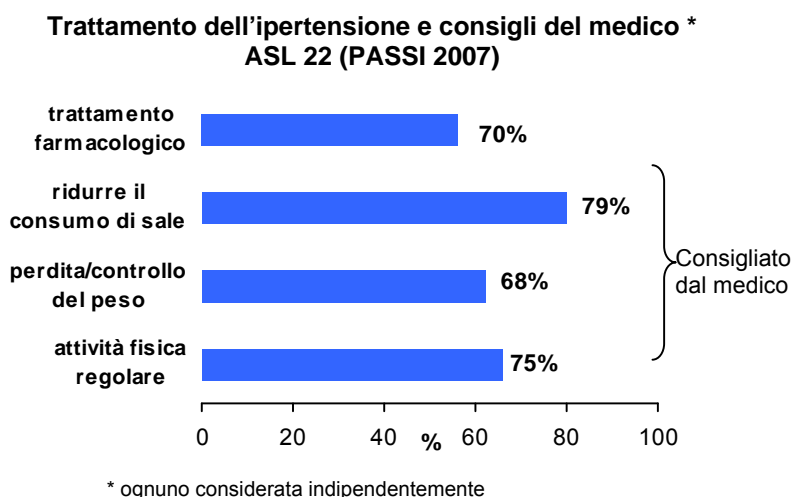
Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

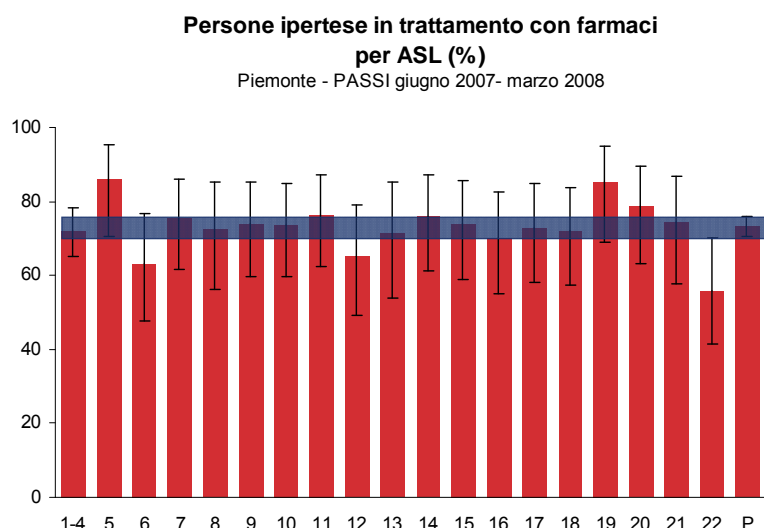


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il 56% degli ipertesi nella ASL 22 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (80%), ridurre o mantenere il peso corporeo (62%) e svolgere regolare attività fisica (66%).



- Tra le ASL della Regione Piemonte, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati il range va dal 54% della ASL 22 al 83% della ASL 20. A livello Nazionale tra ASL partecipanti la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è del 71%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 si stima che sia iperteso circa il 21% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 37% degli ultracinquantenni e circa il 6% 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?

Colesterolo misurato almeno una volta ASL 22 (n = 225) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	83,1% (IC95%: 77,6% 87,8%)
Classi di età	
18 - 34	63,0
35 - 49	82,7
50 - 69	95,6
Sesso	
M	81,3
F	85,0
Istruzione*	
bassa	87,2
alta	80,0
Difficoltà economiche**	
sì	82,1
no	83,9

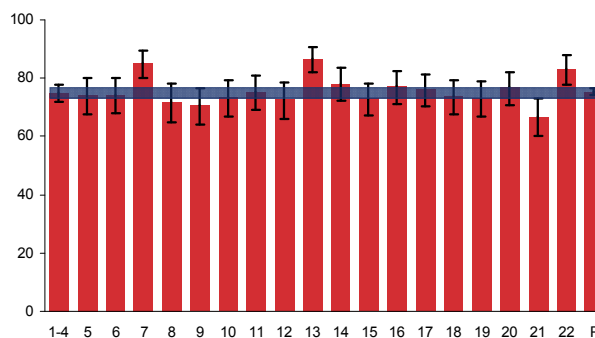
- Nella ASL 22 l'83,1% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 58,7% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 14,2 % tra 1 e 2 anni fa, il 10,2 % più di 2 anni fa, mentre il 16,9 % non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 63% nella classe 18-34 anni al 95,6 % nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito.
- Tra le ASL della Regione Piemonte, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo il range va dal 66% della ASL 21 all'85% della ASL 7 che insieme alla ASL 13 si differenzia significativamente dal valore Regionale.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 32,1% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione che è un dato statisticamente significativo.

Ipercolesterolemia riferita ASL 22 (n = 225) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)
Totale	32,1 (IC95%: 25,5 % - 39,3 %)
Età	
18 - 34	17,6
35 - 49	19,4
50 - 69	47,7
Sesso	
M	37,4
F	27,1
Istruzione*	
bassa	41,5
alta	24,0
Difficoltà economiche**	
sì	32,2
no	31,3

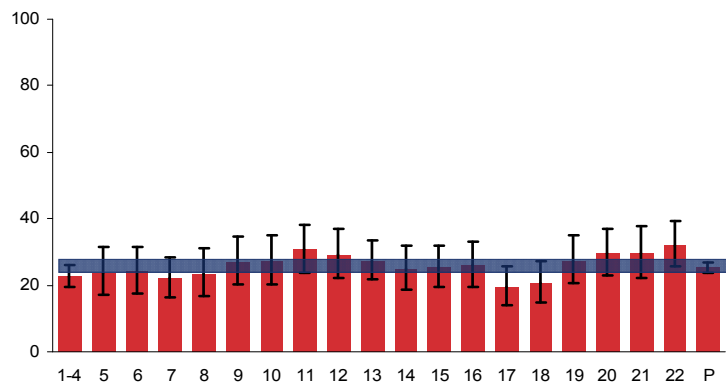
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL della Regione Piemonte, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia il range va dal 18% della ASL 17 al 32% della ASL 22.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia è pari all'25%.

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

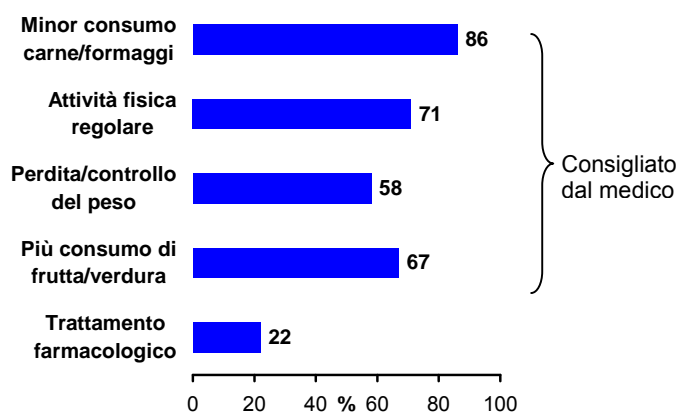
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 22% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L' 86% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 67% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 58% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 71% di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico¹ ASL 22 - PASSI 2007

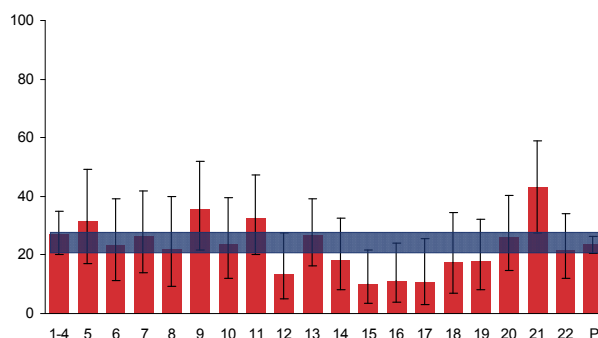


* considerati indipendentemente

- Tra le ASL della Regione Piemonte, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati il range va dal 9 % della ASL 12 e 17 al 52% della ASL 21 .

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 17 % della popolazione di 18-69 anni non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, poco meno di un terzo dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa percentuale raggiunge quasi il 50% nella fascia degli ultracinquantenni.

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

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

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

- Nella ASL 22 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 4,5 %.

- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare e negli uomini. Quest'ultimo dato è statisticamente significativo.

- Tra le ASL della Regione Piemonte, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare il range va dal 1 % della ASL 9 e 15 al 14% della ASL 11.

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

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL 22 (n = 225) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	4,5 (IC95%: 1,8 % - 9,0 %)
Classi di età	
35 - 49	0
50 - 69	9
Sesso	
M	7,8
F	1,3
Istruzione*	
bassa	7,2
alta	2,3
Difficoltà economiche**	
basso	2,3
alto	7,5
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	5,7
no	0

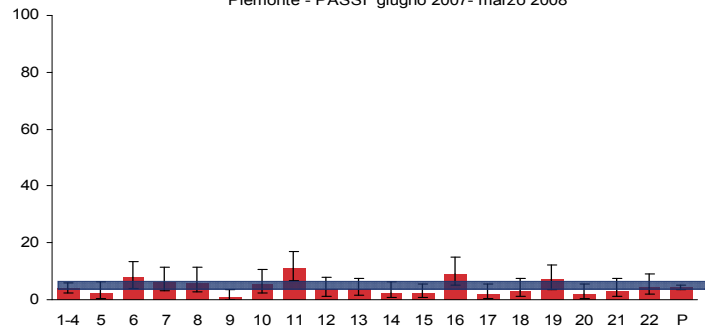
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ASL 22.

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 con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore 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 (1). 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 (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

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

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

- Nella ASL 22 il 4,7% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL 22 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne 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. Risulta significativa l'associazione con il livello di istruzione.
- Nelle ASL della Regione Piemonte, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa con un range che va dal 2% della ASL 16 al 15% della ASL 8.

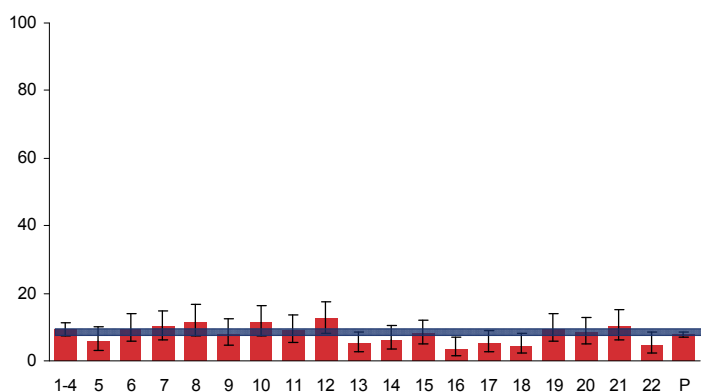
Sintomi di depressione ASL 22 - PASSI 2007 (n = 225)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	4,7 (IC95%: 2,3 – 8,5)
Classi di età	
18-34	1,9
35 - 49	2,7
50 - 69	8,3
Sesso	
uomini	3,9
donne	5,6
Istruzione*	
bassa	8,9
alta	1,7
Difficoltà economiche	
sì	6,9
no	2,7
Stato lavorativo	
Lavora	3,3
Non lavora	6,7
Malattie croniche	
Almeno una	10,8
Nessuna	3,4

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

A livello Nazionale il 9% degli intervistati riferisce di avere sintomi di depressione nelle ultime due settimane.

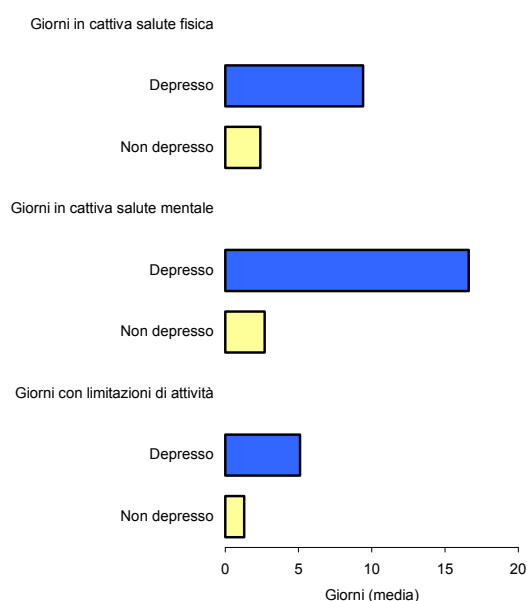
Persone che hanno riferito entrambi i sintomi per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

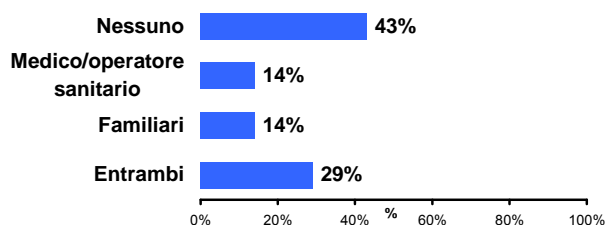
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 20% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono”, versus il 66% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL 22 – PASSI 2007

- Nella ASL 22 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 57 %.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, il 43 % non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 14 %.



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati di PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. Nella ASL 22 la sindrome depressiva sembra essere associata inoltre a livello di istruzione basso, visto che questo dato è significativo.

I risultati evidenziano che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi ancora significativa la parte del bisogno non trattato. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali “sfide” dei Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 370 morti, senza contare gli oltre 1700 decessi per carcinoma dell'utero a sede non specificata.

Nella Regione Piemonte il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1998-2002 è stato di 13/100.000 donne residenti; nel 2002 si stimano 329 nuovi casi.

La mortalità per questa causa è in diminuzione; in Piemonte nel 2005 i decessi attribuibili sono stati 253 e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 59%.

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 2006 in Italia il 69% delle donne risiede in un territorio dove è attivo un programma di screening e la diffusione dei programmi sta aumentando e diventando più uniforme a livello nazionale.

In Piemonte il programma di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero è partito nel 1992 a Torino e si è esteso a tutto il territorio regionale dal 1996; nel 2006 l'83% delle donne tra 25 e 64 anni ha ricevuto un invito a partecipare allo screening organizzato.

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

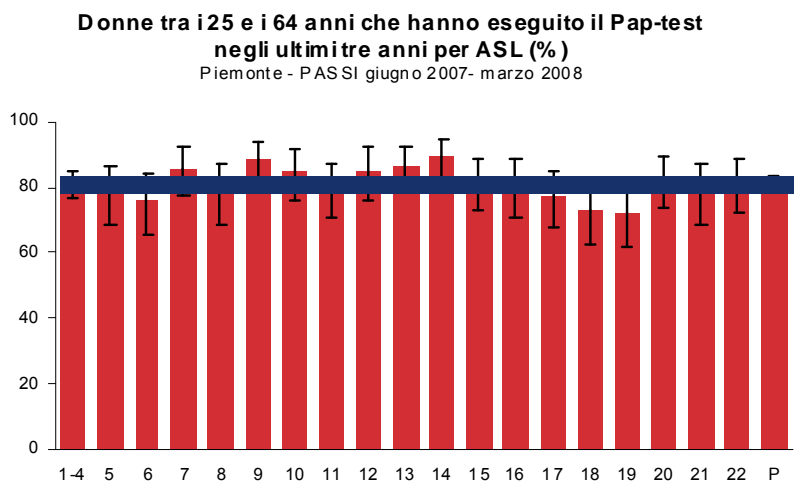
- Nella ASL 22 circa l'82% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap-test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 50-64 anni, con un livello di istruzione basso e con difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL 22 - PASSI 2007 (n= 92)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	81,5 (IC95%:72,1-88,9)
Classi di età	
25 - 34	72,2
35 - 49	81,0
50 - 64	87,5
Stato civile	
coniugata	86,4
non coniugata	69,2
Convivenza	
convivente	85,3
non convivente	70,8
Istruzione**	
bassa	82,1
alta	81,1
Difficoltà economiche	
sì	84,6
no	77,5

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

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

- Tra le ASL della Regione Piemonte la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è generalmente alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 71% dell'ASL 18 all'88% delle ASL 7 e 9). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale



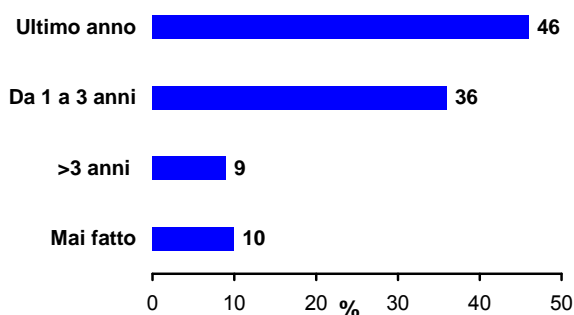
- Tra le ASL che partecipano al sistema di sorveglianza a livello nazionale la percentuale di donne intervistate tra 25 e 64 anni che riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è del 73%.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Pap test e periodicità*
ASL 22 - PASSI 2007 (n= 92)

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

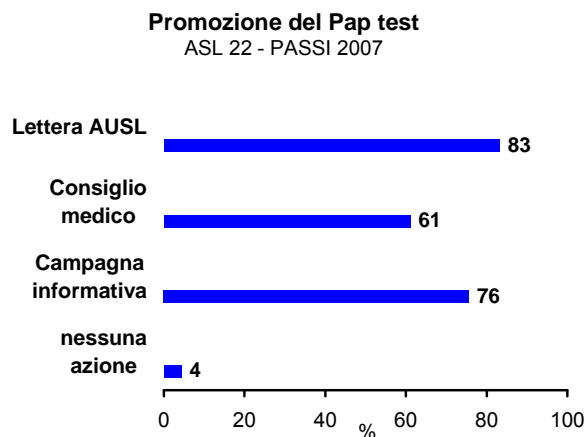
- il 45,7% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 35,9% da uno a tre anni
 - il 8,7% da più di tre anni.
- Il 9,8% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



* 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?

- Nella ASL 22:
 - l'83,3% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 75,6% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 61,1% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

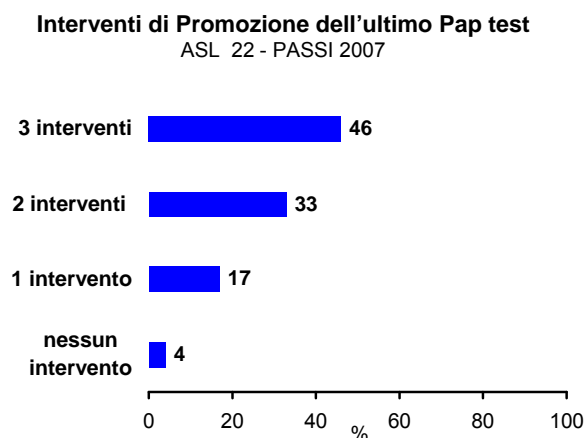


* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

Nelle ASL della Regione Piemonte anche se i dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali, tra le ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità nell'aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL (range dal 52% dell'ASL 14 al 94% dell'ASL 15), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 48% dell'ASL 18 al 77% dell'ASL 13) e di aver visto o sentito una campagna informativa (range 51% dell'ASL 1 al 85% dell'ASL 9)

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale nel 2007 il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

- Il 45,6% 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 33,3% due interventi di promozione, il 16,7% uno solo.
- Solo il 4,4% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

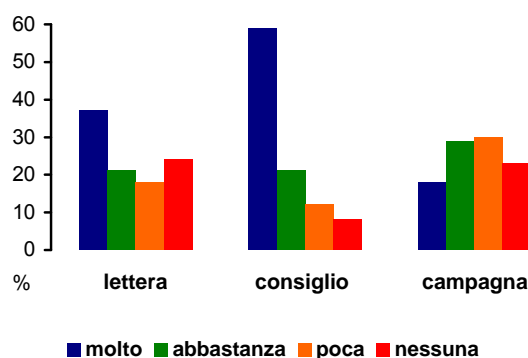


Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- Nella ASL 22 il 58,2% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (37,3% molta e 20,9% abbastanza), mentre il 17,9% poca influenza sulla scelta e ben il 23,9% nessuna; tra le ASL della regione Piemonte non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva il range va dal 54% della ASL 14 al 86% della ASL 7.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test

ASL 22 - PASSI 2007



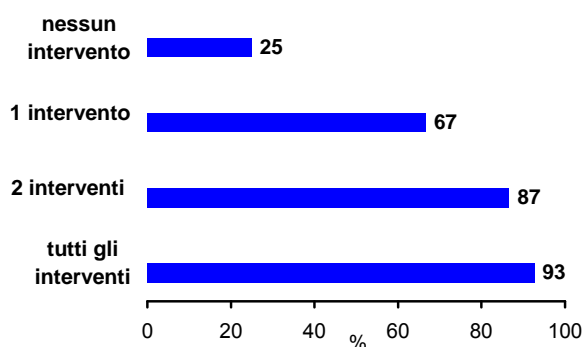
- Il 80,4% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (58,6% molta e 21,6% abbastanza), mentre il 11,8% poca influenza sulla scelta ed il 7,8% nessuna; tra le ASL della regione Piemonte non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva il range va dal 65% della ASL18 al 97% della ASL 9.
- Il 46,5% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (17,9% molta e 28,6% abbastanza), mentre il 30,4% poca influenza sulla scelta ed il 23,2% nessuna; tra le ASL della regione Piemonte emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva il range dal 41% della ASL 14 all' 80% della ASL 9.
- Tra le Asl partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ASL, il 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ASL 22 solo il 25% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'66,7% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'86,7% con due interventi e al 92,7% con tutti e tre gli interventi.

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

ASL 22 - PASSI 2007

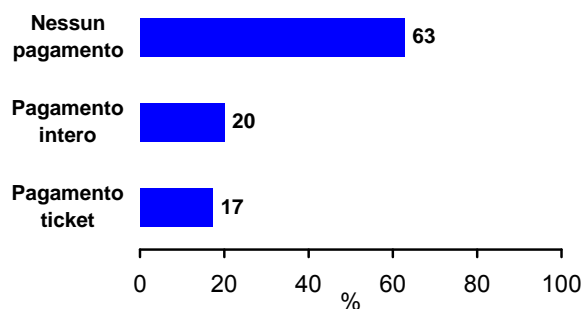


Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASL 22 il 62,7% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 17,3% ha pagato solamente il ticket e il 20% ha pagato l'intero costo dell'esame.

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

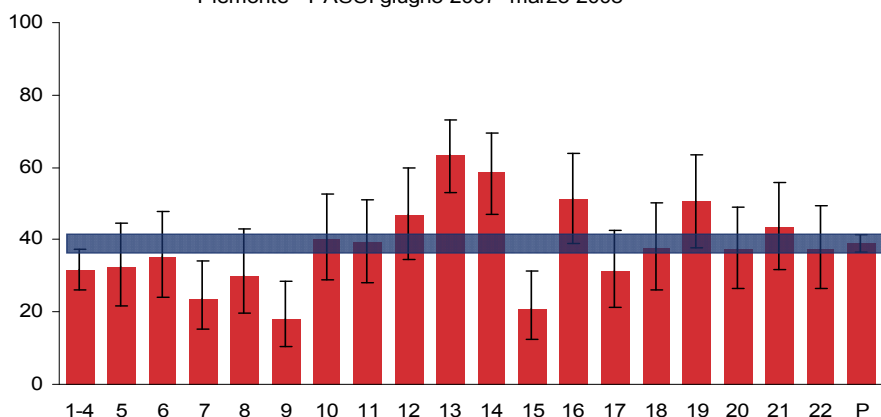
Costi del Pap test per le pazienti
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 75)



- Nelle ASL della Regione Piemonte si rileva una ampia variabilità con differenze anche significative 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 il range va dal 17% della ASL 15 al 65% della ASL13. occorre ricordare che i dati così espressi vanno considerati con cautela a causa della scarsa numerosità dei campioni aziendali. A livello nazionale tra le ASL partecipanti alla sorveglianza le donne che hanno riferito di avere effettuato un pagamento per eseguire il Pap-test sono risultate il 51%.

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

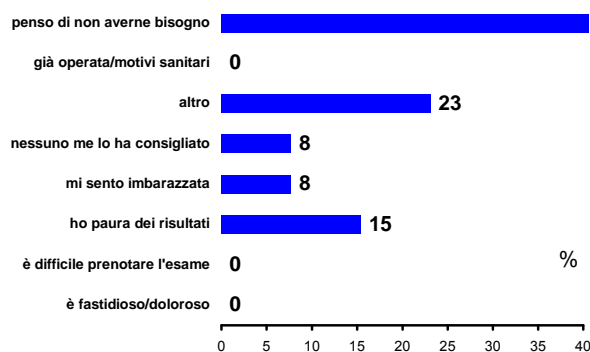
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ASL 22 il 9,8% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed l'8,7% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 46,2%
 - "altro" 23,1%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 7,7%
 - "mi sento imbarazzata" 7,7%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 15,4%
- Il 23,5% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ASL 22 - PASSI 2007 (n = 92*)



* in questo grafico sono esclusi dall'analisi i non so/non ricordo

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 22 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (82%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (63%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (37%). A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI e ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenti una significativa conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa.

Anche il fatto che il Pap-test a scopo preventivo risulti eseguito nel corso dell'ultimo anno dal 44% delle donne intervistate, contro un atteso teorico del 33%, indica una attività svolta con frequenza superiore a quella del Programma Regionale di Screening.

Le azioni di promozione di questa attività sembrano molto diffuse avendo raggiunto il 95% delle intervistate; la probabilità di effettuare lo screening aumenta all'aumentare del numero di interventi ricevuti e fra gli interventi il consiglio del medico rappresenta il messaggio più convincente.

Il 18,5% delle donne non si è controllata nei tempi indicati dallo screening ed il motivo prevalente risulta la convinzione di non averne bisogno ma anche la paura dei risultati.

Nonostante perciò i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti.

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.

Si stima che nel 2002 nella Regione Piemonte siano stati diagnosticati circa 3.000 nuovi casi. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 86%.

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. Nel 2006 in Italia il 78% delle donne tra 50-69 risulta teoricamente inserito in un programma di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie della mammella ma quelle che hanno ricevuto una lettera di invito per l'effettuazione della mammografia preventiva sono state circa il 50%.

In Piemonte il programma di screening è stato attivato nel 1992 a Torino ed esteso a tutto il territorio regionale a partire dal 1996 e prevede l'invito per l'esecuzione di una mammografia ogni due anni alle donne tra i 50 e 69 anni. Nel 2006 le donne effettivamente invitate risultano il 70 % di tutte quelle aventi diritto. Nel programma di screening vengono anche inserite con controlli annuali le donne tra i 45 e 50 anni di età che ne fanno richiesta.

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

- Nella ASL 22 circa il 79,5% 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 raccomandato dalle linee guida.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra che l'esame viene eseguito di più tra le donne senza molte difficoltà economiche, istruite e coniugate oppure non sole.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44,7 anni, più alta rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 62,9% delle donne ha riferito di aver

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL 22- PASSI 2007 (n = 44)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	79,5 (IC95%: 64,7 - 90,2)
Classi di età	
50- 59	95,7
60 -69	61,9
Stato civile	
coniugata	83,3
non coniugata	62,5
Convivenza	
convivente	82,9
non convivente	66,7
Istruzione**	
bassa	77,4
alta	84,6
Difficoltà economiche	
sì	84,0
no	73,7

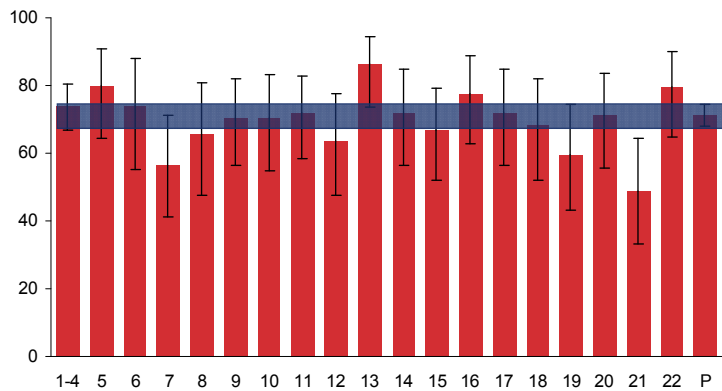
* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 40 anni).

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

- Nelle ASL della Regione Piemonte, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative il range va dal 84% della ASL 5 al 40 % della ASL 21 che è l'unica ASL a far registrare un valore significativamente inferiore alla media regionale.

Donne tra i 50 e i 69 anni che hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



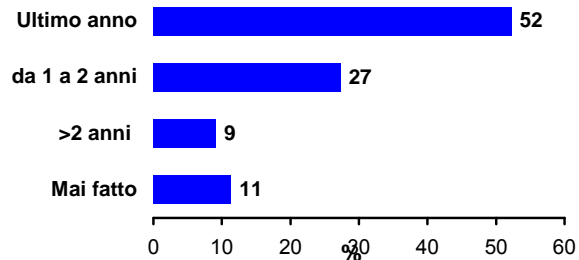
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68 % delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 52,3% ha riferito di averla effettuata nell'ultimo anno
- il 27,3% da uno a due anni prima
- il 9,1% più di due anni prima.
- L'11,4 % non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.

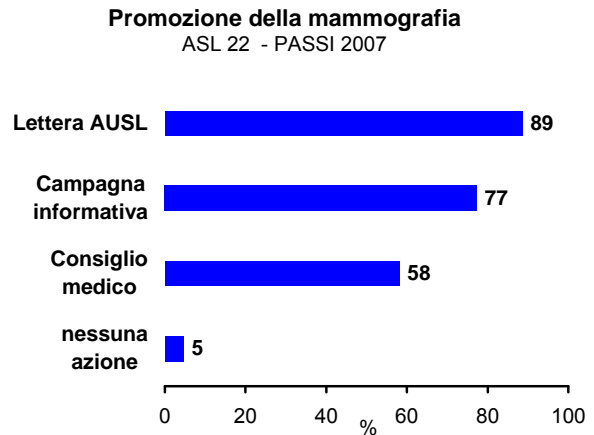
Mammografia e periodicità*
ASL 22 - PASSI 2007 (n =44)



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

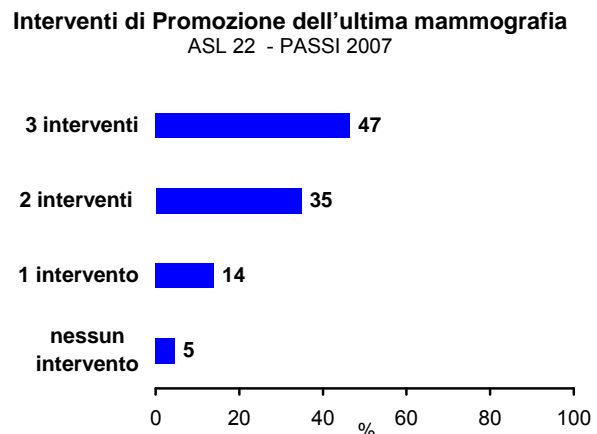
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL 22:
 - l'88,6% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL;
 - il 77,3 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 58,1% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia;
 - le donne che non hanno avuto nessun intervento sono il 4,7%;
 - tre informazioni sono giunte al 46,5% delle donne intervistate.



- Nelle ASL della Regione Piemonte si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la lettera il range va dal 40% della ASL 21 al 97% della ASL 9, il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 40% della ASL 21 al 85% della ASL 13 e aver visto o sentito una campagna informativa il range va dal 57% della ASL 21 al 93% della ASL 7.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto una campagna informativa.

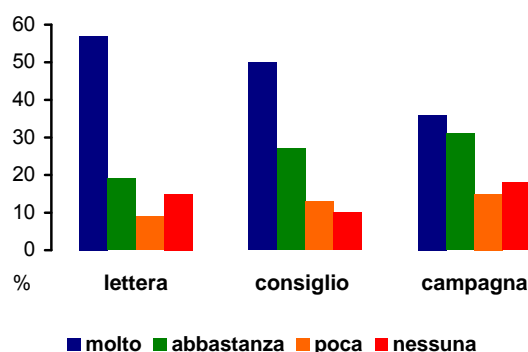
- Il 46,5% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 34,9% due interventi di promozione, il 14% uno solo.
- Solo il 4,7% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ASL 22 il 60,6% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (48,5% molta e 12,1% abbastanza), mentre il 18,2% poca influenza sulla scelta ed il 21,2% nessuna; tra le 11 ASL della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva il range va dal 50% della ASL 12 e 15 al 100% della ASL 21.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL 22 - PASSI 2007

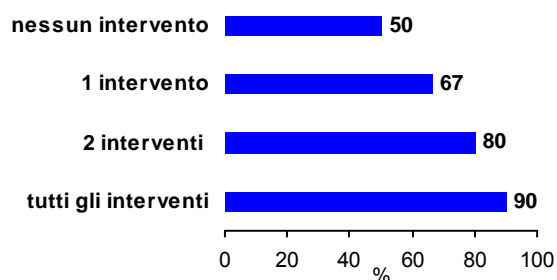


- Nella ASL 22 l'95,2% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (71,4% molta e 23,8% abbastanza), mentre il 4,8% nessuna; tra le ASL della regione Piemonte emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva il range va dal 50% della ASL 12 e 15 al 100% della ASL 21).
- Il 67% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (21,4% molta e 53,6% abbastanza), mentre il 17,9% poca influenza sulla scelta ed il 7,1% nessuna; tra le ASL della regione Piemonte emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva il range va dal 50 % della ASL 15 al 100% della ASL 21.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASL 22 solo il 50% delle donne di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 66,7% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'80% con due interventi e all'90% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le Asl partecipanti a livello regionale queste percentuali sono rispettivamente del 32%, 56%, 74% e 80%.

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

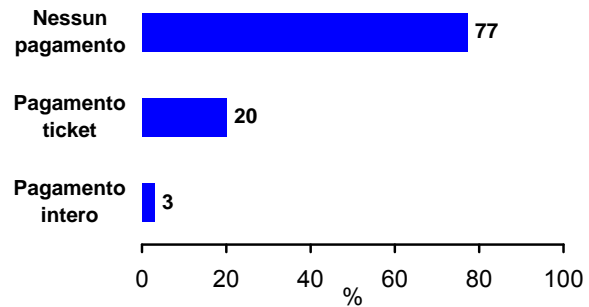


ASL 22 - PASSI 2007

Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL 22 l'77,1% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 20% ha pagato solamente il ticket e il 2,9% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

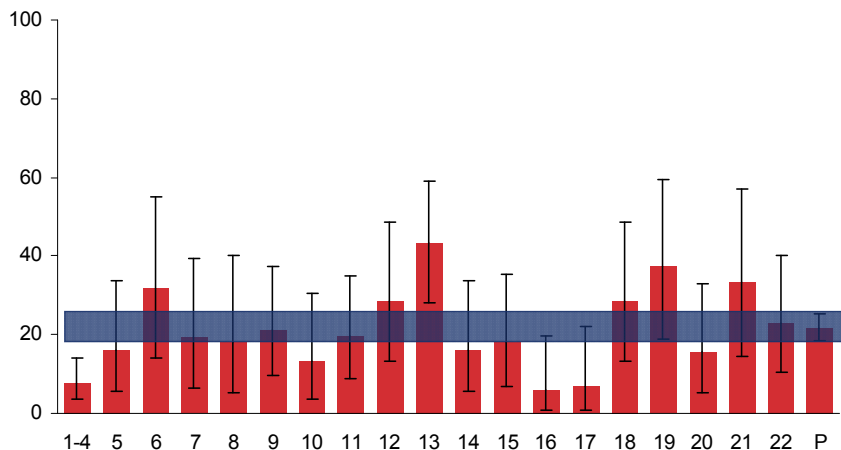
Costi della mammografia per le pazienti
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 35)



- Nelle ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening il range va dal 5% della ASL 16 al 44% della ASL 16.

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

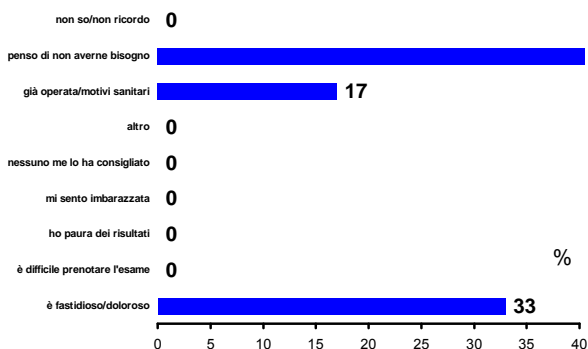
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL 22 l'11,4% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e l'9,1% di averla effettuata oltre i 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 50% (cioè 3 donne)
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 16,7% (n° 1 donna)
 - "è fastidioso/doloroso" 33,3% (n° 2 donne)
- Una donna, che non ha 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
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 6*)



* in questo grafico sono esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

Pur essendo i numeri assoluti di dimensioni molto modeste e quindi non in grado di permettere delle inferenze, tuttavia è possibile proporre la seguente descrizione della nostra realtà.

Nella ASL 22 la percentuale di donne 50-69 anni che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio.

Risulta infatti elevata la percentuale di donne (79,5%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei Programmi Regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata al di fuori dello screening Prevenzione Serena.

La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del Programma Regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una discreta qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia, che è di 45 anni, indica un ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle Linee Guida internazionali e suggerisce azioni volte a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni.

La necessità di estendere ulteriormente lo screening si evidenzia dall'osservazione che in età target l'11,4% non ha mai eseguito questo intervento di prevenzione e il 4,7% dichiara di non aver mai ricevuto alcun intervento di promozione per la sua esecuzione.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

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

Nella Regione Piemonte si stimano circa 3.600 nuovi casi all'anno. Queste neoplasie sono responsabili dell'11% dei decessi per tumore, pari a 1.510 morti annui nel periodo 1998- 2002. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 55%. La prevalenza stimata è 576,2 per 100.000 nel sesso maschile e 544,5 per 100000 nel sesso femminile.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Nella Regione Piemonte lo screening per le neoplasie del colonretto, avviato nel 2003 all'interno del Programma "Prevenzione Serena" prevede una flessosigmoidoscopia a ni e la ricerca del sangue occulto ogni 2 anni tra i 59 e i 69 anni di età a coloro che non rientrano nell'offerta precedente.

I programmi di screening per le neoplasie del colon-retto non sono ancora stati attivati su tutto il territorio regionale, ma sono in fase di implementazione.

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

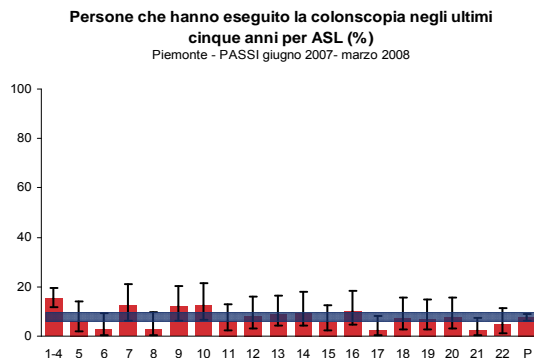
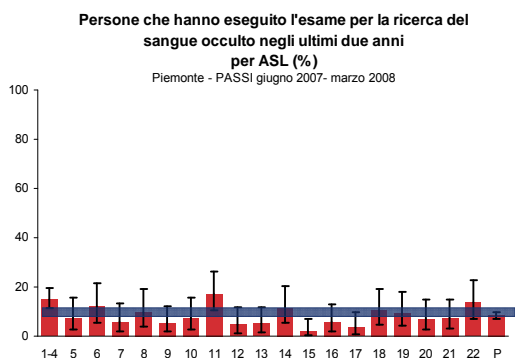
- Nella ASL 22 il 18,2% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 13,6% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 4,7% riferisce aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata indica una maggior prevalenza nella classe 60-69 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida		
Colon-retto (50-69 anni)		
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 88)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	13,6% (IC95% 7,2-22,6)	4,7 (IC95% 1,3-11,5)
Classi di età		
50 - 59	10,2	2,1
60 - 69	17,9	7,9
Sesso		
uomini	13,0	2,3
donne	14,3	7,1
Istruzione		
bassa	15,8	3,6
alta	10,0	3,3
Difficoltà economiche		
si	11,9	7,1
no	15,6	0,0

- Nella Regione, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del

sangue occulto negli ultimi 2 anni mostra differenze tra le varie realtà con range dal 2% della ASL 15 al 17% della 11.

- Considerazioni analoghe nella nostra Regione si offrono per la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni: in questo caso il range va dal 2% della ASL 8 e 17 e 21 al 15% della ASL 1-4.



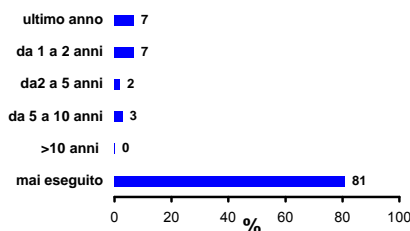
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

Quando è stato effettuato l'ultimo esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali

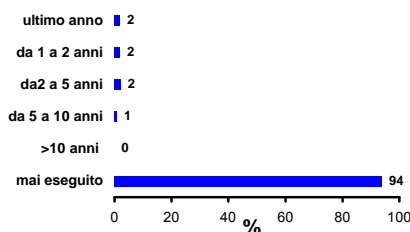
Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- Il 6,8% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 6,8% da uno a due anni
- il 5,7% da più di tre anni
- Il 80,7% non ha mai eseguito il test.

Sangue occulto e periodicità*
ASL 22 - PASSI 2007 (n=88)



Colonscopia e periodicità*
ASL 22 - PASSI 2007 (n = 86)

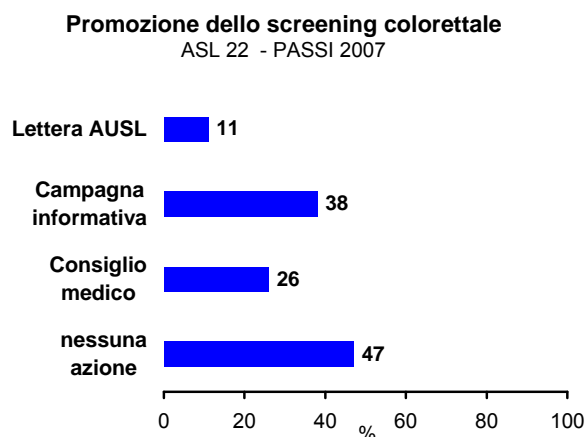


Rispetto alla colonscopia:

- il 2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 2% da uno a cinque anni
- il 1% da sei o più anni
- il 94% mai eseguito

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

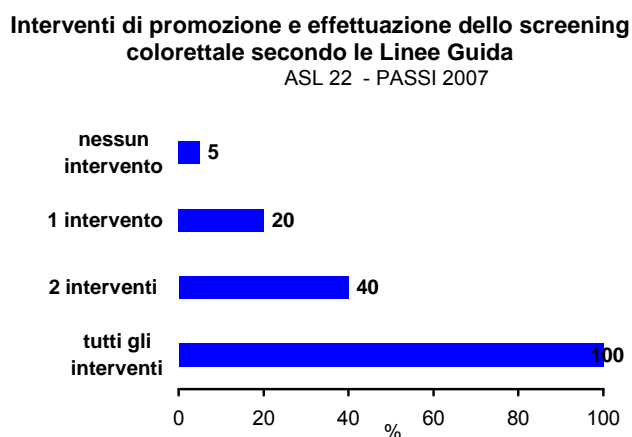
- Nella ASL 22:
 - il 11 % delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 26 % ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
 - il 38 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 47% riferisce di non aver mai ricevuto nessuna azione di promozione



- Nelle ASL della Regione Piemonte si rilevano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colon-rettale oppure il consiglio dell'operatore sanitario o aver sentito la campagna di invito, ma questo dato rispetta l'avvio parziale della campagna nella nostra Regione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.
- Nella ASL 22 è stata lanciata recentemente la campagna di screening coloretale.

Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

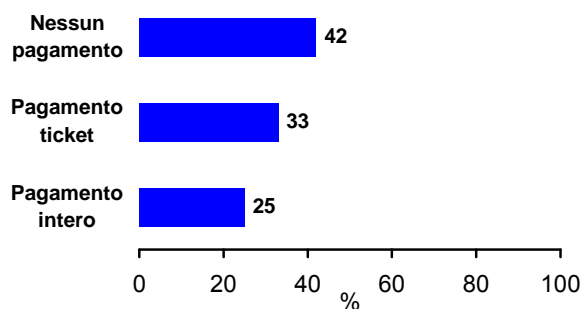
- Nella ASL 22 solo il 5 % delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 20% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 40% con due interventi e al 100% con tutti e tre gli interventi.



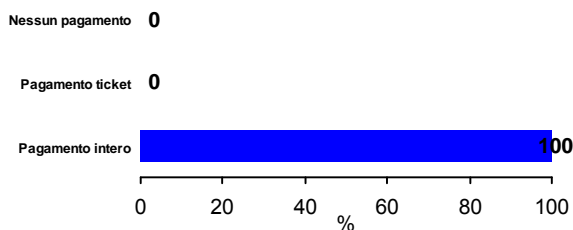
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL 22 il 42% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 33% ha pagato solamente il ticket e l'25% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 100% ha effettuato il pagamento per intero dell'esame.
Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami o all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della ricerca di sangue occulto
ASL 22 - PASSI 2007 (n= 88)



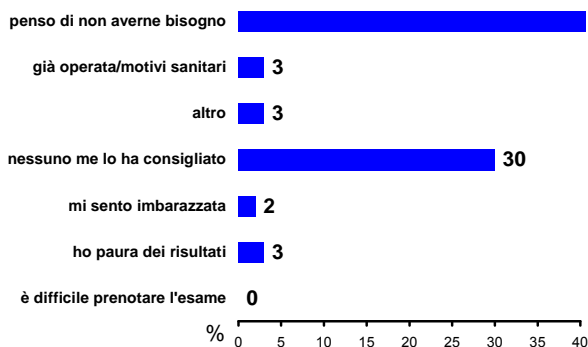
Costi della colonscopia
ASL 22 - PASSI 2007 (n=88)



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

- Nella ASL 22 il 74% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
 - “penso di non averne bisogno” 56%
 - “altro” 3%
 - “nessuno me lo ha consigliato” 30%
 - “ho paura dei risultati dell'esame” 3%
 - “sono già stata operata/per altri motivi sanitari” 3%
 - “mi sento imbarazzata” 2%
 - “è fastidioso/doloroso” 3%
- Il 4% delle persone ha risposto a questa domanda “non so/ non ricordo”.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida ASL 22 - PASSI 2007 (n=64)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le evidenze di efficacia dello screening del tumore per colon-retto nel ridurre la mortalità, nella ASL 22 sono ancora poche le persone tra i 50 e i 69 anni che si sottopongono ad esso a scopo preventivo e cioè il 20%.

I programmi di offerta attiva sono stati recentemente implementati nella nostra realtà e come per gli altri screening oncologici organizzati a livello regionale la promozione dei test per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto prevede oltre all'invito scritto a tutti i partecipanti la realizzazione di campagne formative ed interventi congiunti con i medici di medicina generale e con gli altri operatori del sistema sanitario.

Attualmente il 30% delle persone che non ha effettuato lo screening dichiara di non averlo effettuato perché nessuno glielo ha consigliato.

Pur essendo i numeri assoluti di dimensioni molto modeste e quindi non in grado di permettere delle inferenze, tuttavia è possibile proporre la seguente descrizione della nostra realtà.

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.
17. 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.
18. 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.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.

22. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
27. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai-Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;3:1-2.
32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI. 2007;3:3-4. Rapporti ISTISAN 07/30
33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7-8.
34. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR-13).
38. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>; 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.
42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79-85.
43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235-9.
44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; 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.osservatorionazionalecreening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.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_attiva2004_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. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, *JAMA*. 2003;289:2913–6.
65. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793
66. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 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 multiscope 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 multiscope 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, Keinänen–Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto “De Juventute”, 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– *Alcolgia* 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, Modiglioni 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”. *Inserito 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 – II rapporto)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20(1–18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.

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, Iacone 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.* 1992;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. Carozzi 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.