

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale
Periodo giugno 2007 – marzo 2008

ASL 17

Fossano-Saluzzo-Savigliano



A cura di:

Angelo Repossi
Coordinatore aziendale PASSI ex ASL 17
Dipartimento di Prevenzione - Struttura Semplice di Epidemiologia

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); Pirus Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia 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:

Intervistatrici:

Antonella Balestra – Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Mariangela Barale, Marina Cerrato – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
MariaTeresa Becchio , Lorena Eandi. – Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro

Supporto amministrativo :

Anna Bongiovanni - Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell' ASL e i Medici di Medicina Generale per la collaborazione fornita.

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

Indice

Premessa	pag. 3
Obiettivi	pag. 5
Metodi	pag. 8
Descrizione del campione aziendale	pag. 10
Percezione dello stato di salute	pag. 14
Attività fisica	pag. 17
Abitudine al fumo	pag. 21
Situazione nutrizionale	pag. 27
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag. 33
Consumo di alcol	pag. 35
Sicurezza stradale	pag. 40
Infortuni domestici	pag. 43
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 48
Vaccinazione antirosolia	pag. 50
Rischio cardiovascolare	pag. 52
Sintomi di depressione	pag. 62
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag. 65
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag. 71
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag. 77
Sintesi del rapporto aziendale	pag. 82

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 17, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 112.562 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.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, sono state effettuate 3262 interviste. I dati regionali riguardano quindi la totalità delle ASL del territorio piemontese. Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 21.996 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale, denominato "pool PASSI", riguarda i territori coperti in maniera sufficiente, per numerosità e rappresentatività dei campioni, dal sistema di sorveglianza. Di conseguenza, oltre a Lombardia e Calabria, anche la Sardegna e alcune province sono state escluse dal pool per limitata numerosità delle interviste.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica durante tutto l'anno 2007 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 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% solo per la variabile principale.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 22 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da circa 112.500 residenti, di età compresa tra 18 e 69 anni, iscritti dall' 1/1/2007 nelle liste dell' anagrafe sanitaria della ASL 17 di Fossano-Saluzzo-Savigliano. Nel periodo tra giugno 2007 – marzo 2008 sono state intervistate 250 persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalla popolazione degli iscritti alla anagrafe sanitaria dell' ASL 17.

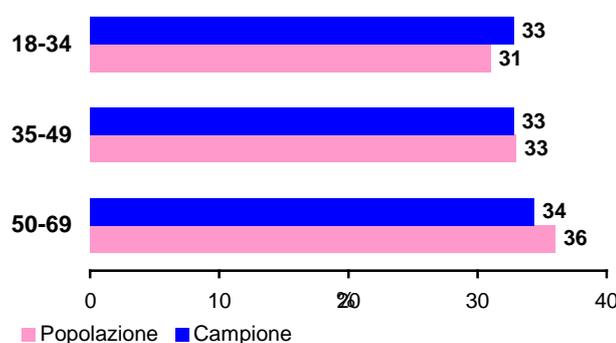
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'84% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente (tasso di risposta ¹); il tasso di sostituzione ² è stato quindi del 16%, con un tasso di rifiuto ³ dell' 11%.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

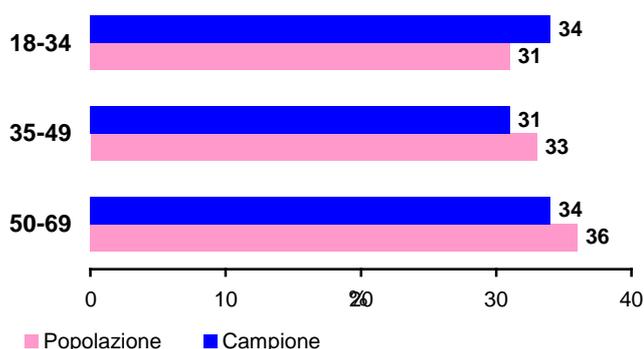
L'età e il sesso

- Nella ASL 17 il 50% del campione intervistato (250 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 43 anni.
- Il 34% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 32% in quella 35-49 e il 34% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL 17 (n=250)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL17 (n=250)



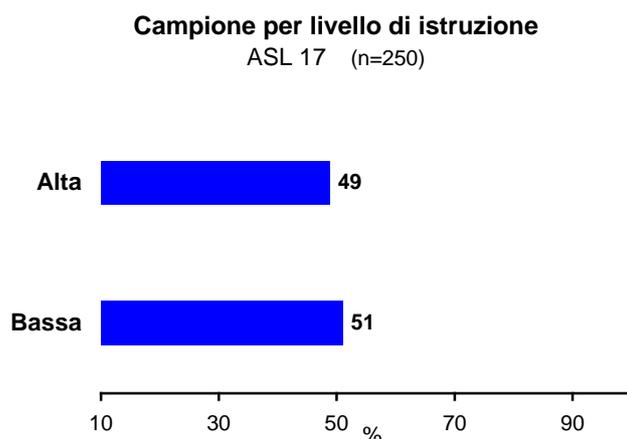
¹ Tasso di risposta = numero di interviste / (numero di interviste+ rifiuti + non reperibili)

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

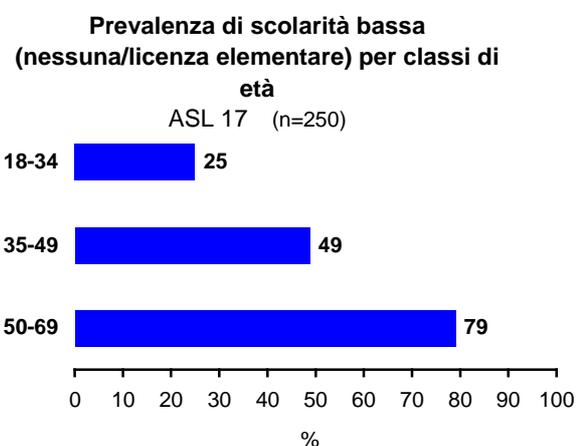
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti / (numero di interviste + rifiuti + non reperibili)

Il titolo di studio

- Nella ASL 17 il 51% del campione ha la licenza elementare o la licenza media inferiore, il 49% la licenza media superiore o è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più elevato degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.

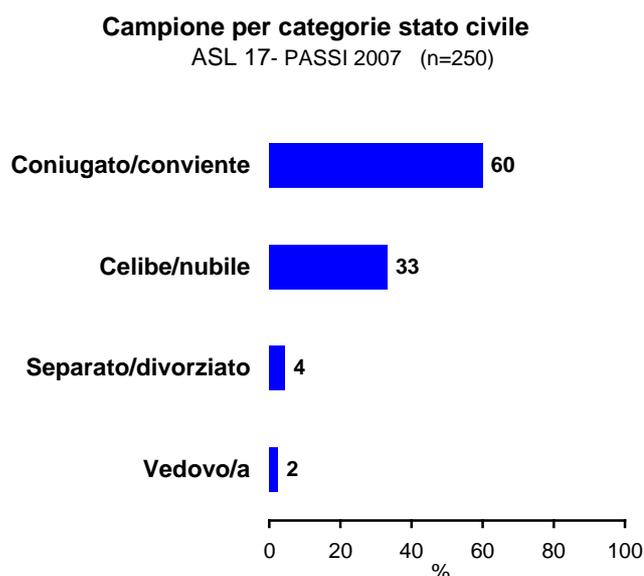


- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



Lo stato civile

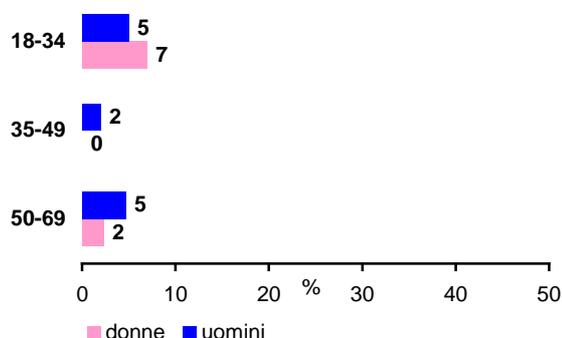
- Nella ASL 17 i coniugati/conviventi rappresentano il 60% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 4% ed i vedovi il 2%.



Cittadinanza

- Nella ASL 17 il 96% del campione intervistato è italiano, il 4% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, ad esempio solo il 4% dei 50-69 anni sono stranieri. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

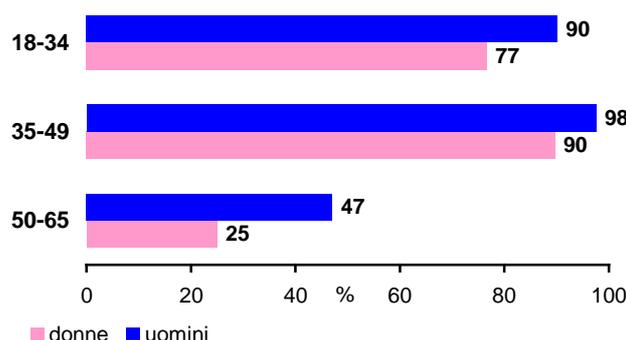
% di stranieri per sesso e classi di età
ASL 17



Il lavoro

- Nella ASL 17 il 73% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (65% contro 80%). Gli intervistati delle classi di età fra 18 e 34 anni e fra i 35 e 49 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini.

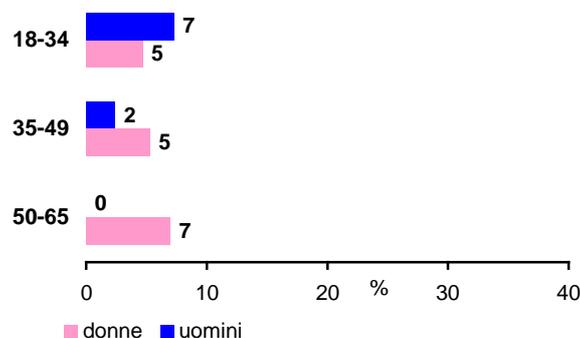
% di lavoratori regolari
per sesso e classi di età
ASL 17



Difficoltà economiche

- Nella ASL 17 il 4,4% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 27,7% qualche difficoltà, il 67,9% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (5,6% contro 3,2%), sono soprattutto le classi 35-49 e 50-65 anni che riferiscono molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASL 17 (n=250)



Conclusioni

Il campione tratto dall' anagrafe dell' ASL 17 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione.

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nell'ASL 17 il 68% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 30% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle ASL della Regione la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 59% della ASL 11 al 77% della ASL 16, che risulta significativamente maggiore del dato regionale.

Stato di salute percepito positivamente*

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

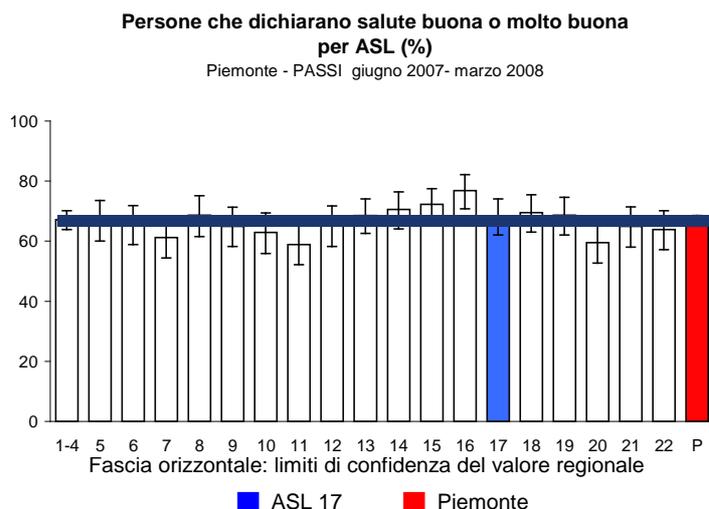
Caratteristiche	%
Totale	68,4 IC95%: 62,2-74,1)
Età	
18 - 34	84,5
35 - 49	75,0
50 - 69	46,5
Sesso	
uomini	73,6
donne	63,2
Istruzione**	
bassa	61,7
alta	75,4
Difficoltà economiche	
sì	53,8
no	75,1
Patologia severa***	
presente	34,8
assente	76,0

* 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

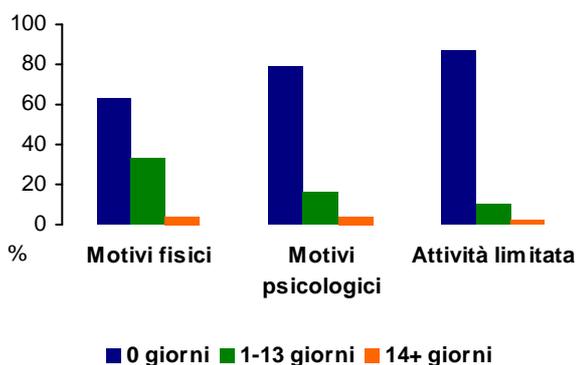
Dal pool delle 149 ASL che in Italia hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI, le persone che si dichiarano in salute buona o molto buona sono il 64,7%.



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

- Nella ASL 17 la maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (63% in buona salute fisica, 79% in buona salute psicologica e 87% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- il 4% degli intervistati ha riferito malessere fisico per più di 14 giorni in un mese, il 4% malessere psicologico e il 2% ha riferito di non aver potuto svolgere le abituali attività a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 2, mentre le attività abituali sono limitate per 1 giorno al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività. (sia pure in maniera statisticamente non significativa).

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Giorni in cattiva salute percepita
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

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

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

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

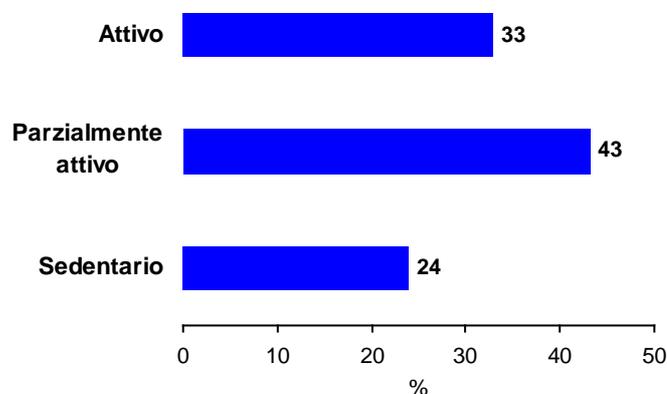
Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

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 17 il 32,8% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo.
- il 43,2% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo).
- il 24% è completamente sedentario.
- A livello di pool di ASL, in Italia il 32,6% della popolazione è attivo, il 38,8% parzialmente attivo e il 28,6% è sedentario.

Livello di attività fisica* (%)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



*

Attivo: persona che svolge un lavoro pesante oppure che aderisce alle Linee Guida

Parzialmente attivo: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non raggiunge il livello di attività raccomandato pur praticando qualche attività fisica

Sedentario: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non

Chi sono e quali caratteristiche hanno i sedentari?

- Nella ASL 17 la sedentarietà aumenta con l'aumentare dell'età, prevale nel sesso femminile, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Sedentari

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

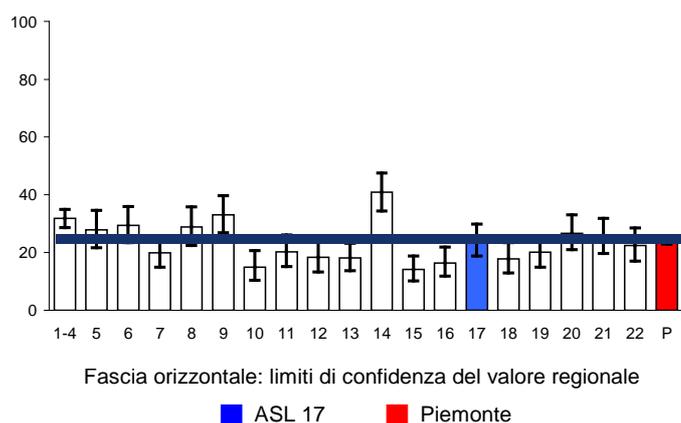
Caratteristiche	%
Totale	24,0 (IC95%: 18,8-29,8)
Classi di età	
18 - 34	21,4
35 - 49	23,8
50 - 69	26,7
Sesso	
uomini	15,2
donne	32,8
Istruzione*	
bassa	25,0
alta	23,0
Difficoltà economiche	
sì	30,0
no	21,3

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

Tra le ASL del Piemonte emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di sedentari. Il valore rilevato nell' ASL 17 è allineato ai valori medi riscontrati in Regione .

Sedentari per ASL (%)

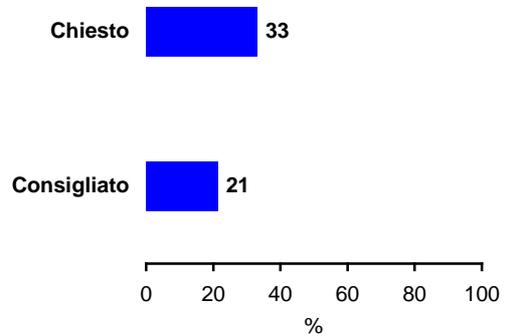
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

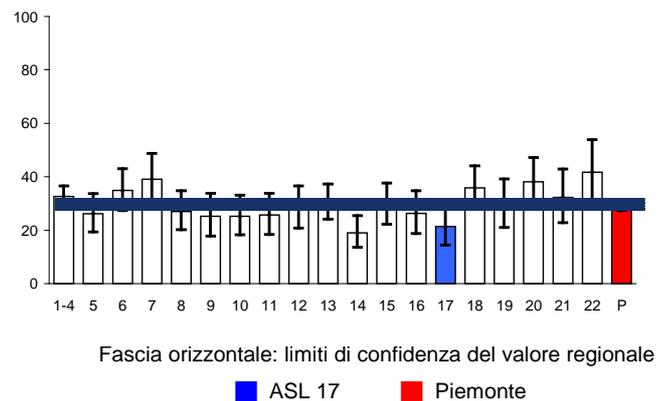
- Nella ASL 17 solo il 33,1% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 21,3% dei casi.
- In Piemonte il 32% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 29% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.
- Nel pool di ASL, in Italia il 32,5% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato ed il 29,5% ha consigliato di svolgere attività fisica regolare.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative, relativamente alla percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto consiglio dal medico di fare attività fisica regolare. I valori relativi all' ASL 17 si discostano da quelli regionali in misura prossima alla significatività statistica.

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



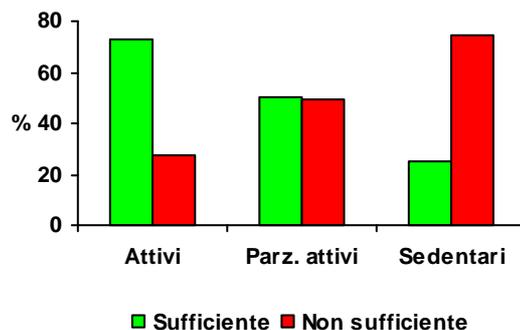
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nell' ASL 17 il 25,4% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

In Piemonte il 31% delle persone sedentarie ritiene che il livello della propria attività fisica sia sufficiente; tale percentuale è del 73% fra i soggetti attivi e del 48% fra i parzialmente attivi.

A livello di pool di ASL il 25,4% delle persone sedentarie ritiene che il livello della propria attività fisica sia sufficiente.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASL 17 la sorveglianza indica che solo un terzo (33%) della popolazione effettua un buon livello di attività fisica e che circa un quarto (24%) può essere considerato sedentario.

La sedentarietà interessa maggiormente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.

Ciò nonostante, solo in un terzo dei casi gli operatori sanitari si informano e consigliano di svolgere attività fisica ai loro pazienti; questo aspetto può e deve essere sicuramente migliorato in quanto una percezione non corretta della propria attività fisica si verifica in un sedentario su 4.

Tuttavia l'azione degli operatori sanitari da sola non è sufficiente; occorrono interventi di altri operatori e "decisionari" che rendano il contesto locale più favorevole alla diffusione di questo fattore di protezione della salute.

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.

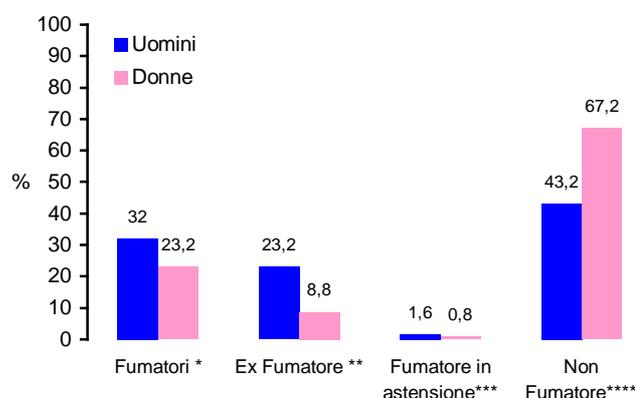
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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 17 il 28% degli intervistati riferisce di essere fumatore*, il 16% ex fumatore** e il 55% di non essere fumatore***. A questi si aggiunge una minima percentuale (1%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).
- L'abitudine al fumo continua a risultare più alta tra gli uomini che tra le donne (33,6% versus 24%); così come tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono invece le donne (67,2% versus 43,2%).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale, la percentuale di fumatori risulta pari al 30,3% degli intervistati, la percentuale di ex fumatori è del 19%; quella dei non fumatori è del 50,7%.

Abitudine al fumo di sigaretta
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



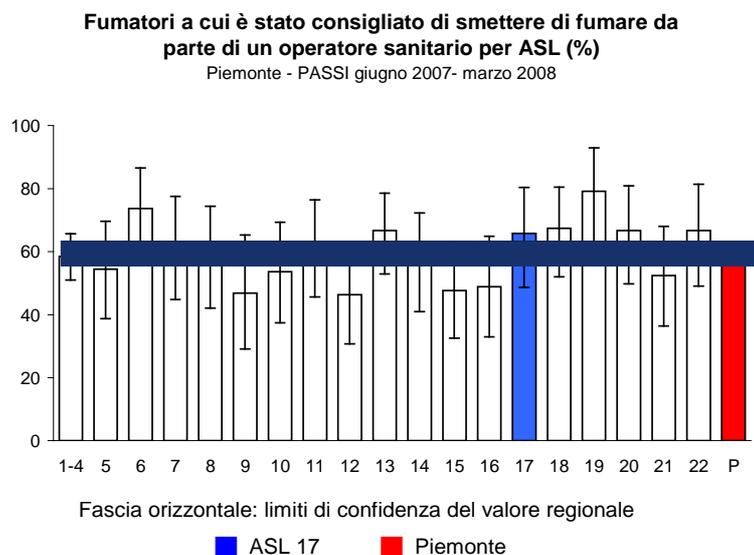
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da più di 6 mesi

***Soggetto che attualmente non fuma, da meno di 6 mesi

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

- Tra l' ASL 17 e le altre Aziende Sanitarie della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori .



Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra le persone di media età e tra i giovani, tra gli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e che dichiarano difficoltà economiche.
- I fumatori abituali consumano in media 13 sigarette al giorno. Tra loro, il 8,7% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale, i fumatori sono il 30,3% e risultano più numerosi tra gli uomini (34,9%); le fumatrici sono il 25,8%; tra i giovani (18-24 anni:36%; 25-34 anni: 35,6%) e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche (34%).

Fumatori	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	28,8 (IC95%: 23,3-34,8)
Età, anni	
18 - 34	31,0
35 - 49	31,3
50 - 69	24,4
Sesso ^	
M	33,6
F	24,0
Istruzione**	
bassa	30,5
alta	27,0
Difficoltà economiche	
si	38,8
no	24,3

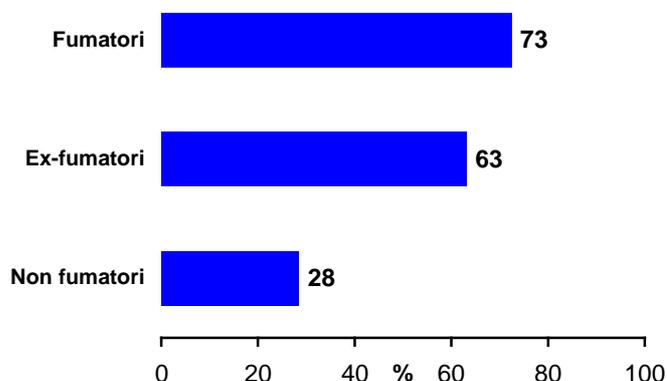
* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

** 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, poco meno della metà (48%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione alla abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 73% dei fumatori, il 63% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori.

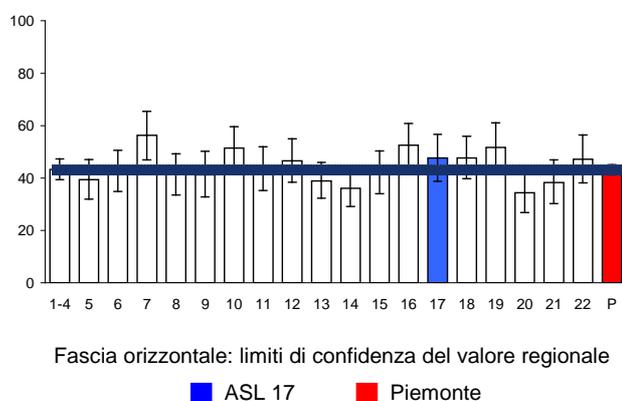
Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (%)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=185)



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

- Tra le ASL della Regione emergono differenze per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: nell' ASL 17 la percentuale di persone interpellate è più alta rispetto al valore regionale, sia pure in valori statisticamente non significativi.
- Nel pool PASSI nazionale la percentuale degli intervistati che si è recato da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno ed ha ricevuto domande sulle proprie abitudini al fumo è del 41,4%; tra i fumatori la percentuale è del 65,5%.

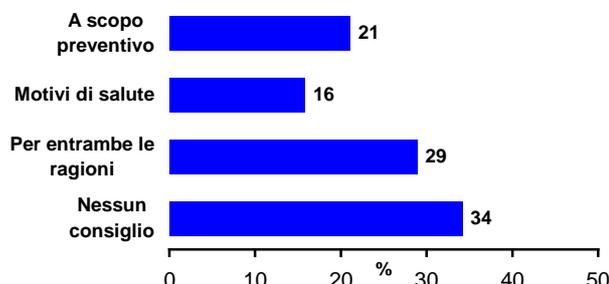
Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- il 66% 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 (21%)
- il 34,2% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

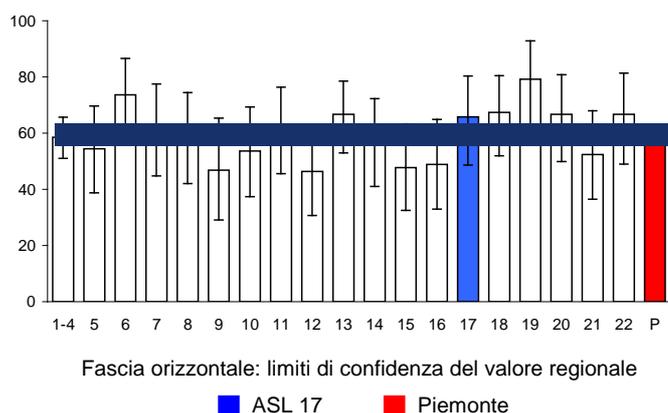
Consiglio di smettere di fumare e motivazione
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



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

- Su questo argomento, le differenze osservate fra le singole ASL sono da considerare del tutto provvisorie, a causa della bassa numerosità campionaria.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale, la percentuale di intervistati fumatori che dichiara di avere ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari è del 60,8%.

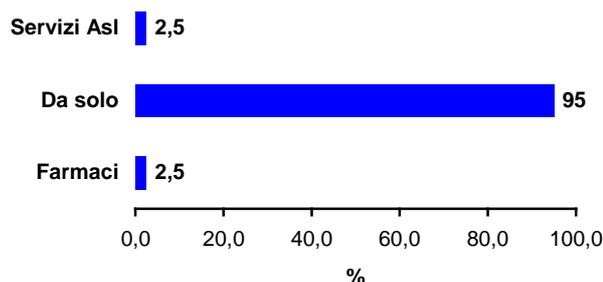
Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quanto si cerca di smettere di fumare e come ci si riesce?

- Fra gli ex fumatori il 95 % ha smesso di fumare da solo e l' 2,5 % riferisce di aver fruito di servizi Asl .
- Il 38 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale, coloro che dichiarano di avere smesso di fumare da soli sono il 95,8% dei fumatori.

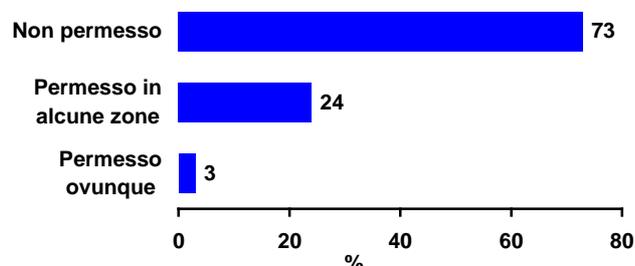
Diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori (%)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Si può fumare in ambito domestico?

- Il 73% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nei restanti casi è permesso fumare ovunque (3%) o in alcune zone della abitazione (24%).

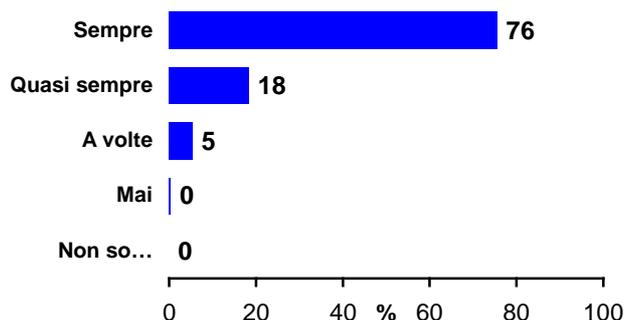
Diverse regole sul permesso di fumare a casa (%)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Viene rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici?

- le persone intervistate che riferiscono, nel 76% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici è dell' 85%.

Frequenza percepita del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (%)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=239)

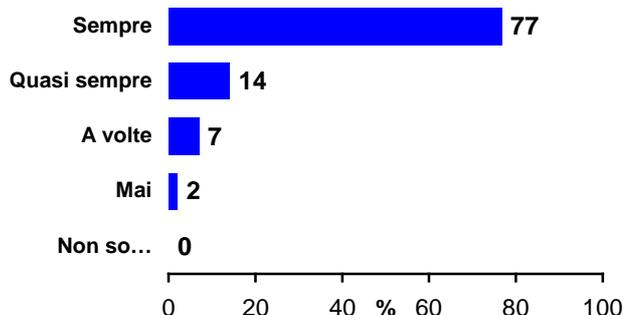


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 77% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre, il 14% quasi sempre.
- Il 2% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è dell' 85,4%.

Frequenza percepita del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro * (%)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=142)

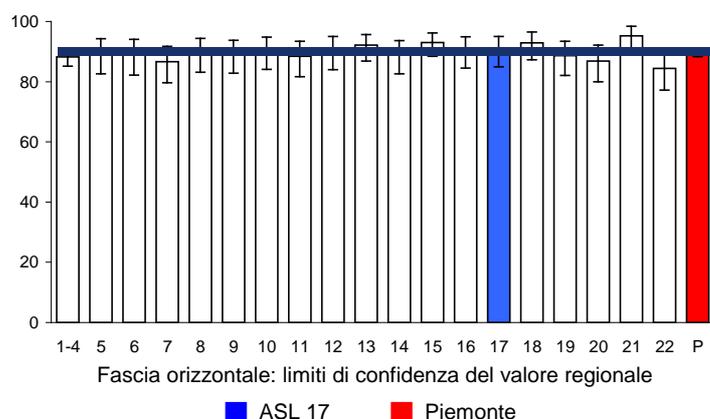


* chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

Lavoratori che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro.



Conclusioni e raccomandazioni

Anche nella ASL 17 l'abitudine al fumo continua ad essere diffusa (28%) e ad interessare più gli uomini (34%) che le donne (24%).

Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani e le persone di media età, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Tre fumatori su quattro hanno ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

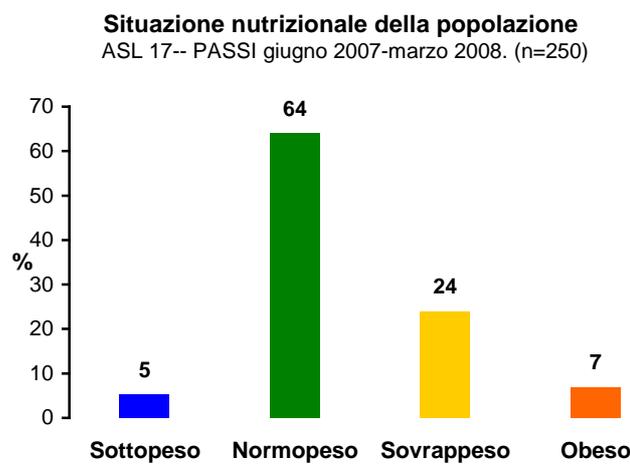
Situazione nutrizionale

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL 17 il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 64% normopeso, il 24% sovrappeso e il 7% obeso.
- Complessivamente si stima che il 31% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (34.4% vs 27.2%) e nelle persone con basso livello di istruzione.

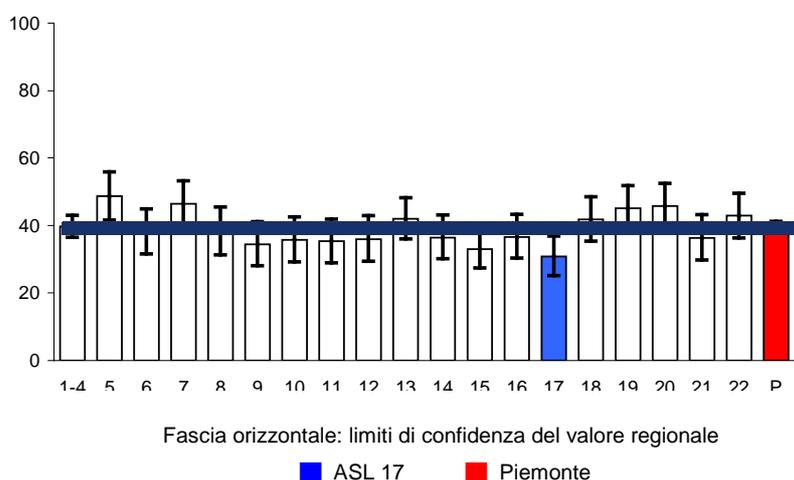
Eccesso ponderale
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	30.8 (IC95% 25,1-36,9)
Classi di età	
18 - 34	15.5
35 - 49	30.0
50 - 69	46.5
Sesso	
uomini	34.4
donne	27.2
Istruzione*	
bassa	36.7
alta	24.6
Difficoltà economiche	
sì	32.5
no	30.2

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

- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative, relative alla percentuale di persone in eccesso ponderale (range del 49% dell' ASL 5 al 31% dell' ASL 17, che mostra un' evidente differenza anche con i valori regionali).

Persone in eccesso ponderale per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007 - marzo 2008

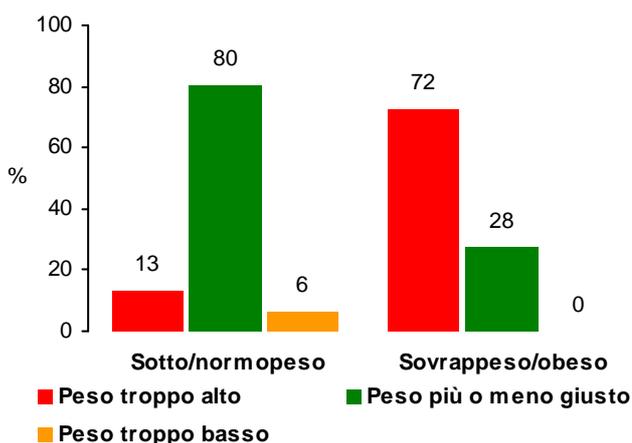


Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone in soprappeso è pari al 32%; il 10,8% è risultata obesa.

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 17 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 (80,3%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 72,4% ha una percezione coincidente.
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 73% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 80,5% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 20,6%, rispetto al 33,3% degli uomini

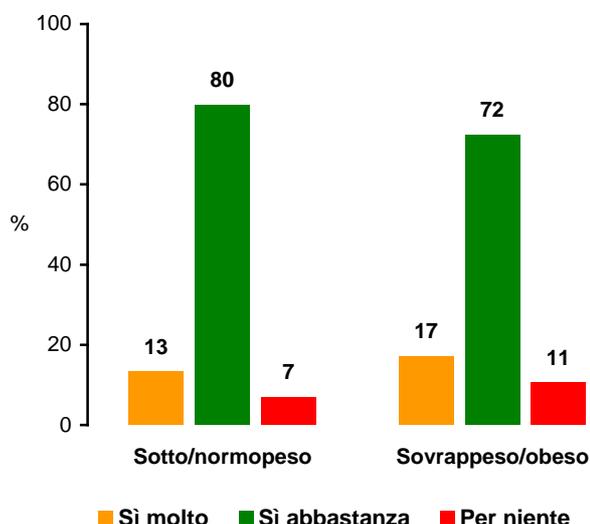
Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL 17 mediamente il 92% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto"). In particolare lo ritiene il 93,1% dei sottopeso/normopeso e l'89,5% dei soprappeso/ obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

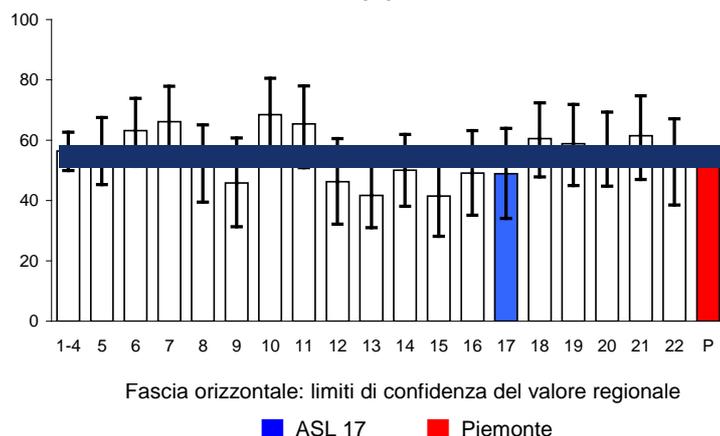


Quante persone soprappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASL 17 il 48,9% 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 41% delle persone in soprappeso e l'87,5% delle persone obese.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di dimagrire da un operatore sanitario per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nelle ASL della Regione si osserva un' ampia variabilità relativa alla percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario, tuttavia nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale. Inoltre le differenze vanno considerate con cautela, per la bassa numerosità del campione.

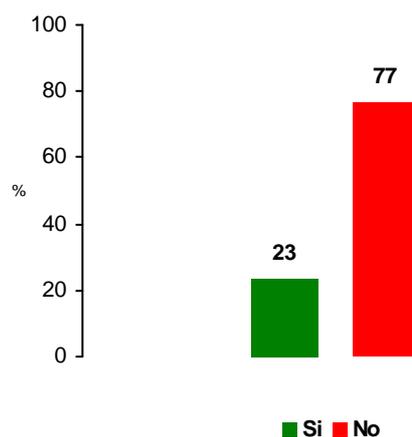
Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone in eccesso ponderale a cui un medico o un operatore sanitario ha consigliato di perdere peso è risultata pari al 47,9% dei soggetti in sovrappeso e all' 81,5% degli obesi.

Solo il 23,4% 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 (35% vs il 14% degli uomini)
 - negli obesi (41% vs il 18% dei sovrappeso)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (30% vs 12%)
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (24% vs il 10 peso "giusto")

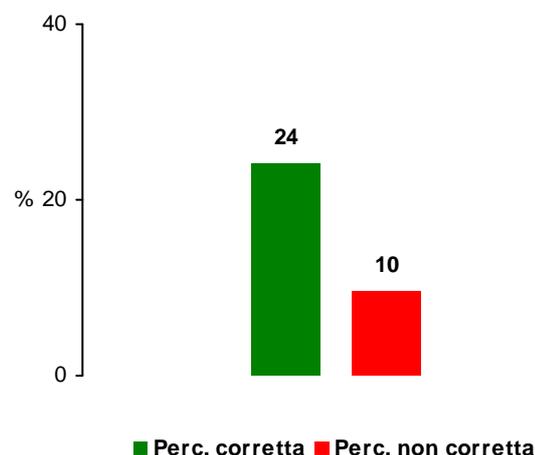
Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



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

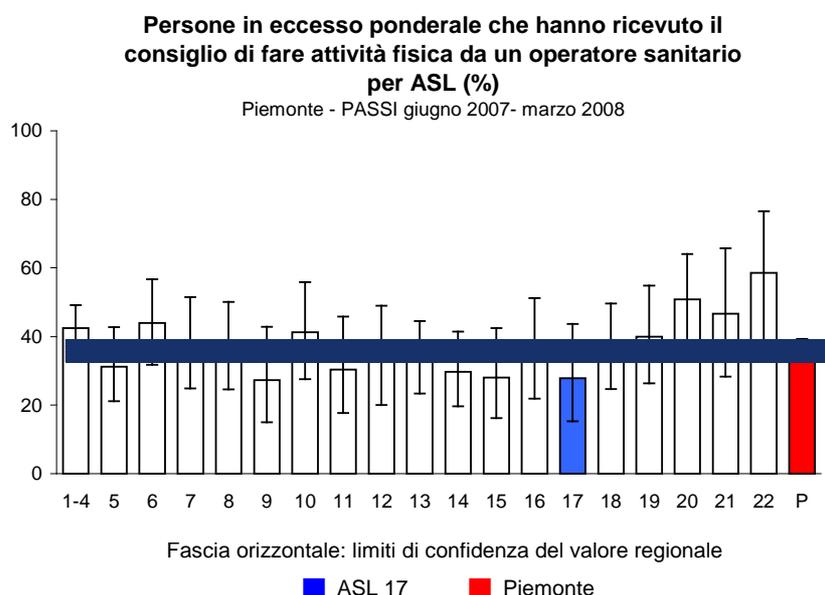
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



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

- Nella ASL 17 il 26% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (26,7% nei sovrappeso/ e 23,5% negli obesi).
- Il 27,9% 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 20% delle persone in sovrappeso e il 62,5% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 83,3% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 67,7% di chi non l'ha ricevuto.

Tra le ASL del Piemonte si osserva un'ampia variabilità relativa alla percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno dichiarato di aver ricevuto consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 27% dell' ASL 9 al 59% dell'ASL 22); tuttavia le differenze vanno anche considerate con cautela per la bassa numerosità del campione.

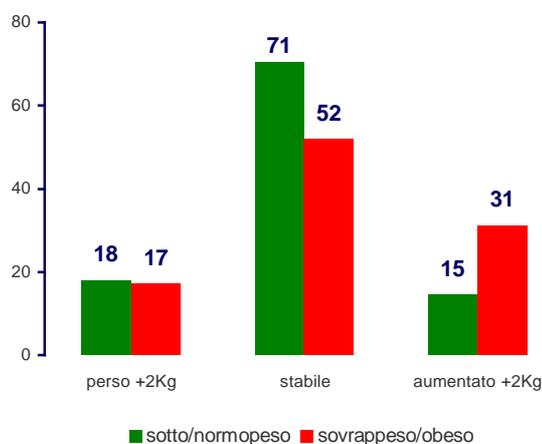


Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone in sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio sono il 35,4% (32,5% per i sovrappeso e 43,5% per gli obesi).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL 17 il 46% 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 (18% vs 23% in quella 35-49 anni e 19% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (31% nei sovrappeso vs 15% dei normopeso).
- Il 22% delle donne ha riferito di essere aumentato di peso di almeno 2 Kg, a fronte del 18% degli uomini. La differenza è da valutarsi statisticamente significativa.

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



Conclusioni e raccomandazioni

Anche nell' ASL 17 l'eccesso ponderale costituisce un problema di salute pubblica rilevante: aumenta con l'età, è più diffuso tra gli uomini, tra le persone con basso livello di istruzione e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche.

Nonostante ciò interessa circa 1 persona su 6 di età tra 18 e 34 anni, una su 4 tra le persone con un alto livello di istruzione e poco più di una su 4 tra le donne ed uno su 3 tra coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche.

Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese (che rappresentano il 7% della popolazione tra 18 e 69 anni) particolare attenzione va posta anche ai programmi preventivi verso le persone in soprappeso (che rappresentano il 24% della popolazione tra 18 e 69 anni) .

Tra le persone in eccesso ponderale il 72% percepisce "troppo alto" il proprio peso, una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno e la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale.

I dati di ASL non possono ancora essere considerati definitivi, ma sembrano indicare qualche differenza territoriale sia nella prevalenza dell'eccesso ponderale che nell'interesse mostrato dagli operatori sanitari alla problematica.

I risultati ottenuti indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative e interventi di provata efficacia.

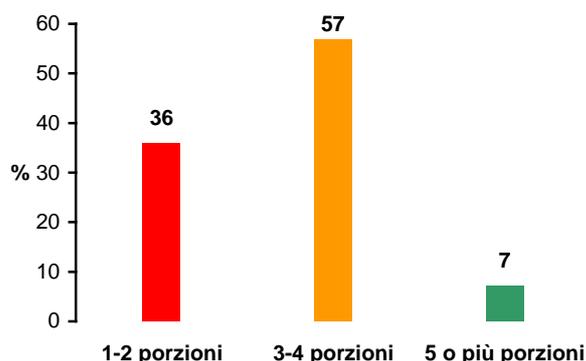
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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?

- Nella ASL 17 il 93% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 7% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 57% mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



- L'abitudine al consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura è più

diffusa tra le persone oltre i 50 anni (9%), tra le donne (9%) e tra le persone con basso livello d'istruzione (9%); non emergono differenze sostanziali legate alla condizione economica.

- Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone sovrappeso/obese.

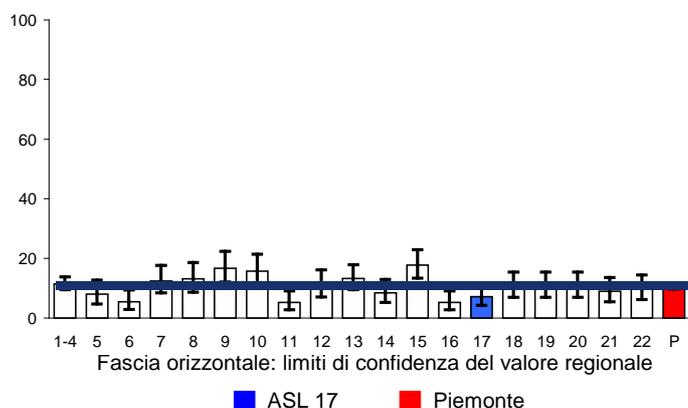
Consumo di frutta e verdura	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	7,2 (IC95% 4,3-11,1)
Classi di età	
18 - 34	8,3
35 - 49	3,8
50 - 69	9,3
Sesso	
uomini	5,6
donne	8,8
Istruzione**	
bassa	9,4
alta	4,9
Difficoltà economiche	
sì	6,3
no	7,7
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	6,9
sovrappeso/obeso	7,8

* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
 **istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle ASL del Piemonte i dati PASSI rilevano differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 5% delle ASL 11 e 16 al 18% della ASL 15).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza, l'adesione al five day è risultata del 10,4%.

Conclusioni e raccomandazioni

Anche se quasi tutta la popolazione consuma giornalmente frutta e verdura, solo il 7% dichiara di assumere le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione alcune neoplasie. Le differenze riscontrate nella diffusione di questa abitudine non devono far dimenticare che il consumo di frutta e verdura è ancora insufficiente. Devono quindi essere messe in atto azioni di promozione di questa abitudine che potrebbero essere più difficili verso un terzo della popolazione che attualmente non consuma più di due porzioni di frutta e verdura al giorno.

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 17 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 74%.
- Il consumo di alcol risulta più diffuso nelle classi di età più giovani, tra gli uomini, in coloro che hanno un più alto livello di istruzione e che dichiarano di non avere difficoltà economiche.
- Il 56% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 44% prevalentemente durante il fine settimana.

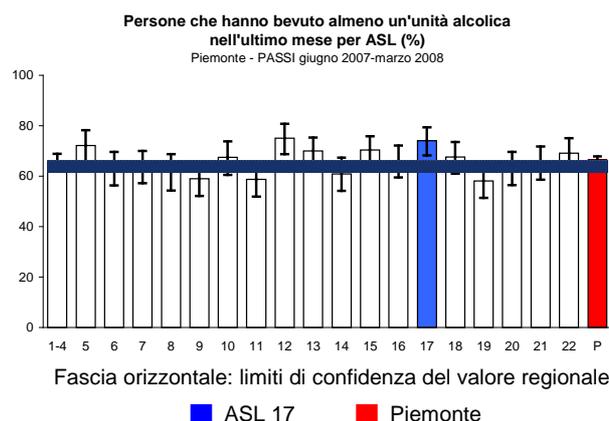
Consumo di alcol (ultimo mese)	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	74,1 (IC95%: 62,8-79,4)
Classi di età	
18 - 34	80,7
35 - 49	70,9
50 - 69	70,6
Sesso	
uomini	85,5
donne	62,6
Istruzione**	
bassa	67,7
alta	80,8
Difficoltà economiche	
sì	67,9
no	76,8

* 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

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese. (range dal 75% delle ASL 12 al 58% della ASL 19).

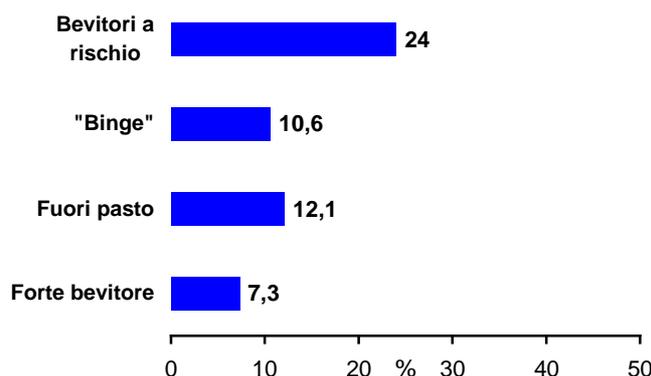
- L' ASL 17 si differenzia significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61,1%.



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 24% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 12% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- L'11% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

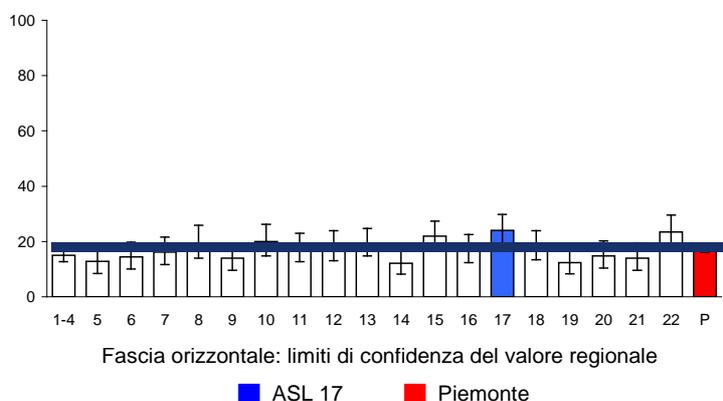
Bevitori a rischio* per categorie
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



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

- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio .
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 15,7% degli intervistati è bevitore a rischio (3,8% consumo forte, 7% consumo binge, 8,3% consumo fuori pasto).

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



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

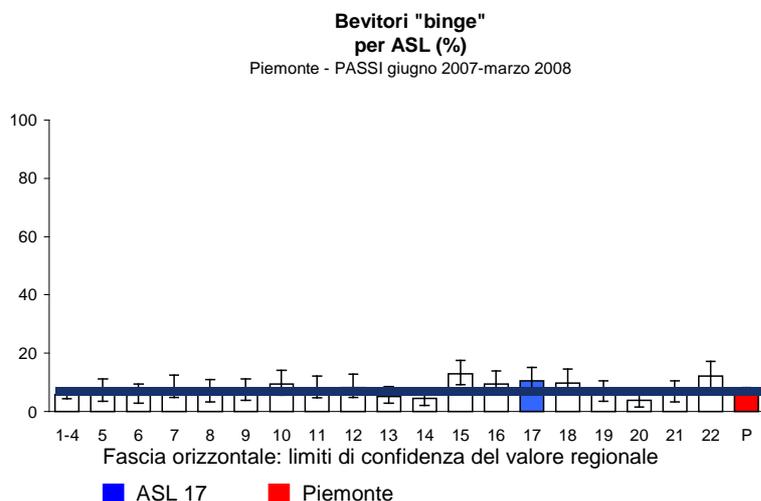
- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 10,6% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.

Consumo "binge" (ultimo mese)
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

Caratteristiche	% bevitori "binge"***
Totale	10,6 (IC95%: 7,0-15.1)
Classi di età	
18 - 34	14,5
35 - 49	7,6
50 - 69	9,5
Sesso	
uomini	19,5
donne	1,6
Istruzione**	
bassa	10,2
alta	10,9
Difficoltà economiche	
sì	9,0
no	11,4

*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 la percentua di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative (range da 4% dell' ASL 20 al 13% della ASL 15).

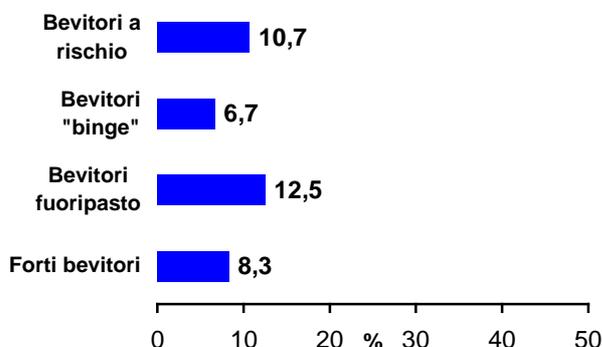


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nella ASL 17 solo il 16% 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.
- Complessivamente il 10,7% dei consumatori a rischio ha ricevuto il consiglio di smettere da parte del medico o di un operatore sanitario, il 6,7% dei bevitori "binge", il 12,5 di coloro che devono fuori pasto e l' 8,3% dei forti bevitori.

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

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

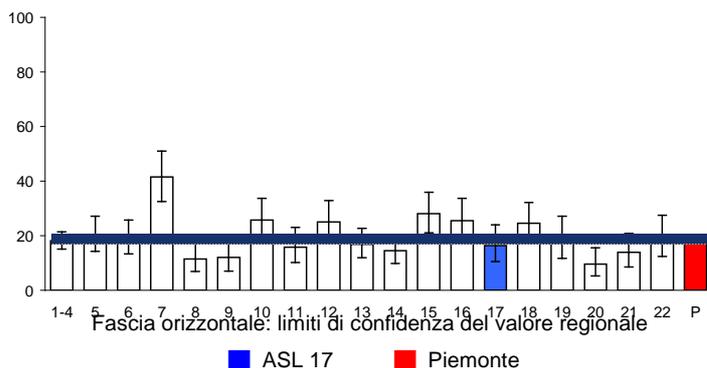


* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Nell' ASL 17 non emergono differenze statisticamente significative, rispetto alla media della Regione nella percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol.
- 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 15,6%; solo l' 8% 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 17 si stima che circa più di tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e che circa un quarto degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

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

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

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

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

Sicurezza stradale

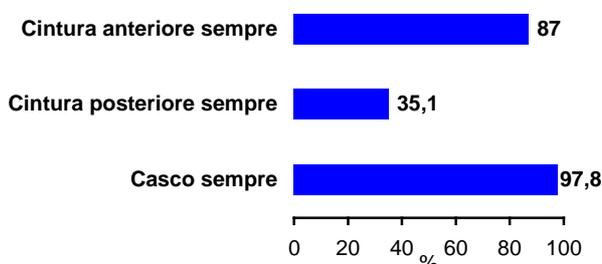
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2006 si sono verificati in Italia 238.124 incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: 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. In Piemonte nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 14.871 con 404 morti e 22.047 feriti.

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

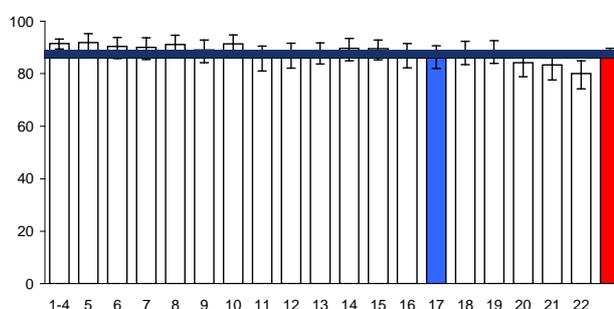
- Nell' ASL 17 tra gli intervistati che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all' 87%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (35%).
- Fra chi va in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco.
- Tra le ASL della Regione si osservano differenze anche statisticamente significative nell' utilizzo delle cinture di sicurezza. I valori relativi all' ASL 17 sono in linea con quelli della Regione per le cinture anteriore e migliori di quelli del resto del Piemonte per le posteriori.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI l'81,7% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore, mentre solo il 18,9% fa uso di quella posteriore. Il 91,7% di chi va in moto o in ciclomotore riferisce di usare sempre il casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)



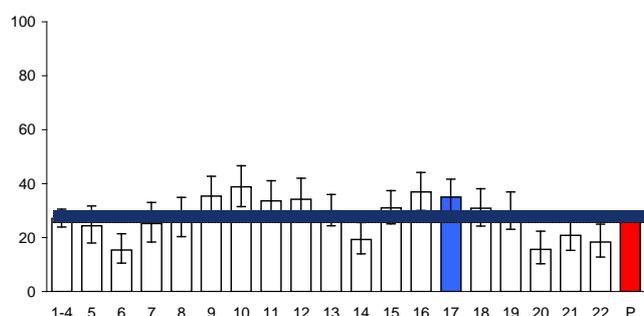
Persone che usano la cintura anteriore sempre per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Persone che usano la cintura posteriore sempre per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

■ ASL 17 ■ Piemonte

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 9% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone con difficoltà economiche.
- L'11% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- I valori relativi all'ASL 17 non evidenziano differenze statisticamente significative rispetto ai valori regionali

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	12,8 (IC95%: 8,3-18,7)
Classi di età	
18-34	12,3
35 - 49	7,3
50 - 69	18,6
Sesso	
uomini	19
donne	4,1
Istruzione	
Nessuna/elementare	24,0
Media inferiore	8,6
Media superiore	13,8
Laurea	6,3
Difficoltà economiche	
sì	15,4
no	11,9

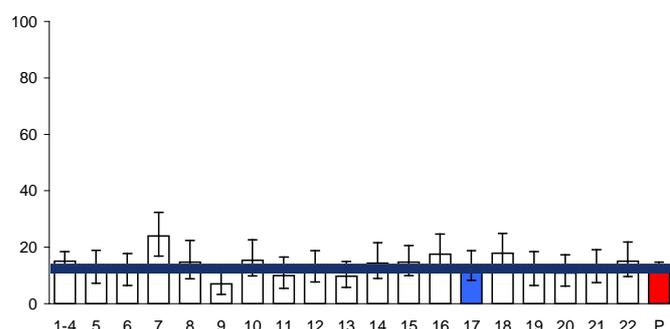
* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

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

- 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 12,9%, valore che non si discosta in modo significativo sul piano statistico dal valore regionale.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

■ ASL 17 ■ Piemonte

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 17 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

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

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

Infortuni domestici

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.

La definizione di caso adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede: la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che questo si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

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

- Nella ASL 17 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 91,6% 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 difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ne ha meno. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza positivamente la percezione del rischio.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	91,6 (IC 95%: 87,4-94,7)
Età	
18 - 34	94,0
35 - 49	95,0
50 - 69	86,0
Sesso	
Uomini	93,6
Donne	89,6
Istruzione**	
bassa	92,2
alta	91,0
Difficoltà economiche	
si	96,3
no	89,3
Persone potenzialmente a rischio***	
si	93,9
no	90,5

*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

- Tra le ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio domestico. I valori relativi all' ASL 17 sono allineati alla media regionale. (range dal 15% dell' ASL 6 al 46% della ASL 7).
- Nel pool nazionale PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91,6%.



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

- Nella ASL 17 solo il 24% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che hanno un basso livello di istruzione.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi

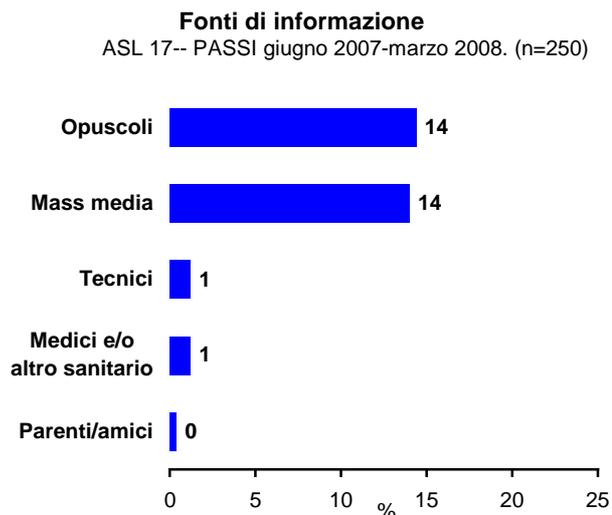
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	24,4 (IC 95%: 19,2-30,2)
Età	
18 - 34	20,2
35 - 49	22,5
50 - 69	30,2
Sesso	
Uomini	16,8
Donne	32,0
Istruzione*	
bassa	27,3
alta	21,3
Difficoltà economiche	
si	30,0
no	21,9
Persone potenzialmente a rischio**	
si	19,5
no	26,8
Percezione del rischio	
alta	28,6
bassa	24,0

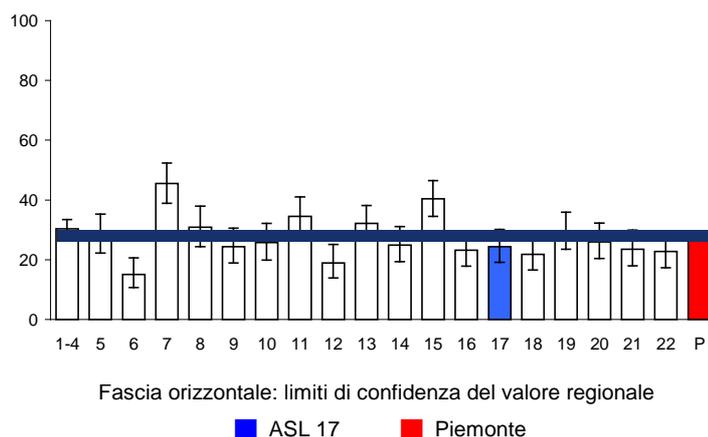
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (14% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici (2% in totale).
- Nelle ASL piemontesi emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 15% dell' ASL 6 al 46% della ASL 7).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio è del 27,9%.



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



Chi ha ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Nella ASL 17 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 7% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta avvenire esclusivamente nelle donne fra i 35 e i 49 anni; è maggiormente diffusa fra chi ha un basso livello di istruzione ed ha difficoltà economiche ed avviene in persone con una bassa percezione del rischio.
- In Piemonte l' ASL 17 è quella in cui il minor numero di intervistati ha dichiarato di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione (range dal 7% dell' ASL 17 al 49% della ASL 13).
- Nel pool nazionale PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive in ambito domestico, dopo aver ricevuto informazioni è del 29,1%.

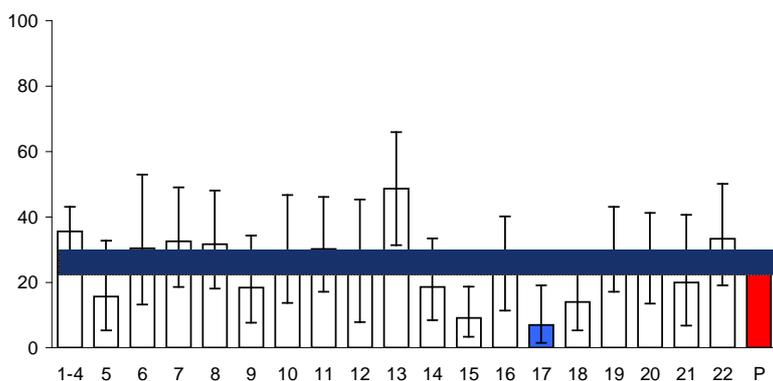
% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)	
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	7 (IC 95%: 1,5 -19,1)
Età	
18 - 34	0
35 - 49	25,0
50 - 69	0
Sesso	
Uomini	0
Donne	11,1
Istruzione*	
bassa	9,1
alta	4,8
Difficoltà economiche	
si	15,4
no	3,3
Persone potenzialmente a rischio**	
si	37,5
no	0
Percezione del rischio	
alta	0
bassa	7,9

*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



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

■ ASL 17 ■ Piemonte

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL 17 le persone intervistate hanno riferito una scarsa consapevolezza del rischio infortunistico.

Nella popolazione adulta le informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici risultano ancora insufficienti e sono state ricevute principalmente da mezzi di informazione e per mezzo di opuscoli.

Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, solamente il 7% ha modificato i propri comportamenti, o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce di sviluppare attività informative e preventive specifiche nel territorio, insieme ad un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi.

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.

Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani (età maggiore di 64 anni) sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute e non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "PASSI", che invece può indagare l'impatto delle campagne vaccinali nei soggetti più giovani (18-64 anni).

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

- Nella ASL 17 il 12,5% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata.
- Non emergono differenze statisticamente significative legate al sesso.
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 12,4% e del 28,8 % tra i portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)

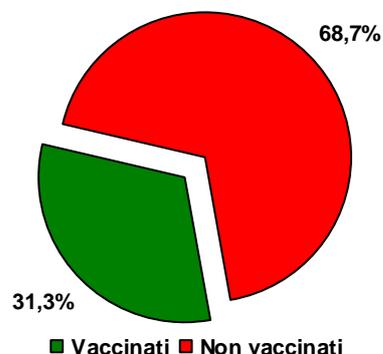
Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	12,5 (IC95%:5,9-22,4)
Età	
18-34	6,9
35-49	8,0
50-64	27,8
Sesso	
uomini	5,9
donne	18,4
Istruzione*	
bassa	15,2
alta	10,3
Difficoltà economiche	
sì	15,8
no	11,3

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

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 31% risulta vaccinato.

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

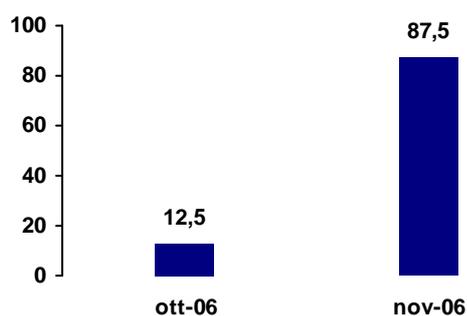
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=250)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quale mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ASL 17 una quota significativamente maggiore di persone ha praticato la vaccinazione durante il mese di Novembre.

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

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=



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 Piemonte hanno permesso di raggiungere quasi i due terzi degli ultrasessantacinquenni (59% nella campagna 2006/07 e 60% nella campagna 2007/2008, secondo i dati del Servizio di Riferimento Regionale per l'epidemiologia delle malattie infettive del Piemonte), ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su cinque).

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, feto nato morto 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?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=82)

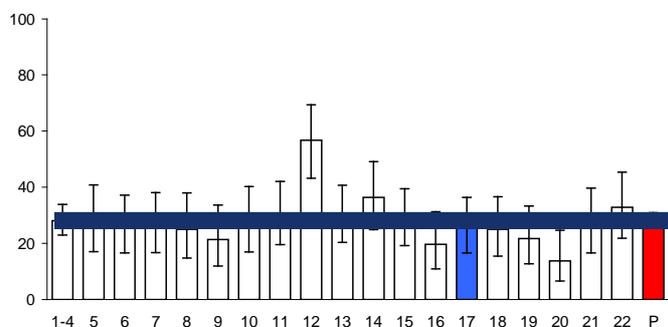
- Nella ASL 17 il 25,6 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La più alta percentuale di donne vaccinate si riscontra nelle donne della fascia di età fra i 25 e i 34 anni (33%), è più bassa in quelle più giovani ed in quelle della fascia tra 35 -49 anni) e fra le donne con basso livello d'istruzione.
- Nelle Asl della Regione emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria (range dal 14% della ASL 20 al 57 % della ASL 12).
- In ambito nazionale, tra le ASL partecipanti al progetto PASSI la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32,5 %.

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	25,6 (IC95%: 16,6 – 36,4)
Età	
18-24	25,0
25-34	33,3
35-49	20,5
Istruzione*	
bassa	16,7
alta	29,3
Difficoltà Economiche	
sì	22,2
no	27,8

*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza 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



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

■ ASL 17 ■ Piemonte

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

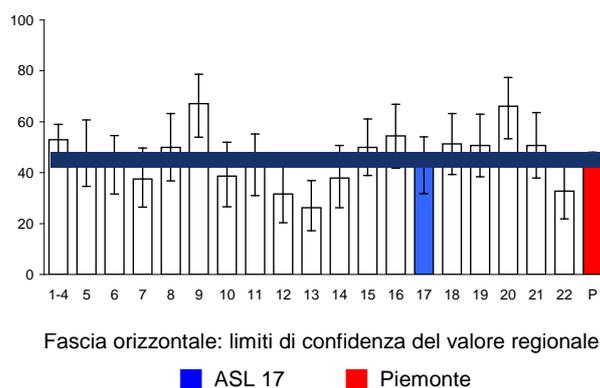
- Nella ASL 17 il 58% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (26%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (32%).
- Il 3,7% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 38,3% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le ASL del Piemonte la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è dell' ASL 9 (67%), la più bassa dell' ASL 13 (26%). La variabilità fra ASL è accentuata e si osservano differenze anche statisticamente significative.
- Nel pool PASSI la percentuale di donne suscettibili è del 44,8%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=82)

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008.

Immuni	58,0
Vaccinate	25,9
Non vaccinate con rubeotest positivo	32,1
Suscettibili/stato sconosciuto	42,0
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,7
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	38,3

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, nell' ASL 17, come nella Regione Piemonte, il numero di giovani donne in età fertile suscettibili alla rosolia o che non conoscano il proprio stato immunitario nei confronti della malattia, 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).

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?

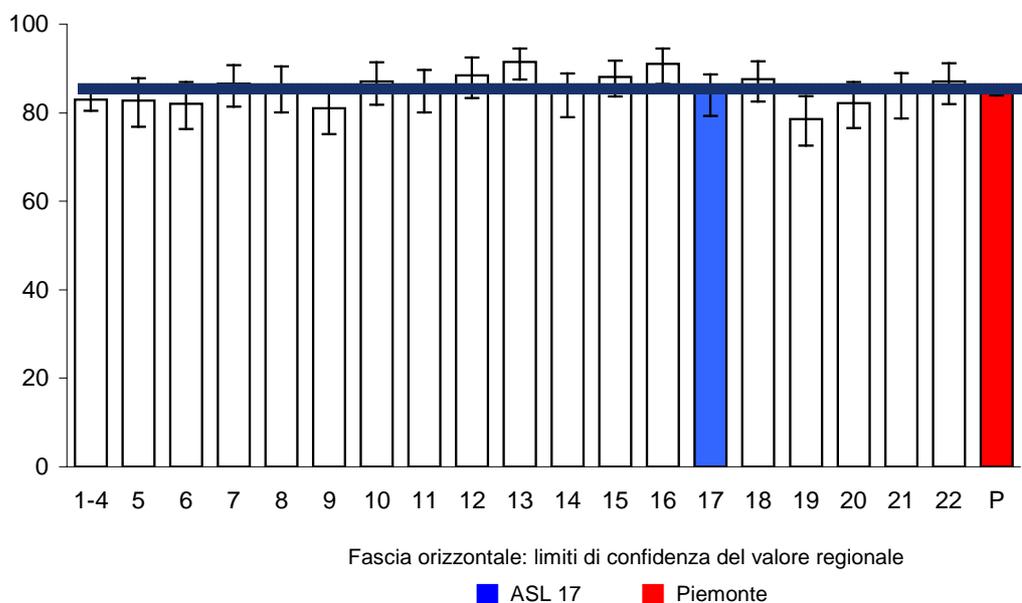
- Nella ASL 17, l'84% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 9% più di 2 anni fa. Il restante 7% non ricorda o non l'ha avuta.
- Il controllo della pressione negli ultimi due anni risulta più diffuso nelle classi di età più avanzate, tra le donne, in coloro che hanno un livello di istruzione meno elevato e difficoltà economiche.

Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=250)	
Caratteristiche	%
Totale	84,4 (IC95%: 79,3-88,7)
Classi di età	
18 - 34	79,8
35 - 49	85,0
50 - 69	88,4
Sesso	
uomini	82,4
donne	86,4
Istruzione*	
bassa	85,9
alta	82,8
Difficoltà economiche	
sì	90,0
no	81,7

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (range dal 79% dell' ASL 19 al 92% dell' ASL 13, che mostra una differenza anche con i limiti regionali).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' 82,6%

Quante persone sono ipertese?

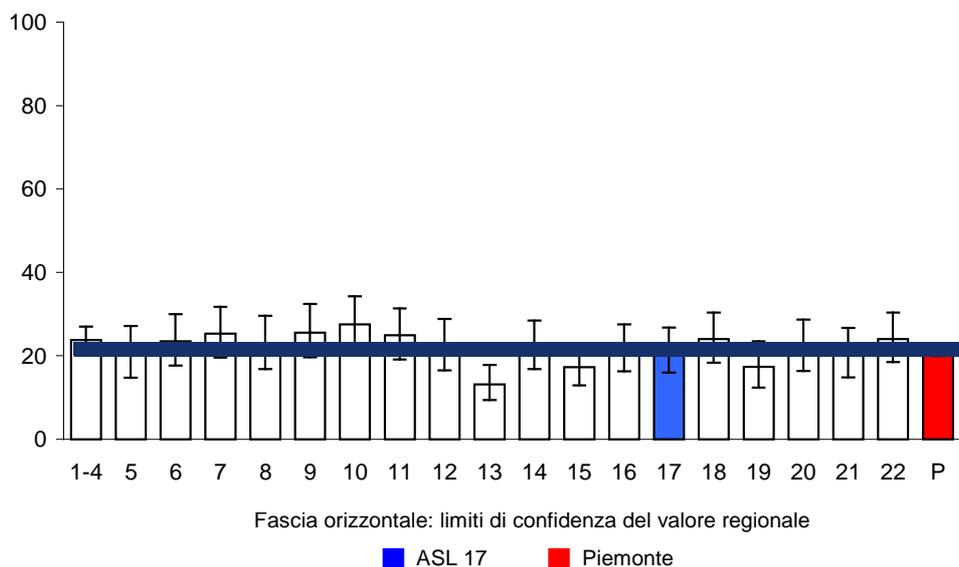
- Nella ASL 17 il 21 % degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni il 42,5% riferisce di essere ipertesa. Emergono differenze anche per il livello di istruzione ed il reddito.

Diagnosi di ipertensione	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=233)	
Caratteristiche	%
Totale	21,0 (IC95%: 16,0-26,8)
Classi di età	
18 - 34	8,0
35 - 49	10,5
50 - 69	42,5
Sesso	
uomini	22,1
donne	20,0
Istruzione*	
bassa	29,7
alta	12,2
Difficoltà economiche	
sì	28,0
no	17,8

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di intervistati che hanno ricevuto diagnosi di ipertensione (range dal 13% dell' ASL 13 al 28% dell' ASL 10).

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



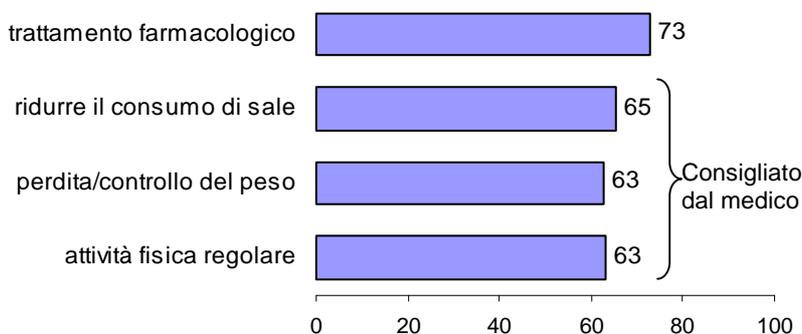
Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con diagnosi di ipertensione arteriosa sono il 21,4%.

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

- Il 73 % degli ipertesi nella ASL 17 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dalla assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (65 %), ridurre o mantenere il peso corporeo (63 %) e svolgere regolare attività fisica (63 %).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008. (n=233)

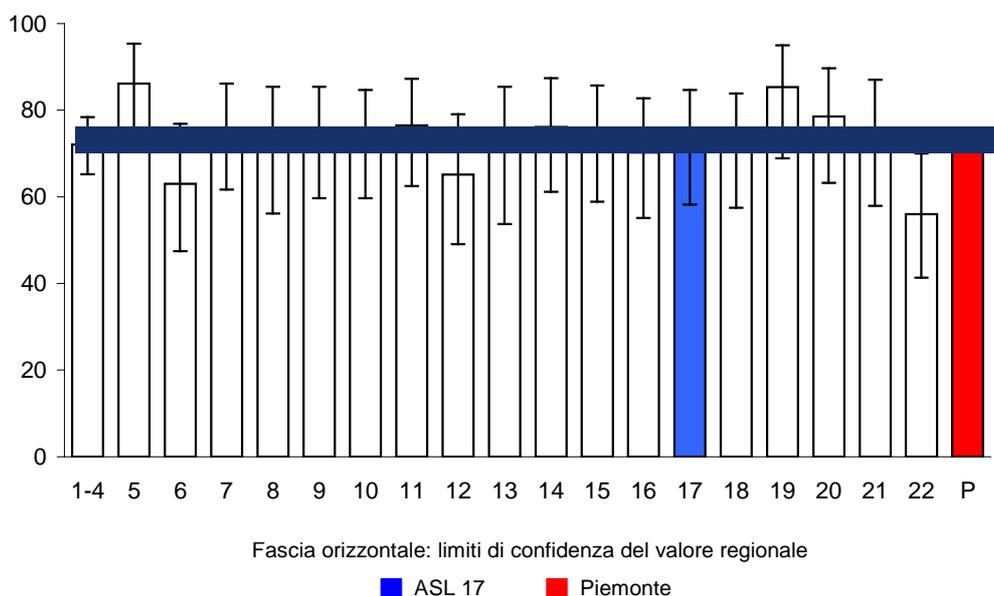


* ognuno considerato indipendentemente

Tra le ASL del Piemonte la percentuale degli intervistati ipertesi in trattamento con farmaci varia dal 56% dell' ASL 22 al 86% dell' ASL 5. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale, anche per le basse numerosità a livello aziendale.

Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 17 si stima che sia iperteso circa il 21% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 43% degli ultracinquantenni e circa l' 8% % dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta (circa 15%) la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

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

- Nella ASL 17 il 76% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 47% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 16% tra 1 e 2 anni fa, il 13% più di 2 anni fa, mentre il 24% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 61% nella classe 18-34 anni all' 86% nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito.

Colesterolo misurato almeno una volta

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=250)

Caratteristiche	(%)
Totale	76,0 (IC95%: 70,2-81,2)
Classi di età	
18 - 34	60,7
35 - 49	81,3
50 - 69	86,0
Sesso	
M	70,4
F	81,6
Istruzione*	
bassa	78,9
alta	73,0
Difficoltà economiche**	
sì	73,8
no	76,9

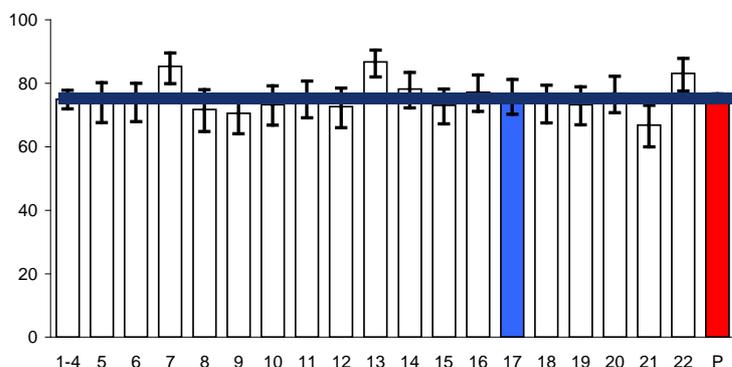
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 67% all'87%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

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 20% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nella classe d'età più alta (50-69), e nelle persone con basso livello economico.

Ipercolesterolemia riferita

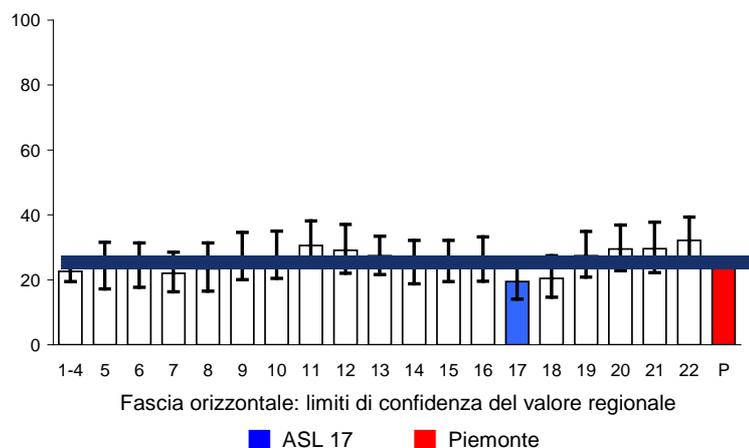
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=250)

Caratteristiche	(%)
Totale	19,5 (IC95%: 14,1-25,8)
Classi di età	
18 - 34	17,6
35 - 49	9,2
50 - 69	29,7
Sesso	
M	19,3
F	19,6
Istruzione	
bassa	19,8
alta	19,1
Difficoltà economiche	
sì	28,8
no	15,4

Tra le ASL piemontesi non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 20% dell'ASL 17 al 32% dell'ASL 22).

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



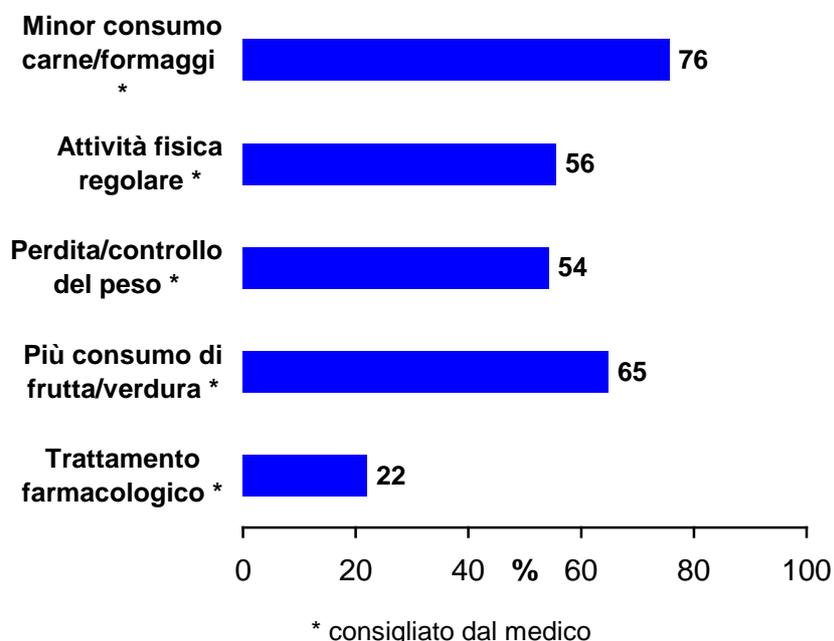
Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia sono risultate il 24,9%.

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 22 % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il 76 % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 65% % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 54 % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 56 % di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*

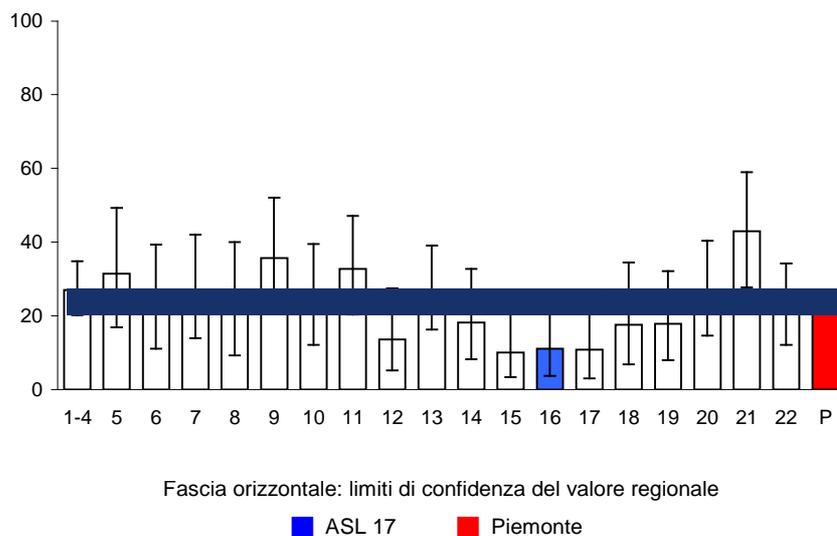
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=250)



Anche se va considerato con cautela, per l'ampia variabilità dovuta alla bassa numerosità dei dati raccolti, tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative, relative alla percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci (range dal 10% dell' ASL 15 al 43% dell' ASL 21, che mostra evidenti differenze anche con i livelli regionali).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 24% della popolazione dell' ASL 17 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 20 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 30 % tra le persone di 50-69 anni.

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 17 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardio-vascolare è risultata del 2 %.
- 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.

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

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=250)

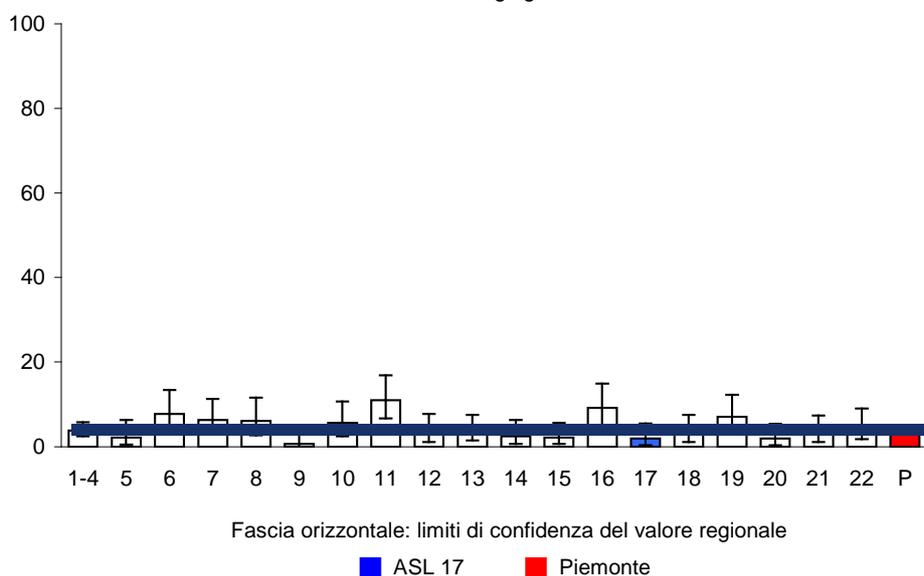
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	1,9 (IC95%: 0,4 % - 5,5%)
Classi di età	
35 - 49	1,3
50 - 69	2,6
Sesso	
M	2,6
F	1,3
Istruzione	
bassa	2,0
alta	1,8
Difficoltà economiche	
basso	4,3
alto	0,9
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*	
sì	3,0
no	0,0

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

- Tra le ASL della Regione non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (range dall' 1 % all'11%).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è pari al 6,4%

Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici in Piemonte e nella ASL 17.

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 a 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?

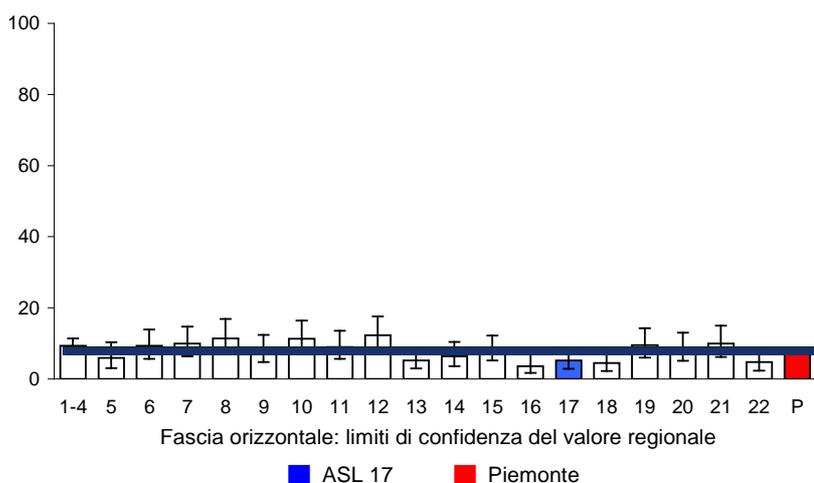
- Nella ASL 17 il 5% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL 17 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione.
Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (tre volte più degli uomini),
 - le persone con un livello di istruzione basso,
 - quelle con molte difficoltà economiche,
 - quelle senza un lavoro regolare
 - quelle con almeno una malattia cronica
- Tra le ASL del Piemonte la percentuale di persone che ha riferito i sintomi di depressione non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 4% dell'ASL 16 al 12% dell'ASL 12).

Sintomi di depressione	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=249)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥ 3)
Totale	5,2 (IC95%: 2,8-8,8)
Classi di età	
18-34	3,6
35 - 49	3,8
50 - 69	8,2
Sesso	
uomini	2,4
donne	8,1
Istruzione*	
bassa	6,3
alta	4,1
Difficoltà economiche	
sì	10,1
no	3,0
Stato lavorativo	
Lavora	2,3
Non lavora	11,8
Malattie croniche	
Almeno una	15,6
Nessuna	2,9

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

Persone con sintomi di depressione per ASL (%)

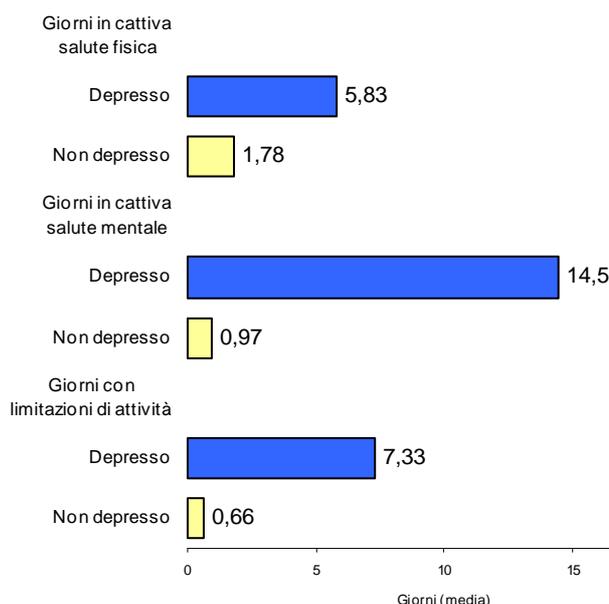
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Dal pool PASSI risulta che l'8,9% degli intervistati mostra sintomi di depressione nelle ultime due settimane.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

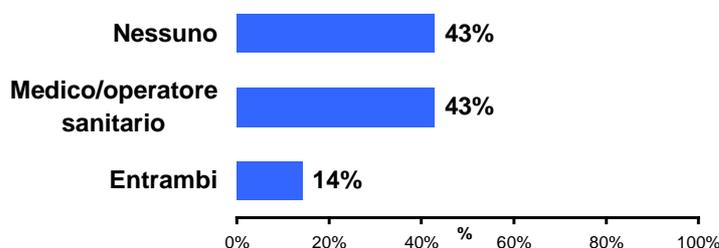
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 39% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 70% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- 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?

- Nella ASL 17 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 al 57%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=249)



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come nell' ASL 17 i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su venti, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. I risultati evidenziano inoltre 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 ogni anno, senza contare gli oltre 1700 decessi per carcinoma dell' utero a sede non specificata.

In 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 17 il 77,5% 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 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche.

Donne che riferiscono di avere effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni *

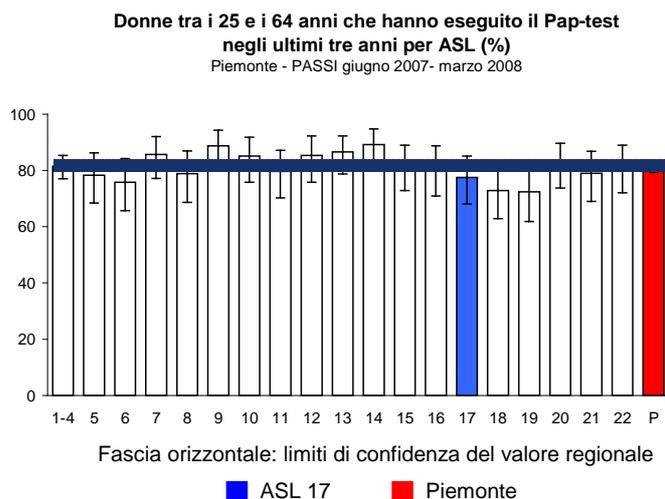
ASL 17- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)

Caratteristiche	%
Totale	77,5% (IC95%:68,1-85,1)
Classi di età	
25 - 34	74,1
35 - 49	82,1
50 - 64	75,0
Stato civile	
coniugata	80,8
non coniugata	69,0
Convivenza	
convivente	80,0
non convivente	68,2
Istruzione**	
bassa	73,5
alta	81,1
Difficoltà economiche	
sì	78,9
no	77,8

* 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 la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 72% dell' ASL 19 all'89% dell' ASL 9).



- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 74% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

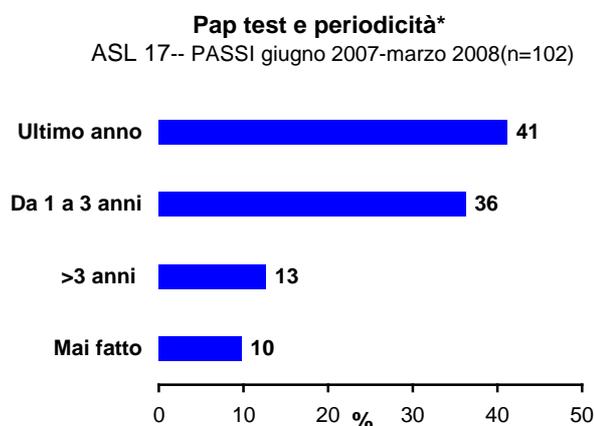
Quando è stato effettuato l'ultimo Pap test?

Lo screening prevede per le donne tra i 25 ed i 64 anni l'effettuazione del Pap test ogni tre anni.

Tra le intervistate di età compresa tra i 25 ed i 64 anni di età:

- il 41% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 36% da uno a tre anni
- il 13% da più di tre anni.

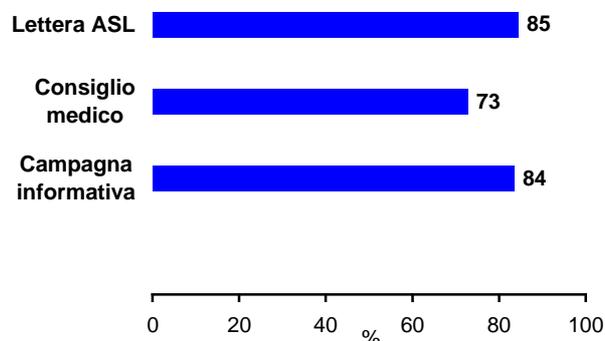
- Il 10% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



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

- Nella ASL 17:
 - l'85% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - l'84 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 73% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

Promozione del Pap test
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)

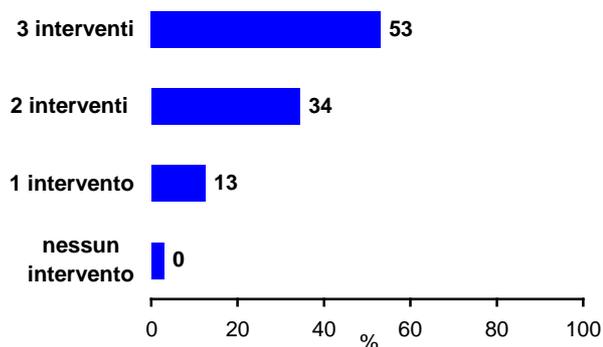


- L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Il 53% 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 34% due interventi di promozione, il 13% uno solo.
- Tutte le donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) hanno riferito di aver ricevuto almeno un intervento di promozione .

Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)

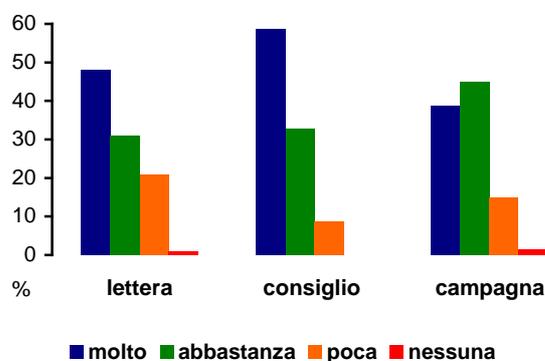


Quanto influiscono gli interventi di promozione del Pap test sulla sua effettuazione?

- Nella ASL 17 il 77% 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 (46% molta e 31% abbastanza), mentre il 21% poca influenza sulla scelta e solo l'1% nessuna.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)



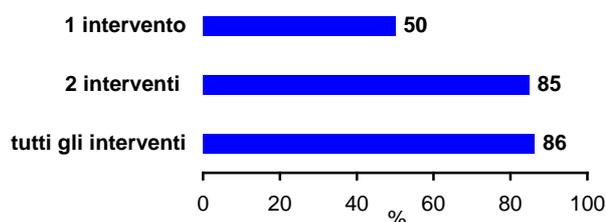
- Il 91% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (58% molta e 33% abbastanza), mentre il 9% poca influenza sulla scelta.
- L'84% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (39% molta e 45% abbastanza), mentre il 15% poca influenza sulla scelta ed il 2% nessuna.

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

- Nella ASL 17 il 50% delle donne di 25-64 che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna) ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'85% con due interventi e al 86% con tutti e tre gli interventi.

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

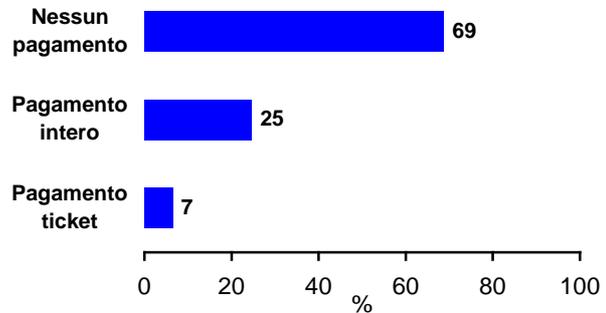
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASL 17 il 69% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 7% ha pagato solamente il ticket e il 25% 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).

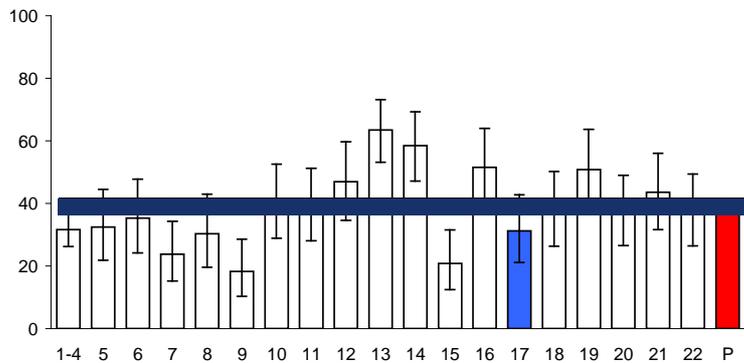
Costi del Pap test per le pazienti
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)



- Nelle ASL della Regione si rileva un'ampia variabilità, con differenze anche significative nella percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 18% dell' ASL 9 al 64% dell' ASL 13).

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



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

■ ASL 17 ■ Piemonte

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

- Nella ASL 17 il 10% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 13% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 45%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 15%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 5%
 - "mi sento imbarazzata" 10%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 10%
 - "non so/non ricordo" 15%
 - "mi sento imbarazzata" 10%

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=102)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 17 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.

La copertura osservata (78%) comprende sia le donne che hanno effettuato l'esame gratuitamente all' interno del programma regionale di screening "Prevenzione Serena", che quelle che lo hanno fatto al di fuori del programma, in strutture pubbliche o private.

Quest' ultimo tipo di attività rappresenta probabilmente un terzo del totale, considerato che il 25% delle donne paga interamente il costo ed il 7% paga solo il ticket.

Anche il fatto che il Pap test a scopo preventivo risulti eseguito nel corso dell' ultimo anno dal 41% delle donne intervistate, contro un atteso teorico del 33%, indica una attività svolta con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (ogni tre anni).

Le azioni di promozione di questa attività di prevenzione secondaria sono molto diffuse,avendo coinvolto la totalità delle donne intervistate la probabilità di effettuare lo screening aumenta all' aumentare del numero degli interventi ricevuti.

Quasi la metà delle donne che non si sottopone all' esame per la diagnosi precoce del tumore del collo dell' utero, lo fa perché pensa di non averne bisogno.

Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening Prevenzione Serena, questa azione di sanità pubblica potrebbe ulteriormente migliorare con interventi rivolti alle donne che non aderiscono al programma e al recupero dell' attività svolta fuori di esso.

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 in Piemonte siano stati diagnosticati circa 3.000 nuovi casi; la sopravvivenza, in aumento, 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 e 69 anni 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 di età fra i 50 ed i 69 anni; nel 2006 le donne effettivamente invitate risultano il 70% di tutte quelle che avrebbero diritto allo screening. Nel programma di screening vengono anche inserite, con controlli annuali le donne tra i 45 ed i 50 anni di età che ne fanno richiesta.

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

- Nella ASL 17 circa il 72% 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.
- Questo screening viene effettuato di meno dalle donne che vivono da sole, da quelle che hanno un basso livello di istruzione
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 44% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 41 anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni)	
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	72,1 (IC95%:56,3-84,7)
Classi di età	
50- 59	72,0
60 -69	72,2
Stato civile	
coniugata	75,8
non coniugata	60,0
Convivenza	
convivente	79,4
non convivente	44,4
Istruzione**	
bassa	65,7
alta	100,0
Difficoltà economiche	
sì	75,0
no	69,6

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

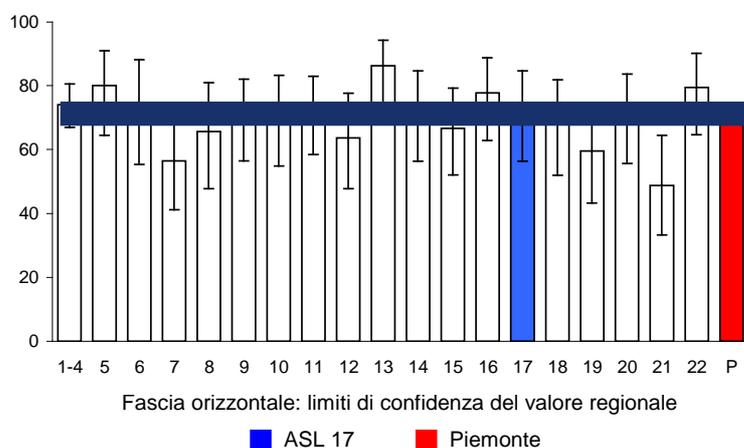
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione

alta: media superiore/laurea

- Nelle ASL piemontesi la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni varia dall' 86% dell' ASL 13 al 49% dell' ASL 21, 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 68,2% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

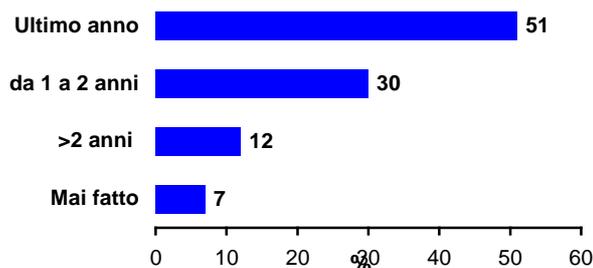
Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Mammografia e periodicità*

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 51% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 30% da uno a due anni
- l'12% da più di tre anni.
- Il 7% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.



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

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

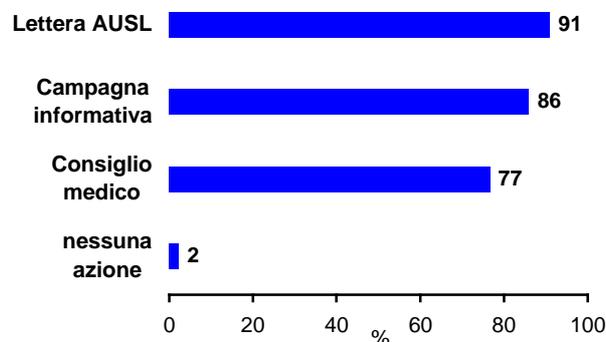
- Nella ASL 17:

- il 91% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL

- l'86 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

- il 77% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.

Promozione della mammografia
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)

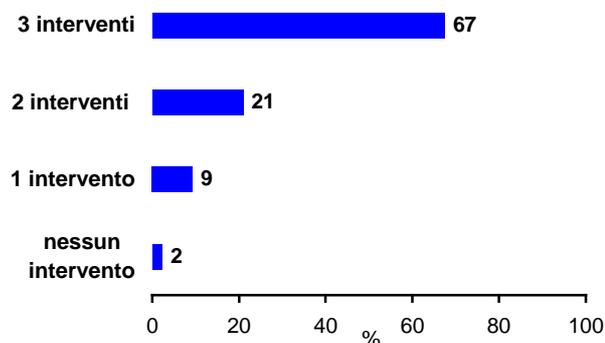


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 61,8% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 60,2% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72,9% ha visto una campagna informativa.

- Il 67% 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 21% due interventi di promozione, il 9% uno solo.

- Solo il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Interventi di Promozione dell'ultima mammografia
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)

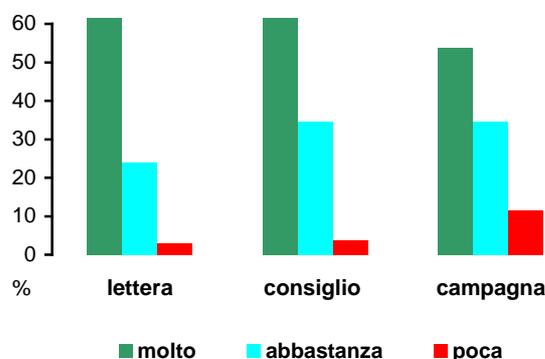


Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

- Nella ASL 17 il 90% delle donne di 50-69 anni che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (66% molta e 24% abbastanza), mentre il 10% poca influenza sulla scelta.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)



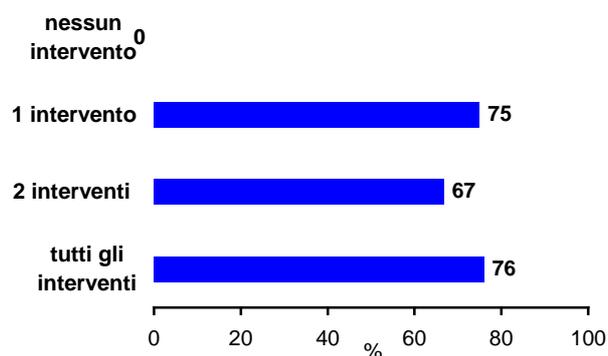
- Il 96% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (61% molta e 35% abbastanza), mentre il 4% poca influenza sulla scelta .
- L'89% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (54% molta e 35% abbastanza), mentre il 12% poca influenza sulla scelta .

Quali risultati dagli interventi di promozione della Mammografia?

- Nella ASL 17 la totalità delle donne di 50-69 che ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati ha ricevuto almeno un intervento di promozione; il 75% ha ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), il 67% con due interventi e il 76% tutti e tre gli interventi.

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

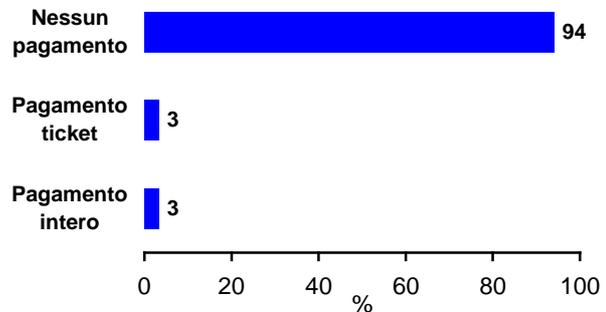
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)



Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL 17 il 94% delle Donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 3% ha pagato solamente il ticket e il 3% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della 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).

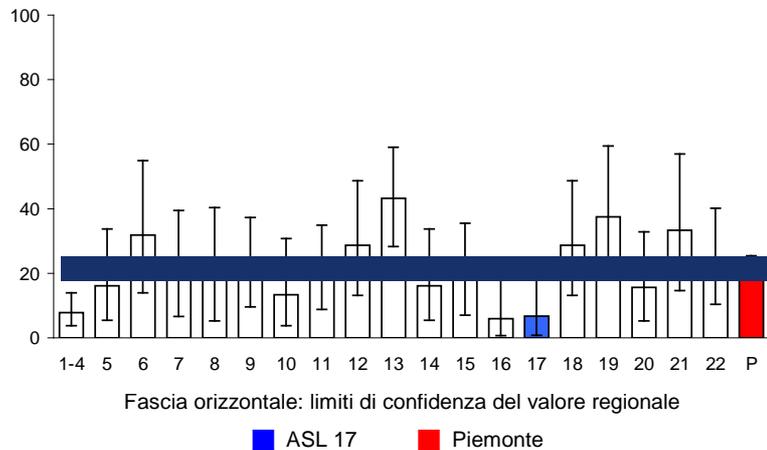
Costi della mammografia per le pazienti
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)



- Tra le ASL della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, fuori dal programma di screening, varia dal 6% dell' ASL 16 al 43% dell' ASL 13, ma le differenze osservate devono essere interpretate con cautela, per la limitata numerosità dei dati raccolti a livello delle ASL .

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

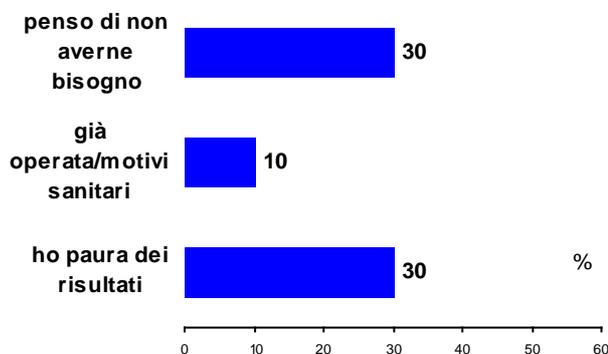
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL 17 il 9% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 19% di averla effettuata oltre i 2anni.
- Le motivazione della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 43%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 43%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 14
- Il 30% delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=43)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 17 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventiva è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (72%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la 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. 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 buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventiva prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

Considerando entrambi i sessi, i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500.

In Piemonte si stimano circa 3.600 nuovi casi all' anno. Queste neoplasie sono responsabili di circa l'11% dei decessi per tumore, pari a circa 1.510 morti annui nel periodo 1998-2002.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 55%; la prevalenza stimata è 576,2/100.000 nel sesso maschile e 544/100.000 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 tumori 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.

In Piemonte lo screening per le neoplasie del colon-retto, avviato nel 2003 all' interno del programma "Prevenzione Serena", prevede l'esecuzione di una flessio-sigmoidoscopia a 58 anni 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 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 coloretali in accordo alle linee guida?

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni di età)

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=86)

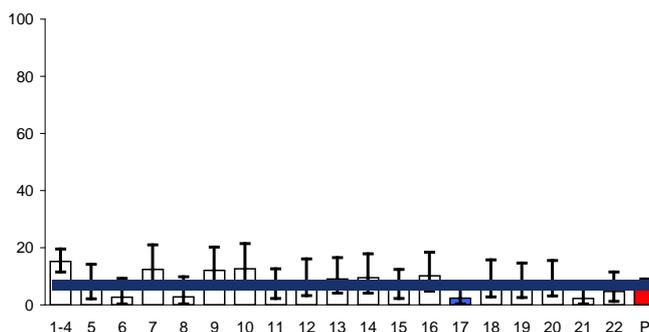
- Nella ASL 17 il 6% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 3,5% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 2,4% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	3,5 (IC95% 0,7-10,0)	2,4 (IC95% 0,3-8,2)
Classi di età		
50 - 59	100,0	47,0
60 - 69	0,0	53,0
Sesso		
uomini	100,0	50,6
donne	0,0	49,4
Istruzione		
bassa	100,0	78,8
alta	0,0	21,2
Difficoltà economiche		
sì	66,7	38,8
no	33,3	61,2

- La percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, pur risultando ovunque ancora bassa, mostra una grande variabilità tra le ASL del Piemonte (range dal 2% dell' ASL 15 al 15% dell' ASL 1-4), con differenze che vanno considerate con cautela per la bassa numerosità dei campioni aziendali.
- Considerazioni analoghe si possono fare relativamente alla percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni ;in questo caso il range va dal 2% dell' ASL17 al 15% dell' ASL 1-4.

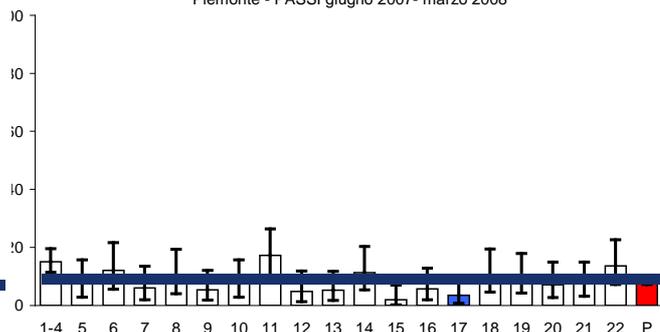
Persone che hanno eseguito la colonscopia negli ultimi cinque anni per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Persone che hanno eseguito l'esame per la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

■ ASL 17 ■ Piemonte

- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19,4% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9,1% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

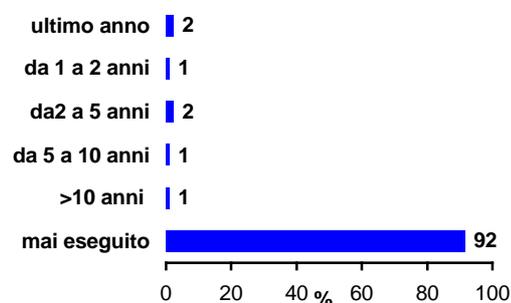
Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto eseguito:

- il 2,4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 1,2% da uno a due anni
- il 4,8% da più di tre anni
- Il 92% non ha mai eseguito il test.

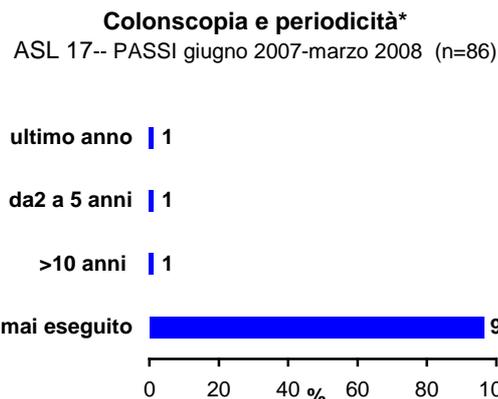
Sangue occulto e periodicità*

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=86)



Rispetto alla colonscopia:

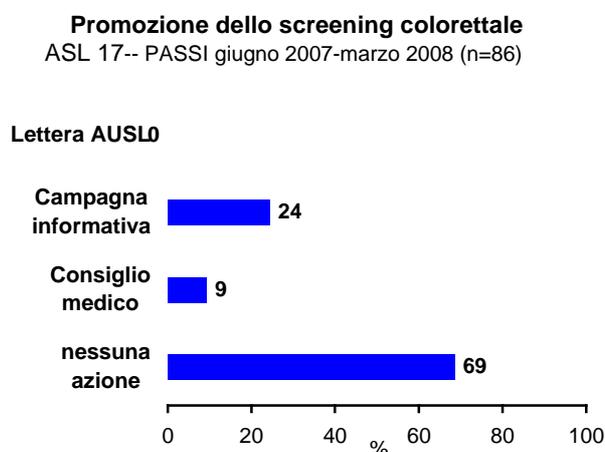
- L'1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- L'1% da uno a cinque anni
- L'1% da sei o più anni
- il 97% da più di tre anni



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

- Nella ASL 17:
 - Nessuna delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 9% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
 - il 24% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 21,4% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23,2% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41,7% ha visto una campagna informativa.



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

- Nella ASL 17 solo il 3,4% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 44% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 60% con due interventi e al 77% con tutti e tre gli interventi.

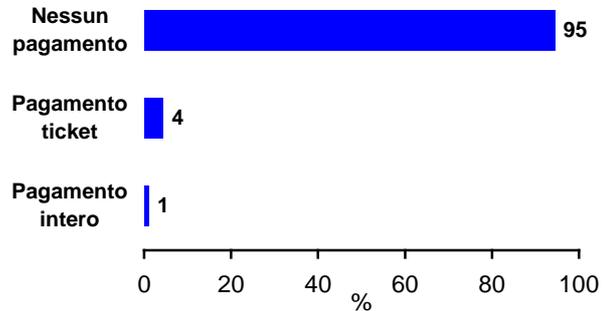


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

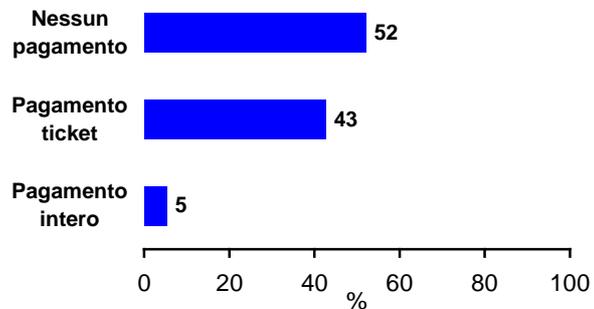
- Nella ASL 17 il 95% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 4% ha pagato solamente il ticket e l'1% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 52% non ha effettuato alcun pagamento, il 43% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 5% ha pagato per intero il costo dell'esame.

Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami 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 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=86)

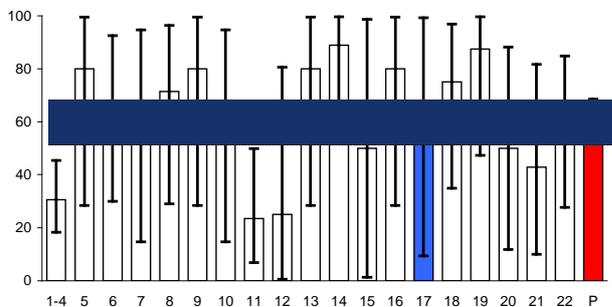


Costi della colonscopia
ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=86)

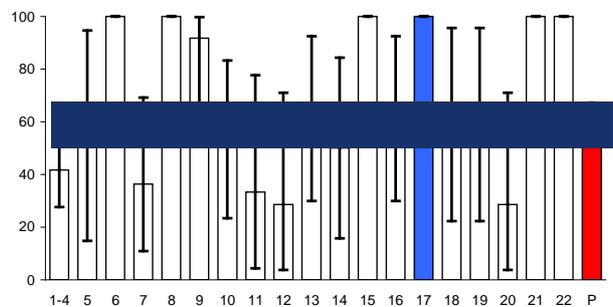


- Nelle ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 24% dell'ASL 11 al 31% dell' ASL 1-4).
- Per quel che riguarda la colonscopia, non ci sono differenze statisticamente significative tra le ASL della regione (range dal 29% dell'ASL 29 al 100% delle ASL 6,8,15,17,21,22).

Persone che hanno pagato per ricerca SO per ASL (%)
Piemonte - PASSI 2007-2008



Persone che hanno pagato per ricerca CO per ASL (%)
Piemonte - PASSI 2007-2008



Fascia orizzontale: limiti di confidenza del valore regionale

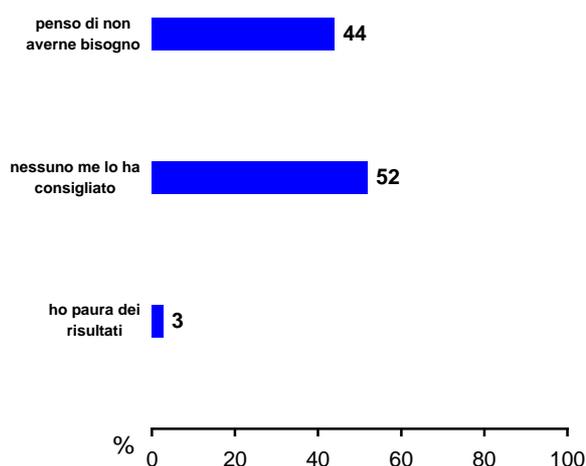
■ ASL 17 ■ Piemonte

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

- Nella ASL 17 l' 87% 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" 44%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 52%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 3%
- l' 1% delle persone ha risposto ha questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivi della mancata effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto (%)

ASL 17-- PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=86)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, nell' ASL 17 sono poche (6%) le persone tra i 50 ed i 69 anni che si sottopongono ad esso a scopo preventivo.

I programmi di offerta attiva sono in fase di implementazione: 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 informative e di interventi congiunti con i medici di medicina generale ed altri operatori del sistema sanitario.

Attualmente la metà delle persone che non hanno effettuato lo screening dichiarano di non averlo fatto perché nessuno glielo ha consigliato.

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale

Nell' ASL 17 di Fossano, Saluzzo, Savigliano è stato intervistato un campione casuale di 250 persone, selezionato dalla lista delle anagrafi sanitarie delle ASL. Il campione risulta ugualmente suddiviso tra uomini e donne, con età media di 43 anni. La metà ha un livello di istruzione alto e il 73% dichiara di avere un lavoro regolare. Il 96% degli intervistati è di cittadinanza italiana; il 4% è straniero.

Percezione dello stato di salute

Oltre due terzi (68%) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, mentre questa condizione riguarda solo il 35% dei soggetti con almeno una patologia severa. La percezione positiva del proprio stato di salute risulta associata anche ad età, istruzione e difficoltà economiche.

Attività fisica

È completamente sedentario il 24% del campione e solo il 33% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Un quarto (25%) dei sedentari ritiene di fare sufficiente attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta e la consigliano solo ad un terzo dei propri pazienti.

Abitudine al fumo

Il 28% degli intervistati si dichiara fumatore e il 16% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori (95%) hanno smesso di fumare da soli e il 38% dei fumatori ha cercato inutilmente di smettere di fumare nell'ultimo anno. I due terzi degli intervistati ritiene che il divieto di fumare sia sempre rispettato sul luogo di lavoro e nei locali pubblici. Non è consentito fumare nelle case del 73% degli intervistati.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 24% del campione dell'ASL 17 è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 7%. L'eccesso ponderale è trattato nel 23% dei casi con dieta e nell' 83% con la pratica di attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 7% aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumarne cinque porzioni al giorno, mentre un terzo degli intervistati (36%) non ne consuma più di due.

Consumo di alcol

Il 74% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 24% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 12% beve fuori pasto, l'11% è bevitore "binge" e il 7% è forte bevitore). Per quanto riguarda i bevitori, gli operatori sanitari si informano in meno di 2 casi su 10 sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol, ma consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in 1 caso su 10.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: l' 87% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 35% degli intervistati. Il 9% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza

Infortunati domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, è scarsa: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Meno di un quarto degli intervistati (24%) ha ricevuto, principalmente da mass media e opuscoli, informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Tra i soggetti informati, solo il 7% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo il 31% degli intervistati tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinato lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia

Oltre la metà (58%) delle donne tra 18 e 49 anni è immune alla rosolia, ma quasi 4 donne su 10 non conoscono il proprio stato immunitario, facendo pertanto ritenere che il numero di donne suscettibili sia ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita.

Rischio cardiovascolare

Si stima che il 7% della popolazione piemontese tra i 18 e 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa. Tra coloro che l'hanno misurata circa un quinto riferisce di essere iperteso ed il 73% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.

Una persona su quattro (26%) dichiara di non aver mai controllato il colesterolo. Tra coloro che hanno fatto l'esame, circa un quinto (20%) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi ultimi, il 22% dichiara di essere in trattamento farmacologico.

Solo il 2% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare attraverso l'uso del "punteggio" o della "carta del rischio".

Sintomi di depressione

Nell' ASL 17 il 5% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne, le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. Poco meno della metà di coloro che riferiscono sintomi di depressione, per questi problemi non chiede l'aiuto di nessuno.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Il 78% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test negli ultimi tre anni, ma l'10% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. Ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria è il principale motivo riferito per non effettuare il Pap test nei tempi previsti dal programma di screening.

Screening neoplasia della mammella

Il 72% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva; anche in questo caso però il 7% non ne ha mai fatta una nel corso della sua vita e la principale motivazione consiste nel ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria.

Screening tumore del colon retto

In Regione Piemonte il programma organizzato di screening per il tumore del colon retto è di recente attivazione ed è ancora in fase di implementazione. Per scopo preventivo, solo il 3,5% degli ultracinquantenni riferisce di avere eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 2,4% una flessosigmoidoscopia o una colonscopia.

