

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2007

Toscana





A cura di:

Giorgio Garofalo, Franca Mazzoli, Rossella Cecconi, Coordinamento Regione Toscana di Sorveglianza Passi.
Emanuela Balocchini, Referente Regione Toscana Sistema di Sorveglianza Passi.

Con la collaborazione di:

Carla Fiumalbi, Donatella Bartolini, Anna Cappelletti, Dipartimento di Prevenzione ASL 10
Elena Carucci, Federico Mannocci, Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze.

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica - Università degli studi Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carrozzi (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:

I Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie della Regione Toscana

Maria Laura Duratorre Vice Referente Regione Toscana Sistema di Sorveglianza Passi.

- a livello aziendale:

Coordinatori e Intervistatori/ Collaboratori

ASL 1 Massa	Vasco Merciadri (Coordinatore); Danila Caccialupi, Vanna Niccolini, Anna Lia Prati, Anna Maria Salati, Vittoria Tonarelli, Marisa Venè (Intervistatrici)
ASL 2 Lucca	Alessandro Scacchiotti (Coordinatore); Rita Monterastelli, Bianca Maria Mulini, Emma Pieroni, Gloria Puccetti (Intervistatrici)
ASL 3 Pistoia	Wanda Wanderingh (Coordinatore); Katuscia Banti, Monica Bertagni, Tea Esa Breschi, Rosita Di Grado, Cinzia Giornelli, Clelia Lavuri (Intervistatrici)
ASL 4 Prato	Mimmo Lotito (Coordinatore); Daniela Foderà, Rossella Garagalli, Vanna Margheri, Marzia Pisaneschi, Doriana Savelli, Francesca Simonetti, Laura Spada (Intervistatrici)
ASL 5 Pisa	Luca Carneglia (Coordinatore); Valentina Bacci, Scilla Boaretti, Valentina Borselli, Mariangela Di Lisio, Manuela Montanelli, Paola Susini (Intervistatrici)
ASL 6 Livorno	Alessandro Barbieri (Coordinatore); Cristina Del Bravo, Rita Ferrini, Marisa Gangemi, Rita Guidetti, Alessandra Meini, Daniela Vignali (Intervistatrici)
ASL 7 Siena	Andreina Bevilacqua (Coordinatore); Teresa De Florian, Simona Gorelli, Simona Grassi, Alfea Pinzuti (Intervistatrici)
ASL 8 Arezzo	Anna Beltrano (Coordinatore); Silvana Barchielli, Laura Bizzi, Brunella Ambra Bragagni, Carla Caracolli, Lucia Mancini, Fiorenza Montini, Anna Verdi (Intervistatrici)
ASL 9 Grosseto	Paolo Piacentini (Coordinatore); Paola Baldelli, Manuela Bassetti, Cristina Bonnal, Rita Cancelli, Maria Di Cunto, Elisabetta Petrolani (Intervistatrici)
ASL 10 Firenze	Rossella Cecconi (Coordinatore); Donatella Bartolini, Sonia Borselli, Silvia Cecchi, Roberta Cortini, Carla Fiumalbi, Cinzia Forasacchi, Dina Ghelli, Giovanna Mereu, Daniela Rinaldi, Silvia Giancarlo Taffuri, Terzani, Letizia Vinattieri (Intervistatrici)
ASL 11 Empoli	Marinella Chiti (Coordinatore); Elisabetta Alfaroli, Anna Ceccanti, Daniela Ghinassi, Annamaria Grassini, Antonella Mazzanti (Intervistatrici)
ASL 12 Viareggio	Cinzia Raffaelli (Coordinatore); Fulvia Pieroni, Laura Storiotti. (Intervistatrici)

***Si ringraziano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASL, i Medici di Medicina Generale, i Sindaci, per la preziosa collaborazione fornita.
Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.***

INDICE

<u>PREMESSA</u>	pag.6
<u>OBIETTIVI</u>	7
<u>METODI</u>	10
<u>SINTESI</u>	13
<u>DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE</u>	15
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni	
<u>PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE</u>	20
Buona percezione del proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese e limitazioni	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>ATTIVITÀ FISICA</u>	23
Sedentari e attivi	
Promozione attività fisica	
Autopercezione attività fisica	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>ABITUDINE AL FUMO</u>	27
Distribuzione dell'abitudine al fumo	
Caratteristiche dei fumatori	
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	
Consigli sullo smettere di fumare	
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	
Esposizione al fumo in ambiente domestico	
Esposizione al fumo nei luoghi pubblici	
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro e percezione del rispetto della legge	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SITUAZIONE NUTRIZIONALE</u>	34
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Autopercezione del peso corporeo	
Autopercezione dell'alimentazione	
Informazioni e consigli sul peso da parte di operatori sanitari	
Informazioni e consigli sull'attività fisica da parte di operatori sanitari	
Quante persone hanno modificato il peso corporeo	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>ABITUDINI ALIMENTARI</u>	41
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>CONSUMO DI ALCOL</u>	43
Quante persone bevono	
Quanti sono i bevitori a rischio	
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	

Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SICUREZZA STRADALE</u>	48
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano sotto l'effetto dell'alcol	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SICUREZZA DOMESTICA</u>	52
Percezione del rischio	
Informazioni sul rischio di infortuni domestici	
Adozione di misure	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE</u>	57
Quanti si vaccinano	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>VACCINAZIONE ANTIROSOLIA</u>	60
Quante donne sono vaccinate	
Quante donne sono suscettibili	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>IPERTENSIONE ARTERIOSA</u>	63
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>COLESTEROLEMIA</u>	68
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Perché non si assumono farmaci	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE</u>	72
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO</u>	75
Quante donne hanno eseguito un pap test nel rispetto delle linee-guida	
Periodicità di esecuzione del Pap-test	
Interventi di promozione, loro percezione ed efficacia	
Costo del pap-test	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA</u>	82
Quante donne hanno eseguito una mammografia nel rispetto delle linee-guida	
Periodicità di esecuzione della mammografia	
Interventi di promozione, loro percezione ed efficacia	
Costo della mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO</u>	88
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	
Periodicità di esecuzione dei test	

Interventi di promozione, loro percezione ed efficacia	
Costo dei test	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>SINTOMI DI DEPRESSIONE</u>	94
Quanti hanno sintomi di depressione	
Conseguenze percepite	
A chi ricorrono i soggetti con sintomi	
Conclusioni e raccomandazioni	
<u>APPENDICE 1. MONITORAGGIO</u>	I
<u>APPENDICE 2. UTILIZZO DELLA PESATURA</u>	VI
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	i

PREMESSA

Ovunque nel mondo i sistemi sanitari 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 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

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

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 e pressoché in "tempo reale". 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, favorendo una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

Il PSN 2006-2008 ha indicato l'opportunità di realizzare un sistema di monitoraggio dedicato a stimare la frequenza e l'andamento nel tempo dei fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Il PSR Toscana 2008-2010 riprende le linee del PSN richiamando la necessità di implementare il sistema di sorveglianza PASSI.

Dal giugno 2007 è stata avviata in tutte le ASL della Toscana la rilevazione in continuo, che proseguirà nel corso dei prossimi anni per evidenziare gli andamenti temporali.

Enrico Rossi
Assessore al Diritto alla Salute

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione toscana 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'AUSL, 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'AUSL, 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 delle anagrafi sanitarie delle 12 Aziende Sanitarie Locali della Regione Toscana, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 2.440.224 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. Il campione, aggregato nell'anno e su tutte le ASL della Regione, è stato di 1924 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per ASL:

ASL	Persone di 18-69 anni
ASL 1 MASSA CARRARA	160
ASL 2 LUCCA	145
ASL 3 PISTOIA	151
ASL 4 PRATO	150
ASL 5 PISA	149
ASL 6 LIVORNO	148
ASL 7 SIENA	150
ASL 8 AREZZO	150
ASL 9 GROSSETO	148
ASL 10 FIRENZE	270
ASL 11 EMPOLI	150
ASL 12 VIAREGGIO	153
Totale regionale	1924

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 è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza (vedi mappa). Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

Interviste

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

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

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 38,6% degli intervistatori ha utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 12 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata.

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

Sintesi del rapporto regionale

Descrizione del campione regionale: Nella Regione Toscana è stato intervistato un campione casuale di 1924 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASL, di cui 979 (50,3%) degli intervistati è rappresentato da donne e 945 (49,7%) da uomini. L'età media è di 44 anni. Poco meno del 60% della popolazione ha un livello di istruzione alto e quasi il 70% un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Appena il 4% delle persone intervistate ha una percezione completamente negativa del proprio stato di salute. Fra i soggetti con almeno una patologia severa solo il 10% ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 24% del campione e solo il 35% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 29% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli (95%) e appena l'1% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 69% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 32% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (8%) o in "alcune zone" (24%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 30% del campione toscano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono poco meno del 10%. L'eccesso ponderale è trattato nel 25% dei casi con dieta ed il 74% delle persone in sovrappeso/obese riferisce di praticare regolarmente attività fisica (moderata o più). Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 10% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni e negli uomini.

Consumo di alcol: Si stima che il 66% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 18% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente l'8% beve fuori pasto, l'8% è bevitore "binge" e il 4% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano poco frequentemente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol (17%) e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora non ottimale: l'85% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 17% degli intervistati. Circa il 17% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista mentre il 12% di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico in Toscana non è elevata: circa il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Circa un terzo degli intervistati riferisce di aver ricevuto informazioni sugli infortuni domestici; solo nel 3% dei casi la fonte è rappresentata da medici o altri operatori sanitari. Fra le persone informate il 26% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: In media in Toscana, meno del 30% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 95% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari a circa il 38%.

Rischio cardiovascolare: Si stima che sia iperteso il 20% della popolazione toscana tra i 18 e 69 anni; il 69% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 12% degli intervistati non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (23%) e tra questi il 25% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (25%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo l'8% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: In Toscana il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto nelle ultime due settimane precedenti l'intervista sintomi di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: In accordo con quanto previsto dalle linee guida l'83% delle donne tra 25 ed i 64 anni riferisce di aver effettuato il PAP test negli ultimi tre anni.

Screening neoplasia della mammella: In accordo con quanto previsto dalle linee guida il 78% delle donne tra 50 ed i 69 anni dichiara di aver effettuato la mammografia negli ultimi due anni.

Screening tumore del colon retto: In Toscana il 48% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un esame (sangue occulto o colonscopia) per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 2.440.224 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste delle anagrafi sanitarie di tutte le AUSL della Toscana. Sono state intervistate 1924 persone in età 18-69 anni, con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie delle singole aziende. Hanno partecipato al sistema sperimentale di sorveglianza PASSI tutte le dodici ASL toscane, con un campione di rappresentatività aziendale.

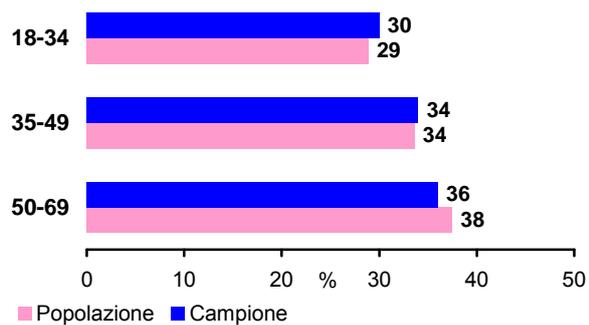
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, sono risultati eleggibili¹ il 96,5% del campione iniziale sono stati sostituiti² per rifiuto o non reperibilità il 24,1% del campione; il tasso di risposta³ è stato del 75,9% e quello di rifiuto⁴ del 17% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

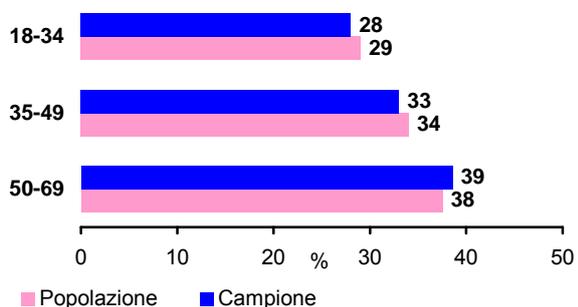
L'età e il sesso

- In Toscana il 50,3% del campione intervistato (1924 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 29% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 37% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è proporzionale alla popolazione di riferimento delle anagrafi aziendali della Regione Toscana

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
Toscana- PASSI 2007 (n= 945)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
Toscana - PASSI 2007 (n= 979)



¹ Soggetto eleggibile= soggetto di età compresa tra i 18 e 69 anni, residente ed iscritto alla anagrafe sanitaria nella ASL di riferimento, in grado di sostenere una intervista telefonica in italiano.

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

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

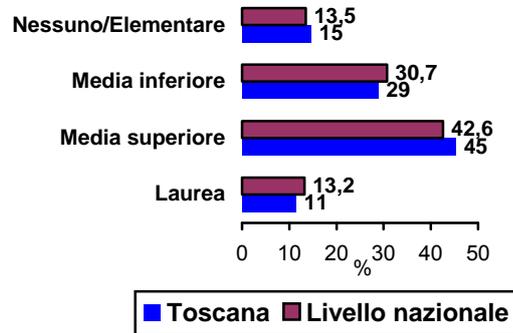
⁴ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti / (numero di interviste + rifiuti + non reperibili)

Il titolo di studio

- In Toscana circa il 15% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore e il 11% è laureato.
- Le donne hanno in generale un livello di istruzione più basso degli uomini, ma fa eccezione la categoria laureati ove rappresentano il 61%.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani, in particolare le donne anziane, mostrano livelli di istruzione assai più bassi rispetto ai più giovani.
- I dati toscani sono sostanzialmente allineati con quelli del pool delle ASL partecipanti.

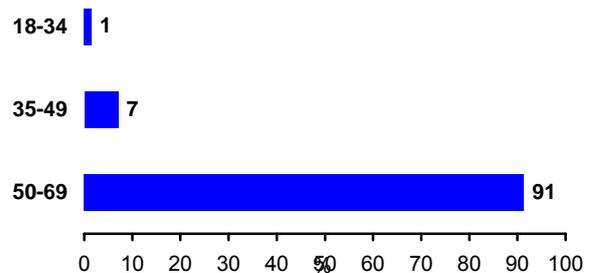
Campione per titolo di studio

Toscana - PASSI 2007 (n= 1919)



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

Toscana - PASSI 2007 (n= 1919)

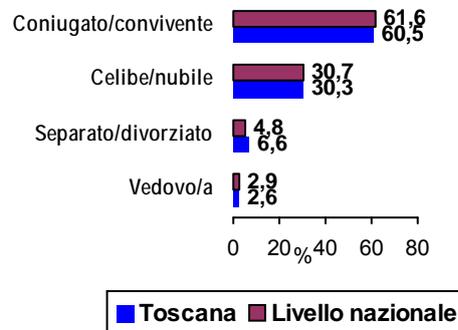


Lo stato civile

- In Toscana i coniugati/conviventi rappresentano circa il 61% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati circa il 7% ed i vedovi/e poco meno del 3%.
- Anche per lo stato civile i dati toscani sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli rilevati dal campione nazionale.

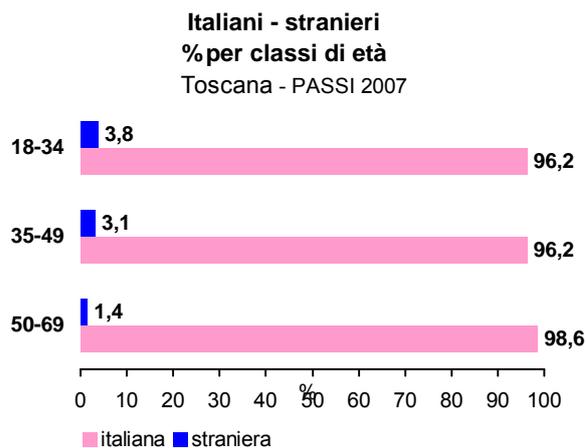
Campione per categorie stato civile

Toscana- PASSI 2007 (n= 1919)



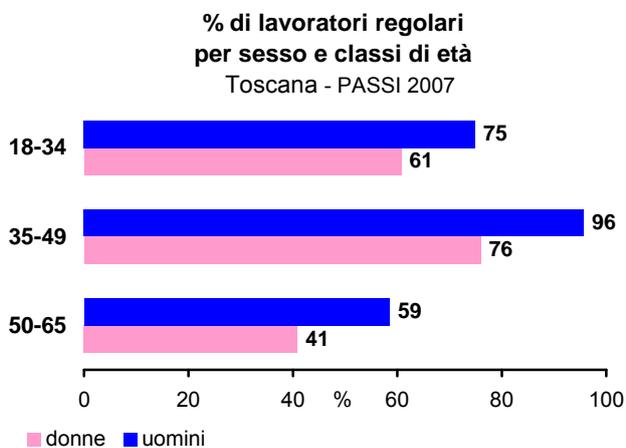
Cittadinanza

- In Toscana più del 97% del campione intervistato è italiano, sono rientrati nel campione solo 47 soggetti stranieri (27 donne e 20 uomini) . Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, solo 10 intervistati rientrano nella classe di età 50-69 anni.
- Poiché il protocollo della sorveglianza prevede il campionamento dall'anagrafe sanitaria e la non eleggibilità degli stranieri non in grado di sostenere una intervista telefonica in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo in Toscana
- I dati Toscani (2,6%) e nazionali (2,55) sulla cittadinanza straniera del campione sono sovrapponibili.



Il lavoro

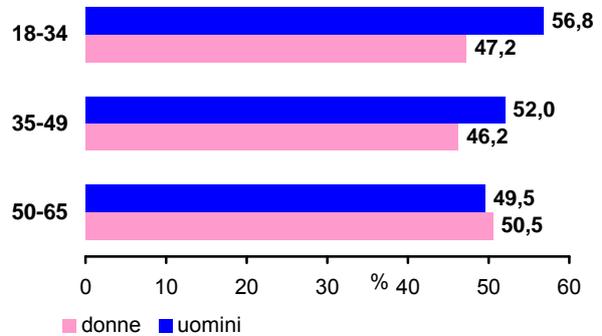
- In Toscana più del 68% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente rispetto al 64% rilevato nel campione nazionale
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" in un lavoro regolare rispetto agli uomini (circa il 60% rispetto a più del 77%). Gli intervistati più giovani e ultra 50enni riferiscono in minor percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto le donne ultra 50enni.



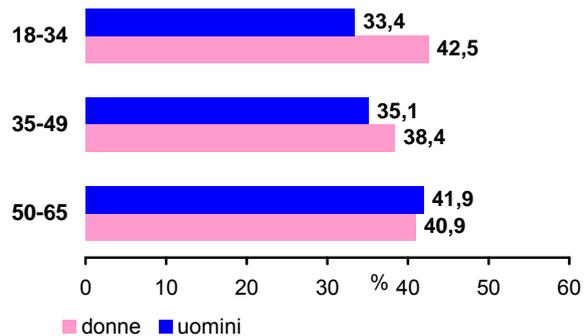
Difficoltà economiche

- In Toscana circa il 12% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, circa il 39% qualche difficoltà e il 49% nessuna. Il campione nazionale invece riferisce di avere molte difficoltà nel 14% dei casi, qualche difficoltà nel 41% e solo nel 45% nessuna difficoltà.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini, ha molte difficoltà il 13% delle donne contro il 11% degli uomini e soprattutto nella classe di età 35-49.
- Tra gli intervistati sono i giovani maschi a riferire una migliore situazione economica.

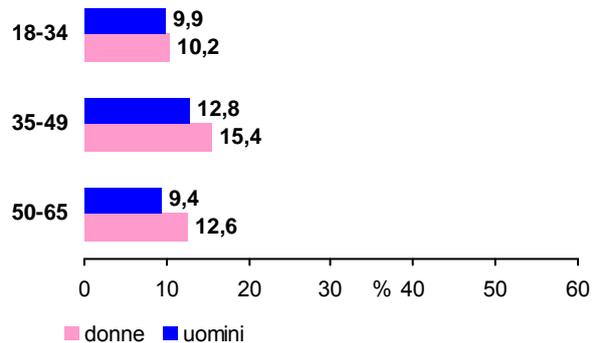
% di intervistati che non riferiscono difficoltà economiche per sesso e classi di età
Toscana- PASSI 2007 (n=1915)



% di intervistati che riferiscono qualche difficoltà economica per sesso e classi di età
Toscana- PASSI 2007 (n=1915)



% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
Toscana- PASSI 2007 (n=1915)



Conclusioni

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

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono utili 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?

Stato di salute percepito positivamente*
Toscana- PASSI 2007 (n= 1921)

- In Toscana il 62% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre più del 34 % riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Meno del 4% 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.

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

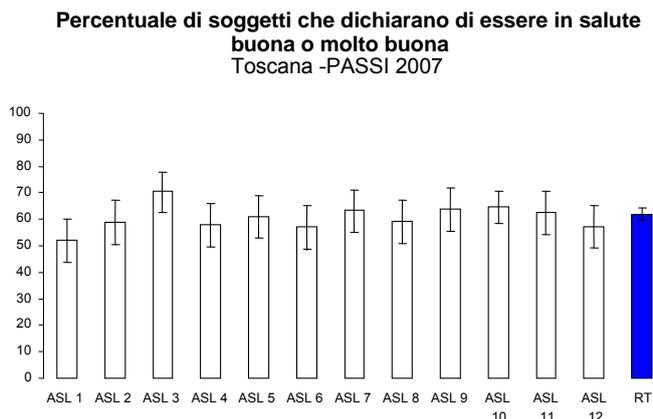
- A livello nazionale quasi il 65% degli intervistati risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute e circa il 77% riferisce di essere stato bene negli ultimi 30 giorni solo il 4,5 ha risposto in modo negativo (male/molto male) in linea con il campione toscano.

Caratteristiche	%
Totale	62,0 (IC95%: 59,8-64,1)
Età	
18 - 34	81,1
35 - 49	62,2
50 - 69	47,0
Sesso	
uomini	66,0
donne	57,9
Istruzione	
nessuna/elementare	35,6
media inferiore	58,8
media superiore	69,4
laurea	73,5
Difficoltà economiche	
molte	50,5
qualche	54,6
nessuna	70,2
Patologia severa**	
presente	34,1
assente	68,1

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

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

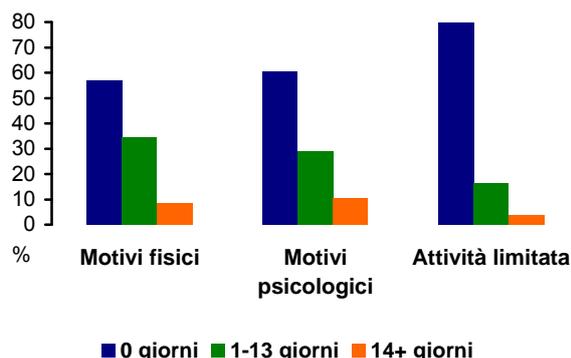
- Nelle AUSL della Regione la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute non presenta differenze significative (range compreso tra il 51% della AUSL 1 di Massa e Carrara e il 71% della AUSL 3 di Pistoia).



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

- In Toscana la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene negli ultimi 30 giorni ;di fatto il 57% riferisce in questo periodo buona salute fisica, il 61% buona salute psicologica e l' 80% non ha riferito limitazione delle attività abituali.
- Tra gli intervistati riferiscono invece cattiva salute per più di 14 giorni nel mese circa il 9% del campione per motivi fisici, l'11% per motivi psicologici e solo il 4% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

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



- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è compreso fra 3 e 4, mentre le attività abituali sono limitate per circa 2 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa).

Giorni in cattiva salute percepita
Toscana- PASSI 2007

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

Conclusioni e raccomandazioni

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

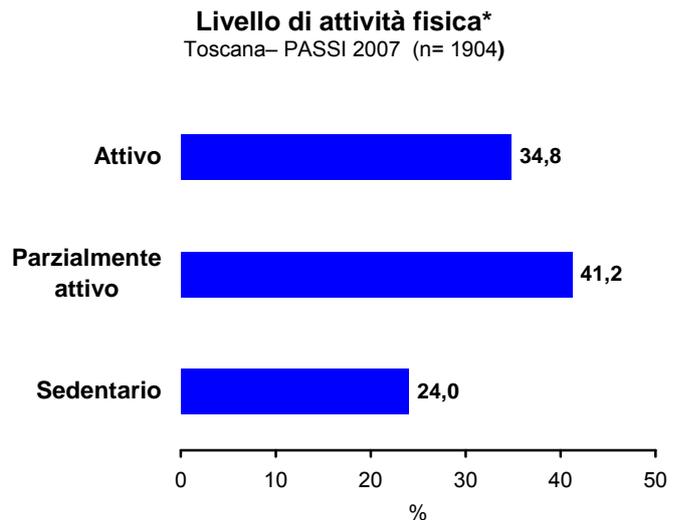
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

- In Toscana circa il 35% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 41% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 24% è completamente sedentario.
- Nel campione delle ASL partecipanti i sedentari risultano essere il 28% a fronte del 33% di attivi.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- I sedentari sono più frequenti nella classe di età più elevata, tra le donne, tra le persone con basso livello di istruzione e tra quelle con molte difficoltà economiche.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico rimangono statisticamente significative le differenze legate al sesso, al livello di istruzione e alle difficoltà economiche.

Sedentari

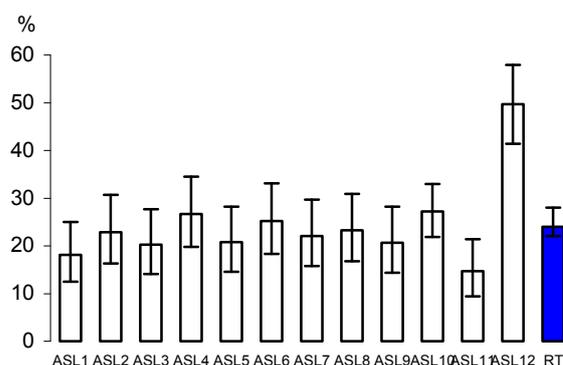
Toscana - PASSI 2007 (n= 1904)

Caratteristiche	%
Totale	24,0 (IC95%: 22,0-26,0)
Classi di età	
18 - 24	22,6
25 - 34	20,9
35 - 49	23,6
50 - 69	26,4
Sesso	
uomini	21,6
donne	26,5
Istruzione	
nessuna/elementare	29,8
media inferiore	26,4
media superiore	22,5
laurea	16
Difficoltà economiche	
molte	28,2
qualche	28,5
nessuna	19,2

- Nelle 12 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative, eccetto che per quella di Viareggio, per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica (range compreso tra il 14,7% della AUSL 11 di Empoli e il 49,7% della AUSL 12 di Viareggio).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% della popolazione è attiva, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.

% di persone che fanno poca o nessuna attività fisica.

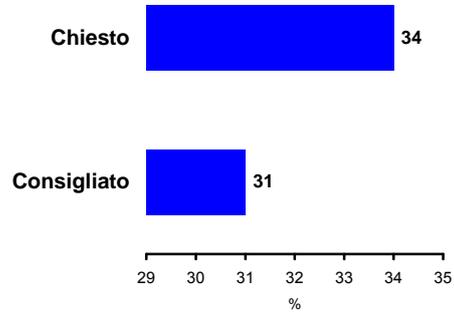
Toscana - PASSI 2007



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

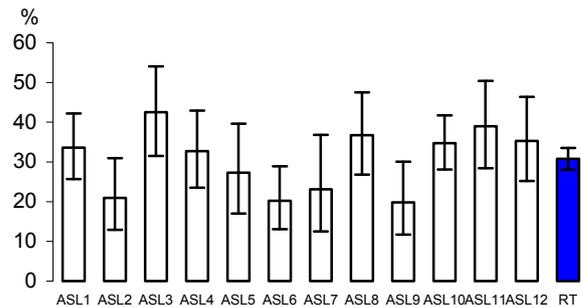
- In Toscana solo il 34% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e solo il 31% riferisce di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Tra le altre ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto se svolge attività fisica mentre il 30% ha ricevuto il consiglio di fare dell'attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
Toscana- PASSI 2007



- La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL (range compreso tra il 20% della AUSL 9 - Grosseto e il 42% della AUSL 3).

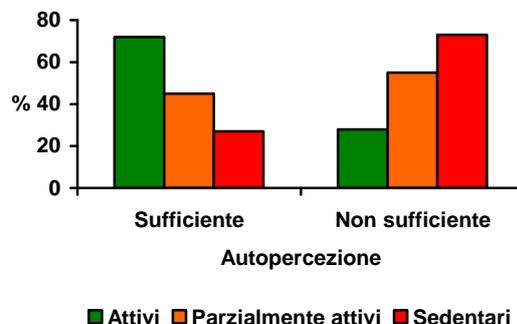
% di persone consigliate dal medico di fare attività fisica
Toscana - PASSI 2007



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come in Toscana il 27% delle persone sedentarie percepiscano il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Questo dato è analogo a quello delle AUSL partecipanti a livello nazionale (26%).

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
Toscana- PASSI 2007 (n= 1904)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Toscana poco più di un terzo della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre circa un quarto delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane, le donne e le persone con basso livello di istruzione.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione degli stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio. Dal nostro campione emerge che l'attività fisica come strumento di prevenzione e miglioramento degli stili di vita sia ancora poco promossa da parte di medici/operatori sanitari, è infatti solo un terzo del campione intervistato che riferisce di aver ricevuto consigli in merito. Questo fatto assume particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività fisica non raramente distorta.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente e sarebbero necessari interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e altri attori.

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 dimezzi il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

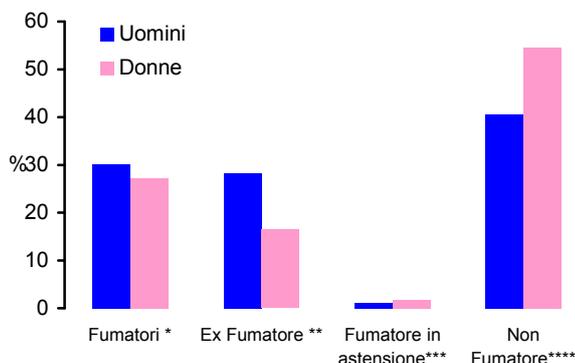
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- In Toscana i fumatori sono pari a circa il 29%, gli ex fumatori al 22%, e i non fumatori al 48% circa; a questi si aggiungono 24 persone (1,5%) che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (31% vs 29%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (54% vs 40%).
- A livello nazionale i fumatori sono circa il 31%, fuma un uomo su tre ed una donna su quattro (35% fumatori uomini e 26% donne).
- La percentuale di soggetti fumatori non risulta sostanzialmente diversa fra le AUSL della Regione Toscana.

Abitudine al fumo di sigaretta
Toscana – PASSI 2007 (n= 1917)



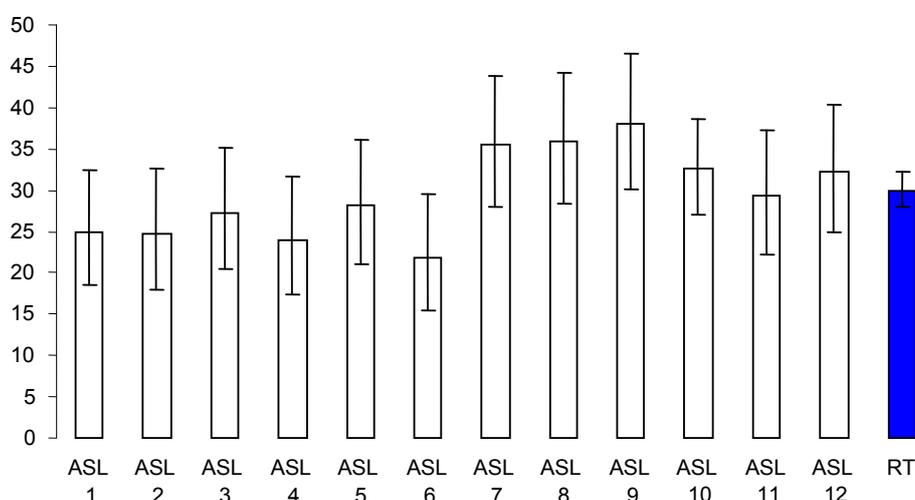
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

***Fumatore in astensione: soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

% di soggetti fumatori fra le ASL della Regione Toscana - PASSI 2007



- Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 31% circa, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50% circa.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra persone con livello di istruzione medio (inferiore e superiore) e con molte difficoltà economiche.
- Valutando le differenze riscontrate con metodi statistici avanzati (analisi multivariata) risultano confermate le associazioni con età, livello di istruzione, difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 13 sigarette e mezzo al giorno. Tra loro, circa il 10% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).
- Anche nel pool delle AUSL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i giovani, tra chi ha un livello di istruzione medio e tra chi ha difficoltà economiche; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

* 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)

^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,001$)

Fumatori

Toscana- PASSI 2007 (n= 1917)

N. Fumatori*	%
544	30,0 (IC95%: 27,9- 32,2)

Età, anni

18 - 24	36,3
25 - 34	35,2
35 - 49	33,9
50 - 69	22,3 [^]

Sesso [^]

M	31,3
F	28,9

Istruzione**

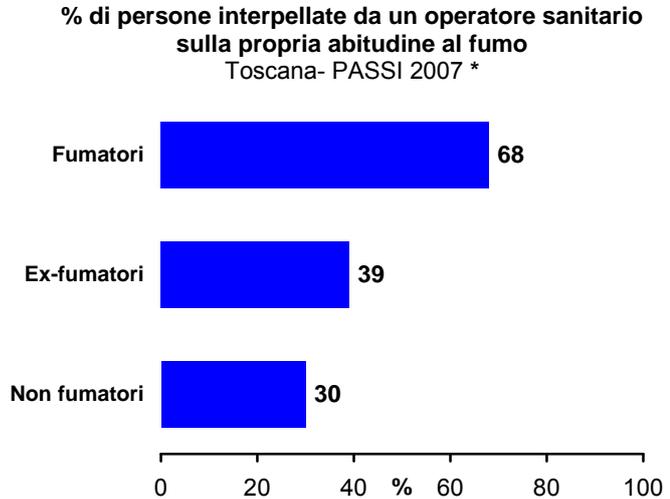
Nessuna/Elem	17,9
Media	38,0 [^]
Superiore	30,7 [^]
Laurea	23,7

Difficoltà economiche

Sì, molte	42,3 [^]
Sì, qualche	29,8
No, Nessuna	27,6

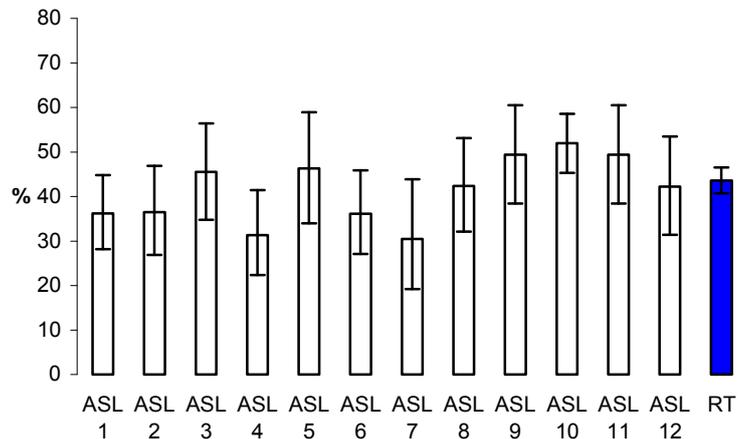
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Su un campione di 1229 intervistati che hanno dichiarato di essersi recati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, solo quattro persone su dieci (44%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo solo il 68% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori e il 30% dei non fumatori.
- Tra le AUSL della Regione Toscana non emergono differenze significative per quanto riguarda la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle abitudini al fumo (range compreso tra il 30% della AUSL 7 di Siena e il 52% della AUSL 10 di Firenze).
- Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% del campione totale ed il 66% dei fumatori.



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 1229)

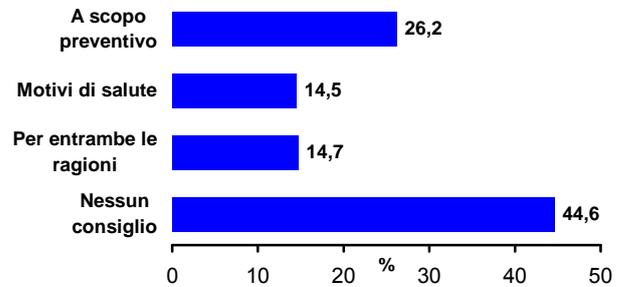
Soggetti a cui sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario nell'ultimo anno per ASL
Toscana - PASSI 2007



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

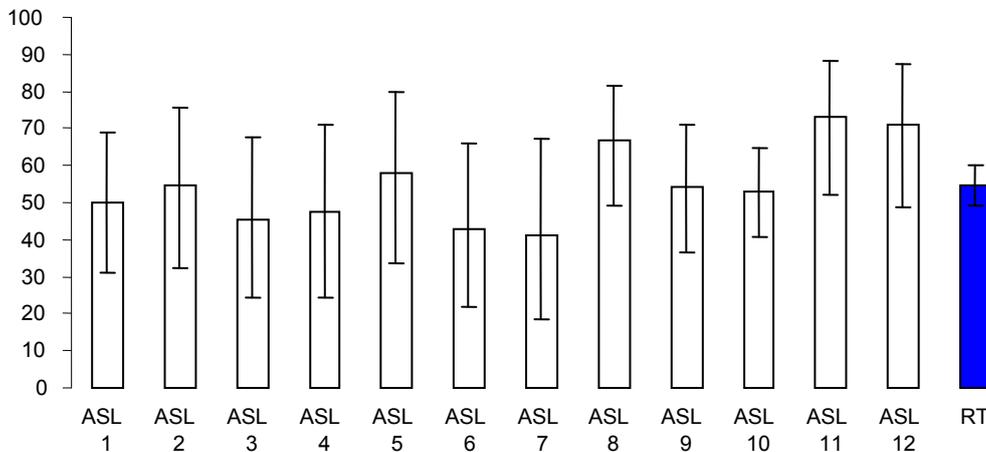
- Degli intervistati che hanno dichiarato di essere fumatori ed essersi recati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, solo il 55% riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (25%).
- Circa il 45% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (45% tra le AUSL partecipanti).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
Toscana- PASSI 2007 *



* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n.486)

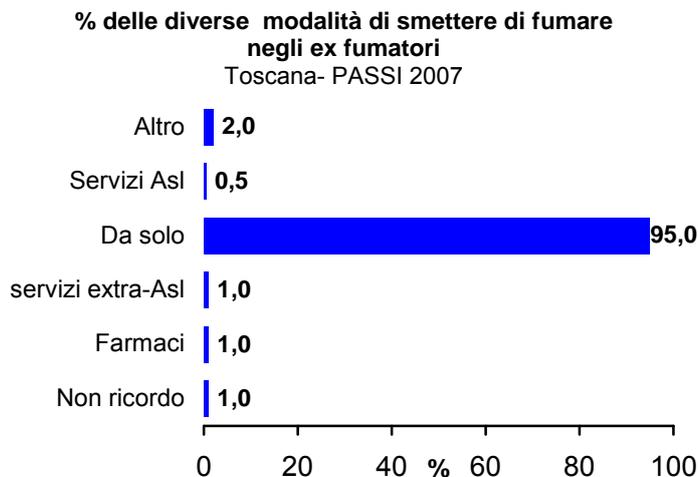
% di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da un operatore sanitario per ASL
Toscana PASSI- 2007



La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL (range compreso tra il 41% della AUSL 7 di Siena e il 73% della AUSL 11 di Empoli).

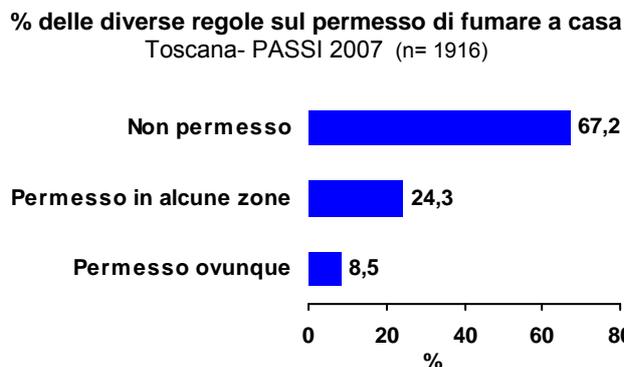
Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori il 95% ha smesso di fumare da solo e meno del 1 % riferisce di aver fruito di servizi ASL.
- Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale il 95,6% dei fumatori ha smesso da solo.
- Circa il 36 % degli attuali fumatori in Toscana ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno tentando prevalentemente da solo (90%) o con farmaci.



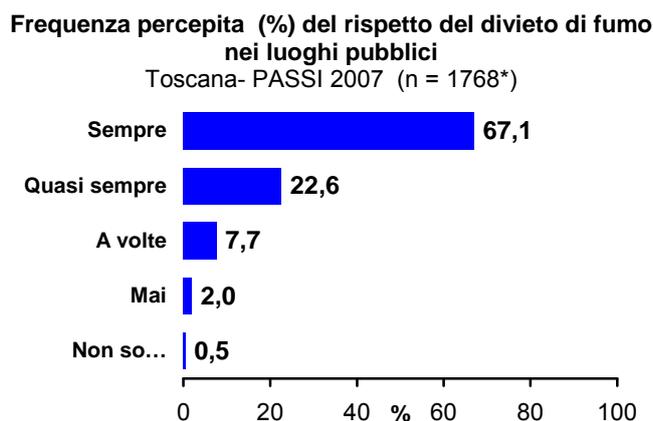
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Due terzi degli intervistati dichiara che non si fuma nella propria abitazione.
- Nel terzo restante dei casi solo 1 persona su quattro permette il fumo nell'abitazione senza limitazioni.



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate riferiscono, circa nel 90% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Circa il 10% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale le percentuali sono rispettivamente del 84,3% e del 15,7%.

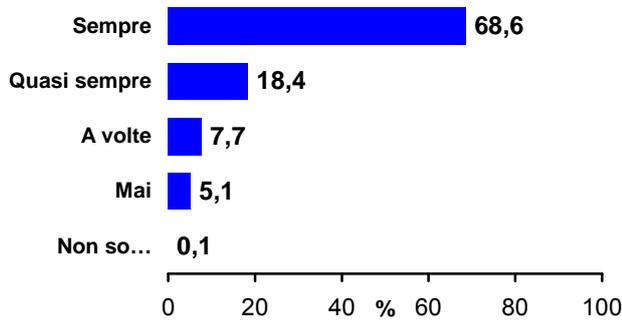


*intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

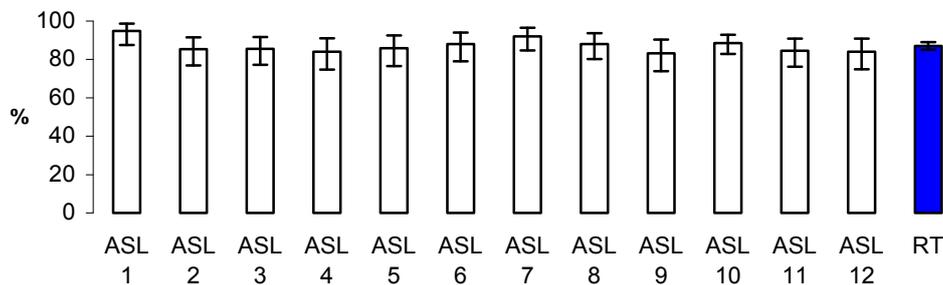
- Tra le persone intervistate che lavorano nove su dieci riferiscono che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Solo una dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale le percentuali sono rispettivamente del 84,5% e del 15,5%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
Toscana - PASSI 2007 (n= 1207*)



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

Lavoratori che ritengono rispettata sempre o quasi sempre la legge sul divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL
Toscana- PASSI 2007



- Nelle 12 AUSL della Regione non emergono sostanziali differenze (range compreso tra 95% della ASL 1 di Massa Carrara e 83% della ASL 9 di Grosseto).

Conclusioni e raccomandazioni

In Toscana un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani si rileva che nella classe d'età dei 18-34enni, quasi 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Solo il 42% del campione intervistato ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo e poco più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere.

Sono in numero esiguo 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.

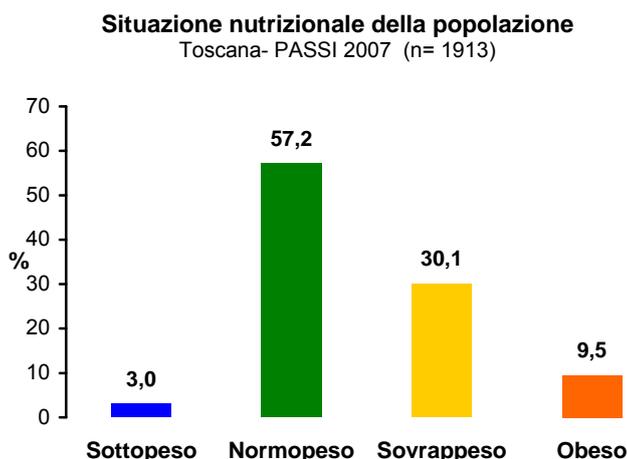
Situazione nutrizionale

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?

- In Toscana il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 30% sovrappeso e poco più del 9% obeso.
- Complessivamente si stima che circa quattro persone su dieci della popolazione presentino un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità, in linea con quanto emerge dal campione delle ASL a livello nazionale.



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

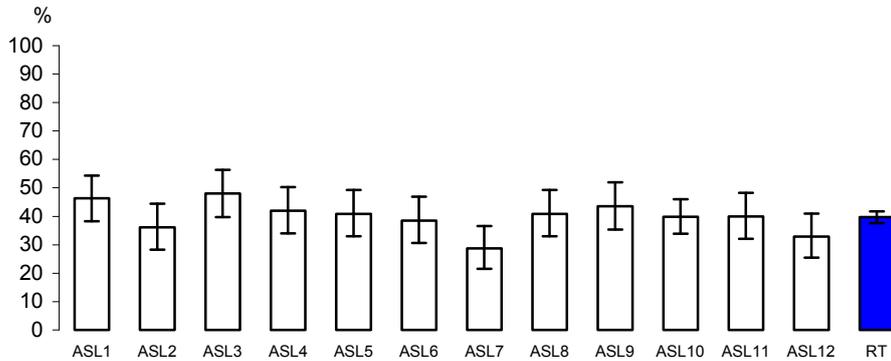
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- Gli obesi sono ugualmente rappresentati nei due sessi, mentre il sovrappeso è prevalente nel sesso maschile. (40% vs 20%).
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si osserva che la probabilità di avere l'eccesso ponderale è maggiore nelle persone con livelli di età più elevati, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

Popolazione con eccesso ponderale
Toscana- PASSI 2007 (n= 1913)

Caratteristiche	Sovrappeso %	Obesi %
Totale	30.1 (IC95% 28.1-32,2)	9.6 (IC95% 8,2-10.9)
Classi di età		
18 - 34	16.1	3,9
35 - 49	31,1	8,5
50 - 69	40,1	14,9
Sesso		
uomini	40,9	10.0
donne	19,6	9.1
Istruzione		
nessuna/elementare	43,3	17,9
media inferiore	33,0	12,8
media superiore	26,4	6,1
laurea	21,3	4,3
Difficoltà economiche		
molte	32,6	14,6
qualche	32,6	11,3
nessuna	27,8	6,9

- Per quanto riguarda la situazione nelle AUSL, si osserva una differenza significativa tra la AUSL 7 di Siena e la media regionale. Il range è compreso tra il 29% rilevato nella AUSL 7 ed il 48% rilevato nella AUSL 3 di Pistoia.

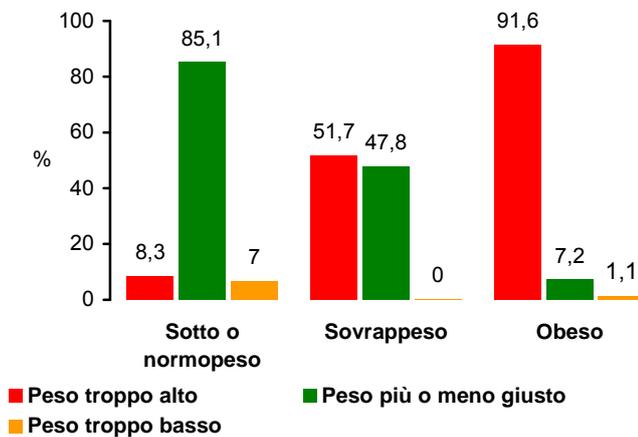
% di persone in eccesso ponderale
Toscana - PASSI 2007



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- In Toscana 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 negli obesi (92%) e nei normopeso (85%), mentre tra le persone in sovrappeso poco più della metà ha una percezione coincidente.

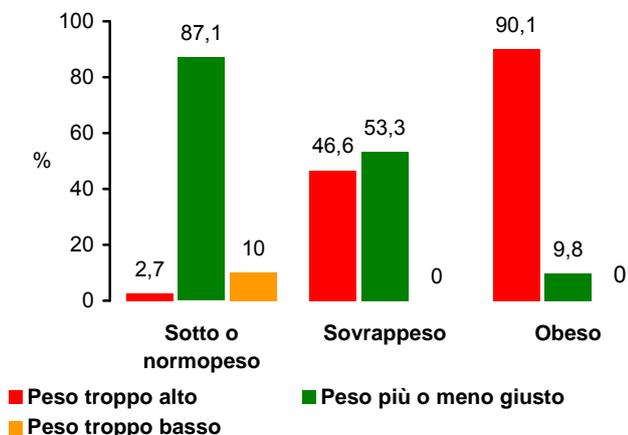
Percezione della propria situazione nutrizionale
Toscana- PASSI 2007 (n= 1909)



- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra gli uomini il sovrappeso è percepito come più o meno giusto in più della metà degli intervistati a differenza delle donne che ritengono accettabile il loro sovrappeso solo in un terzo dei casi circa (36%).

Percezione della propria situazione nutrizionale negli uomini

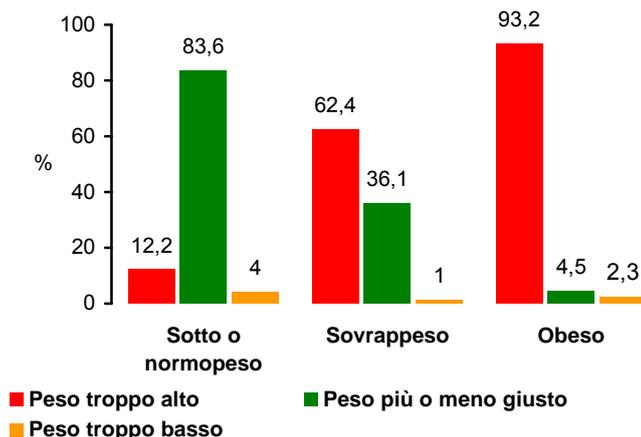
Toscana- PASSI 2007 (n= 938)



- Tra i normopeso/sottopeso il 12% circa delle donne considera il proprio peso troppo alto rispetto al 3% degli uomini, che viceversa nel 10% dei casi ritengono il proprio peso troppo basso.
- Tra gli obesi maschi uno su dieci percepisce il proprio peso come più o meno giusto.

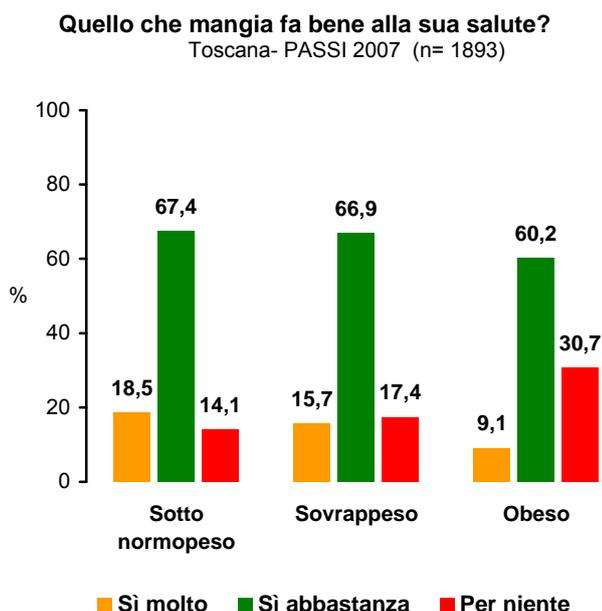
Percezione della propria situazione nutrizionale nelle donne

Toscana- PASSI 2007 (n= 966)



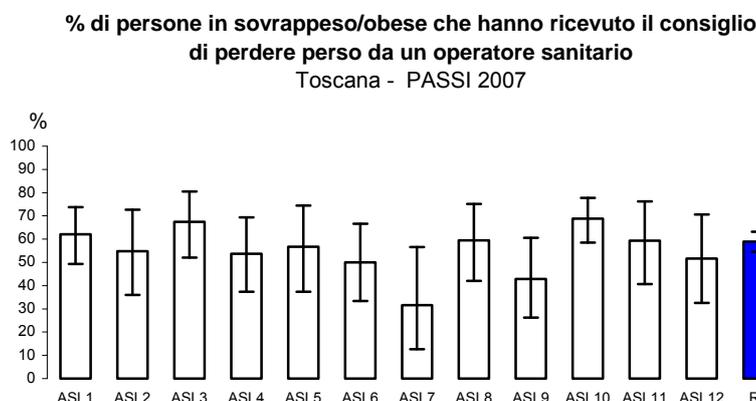
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In Toscana mediamente otto intervistati su dieci (83%) ritengono di avere una alimentazione corretta per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto"): in particolare 86% dei sottopeso/normopeso, 83% dei sovrappeso e 70% degli obesi.



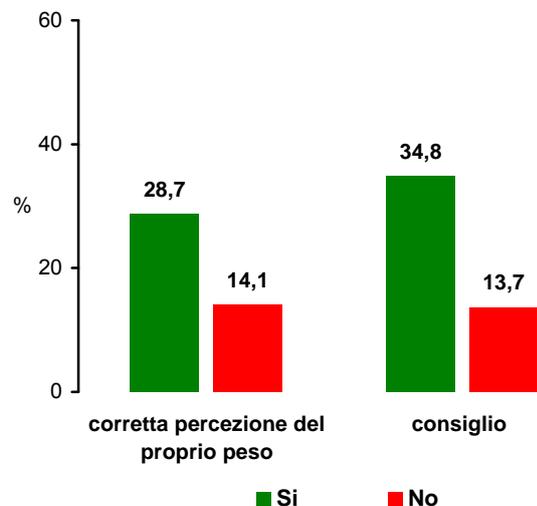
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Toscana tra le persone sovrappeso/obese intervistate che riferiscono di essersi recate dal medico o hanno contattato un altro operatore sanitario nell'ultimo anno solo il 59% ha ricevuto il consiglio di perdere peso; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 48% delle persone in sovrappeso e il 88% delle persone obese.
- Dal campione di ASL a livello nazionale emerge che ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario il 48% delle persone in sovrappeso e il 81% degli obesi.
- La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL (valori compresi tra il 32% della AUSL 7 di Siena ed il 69% della AUSL 10 di Firenze).



- Solo una persona su quattro (24%) delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (21,5% nei sovrappeso e 33,6% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (36% vs il 18% degli uomini)
 - negli obesi (34% vs il 22% dei sovrappeso)
 - nelle persone in sovrappeso che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (29% vs il 14% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (35% vs 14%).

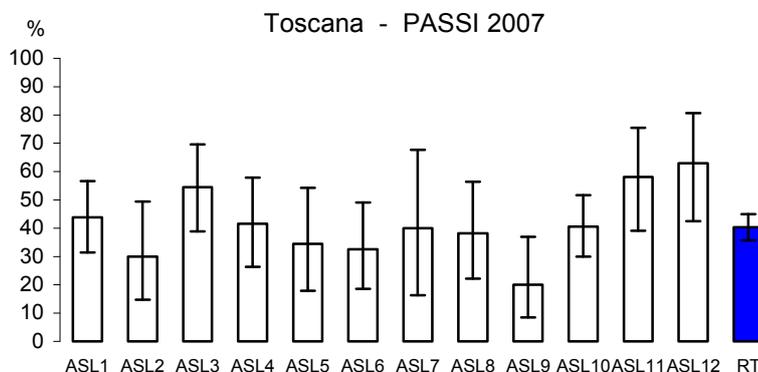
Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari
Toscana - PASSI 2007



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

- In Toscana circa una persona su quattro in eccesso ponderale è sedentaria (25% nei sovrappeso e 29% negli obesi).
- Il 40% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 77% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 74% di chi non l'ha ricevuto.
- La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL (valori compresi tra il 20% della AUSL 9 di Grosseto ed il 63% della AUSL 12 di Viareggio).

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario



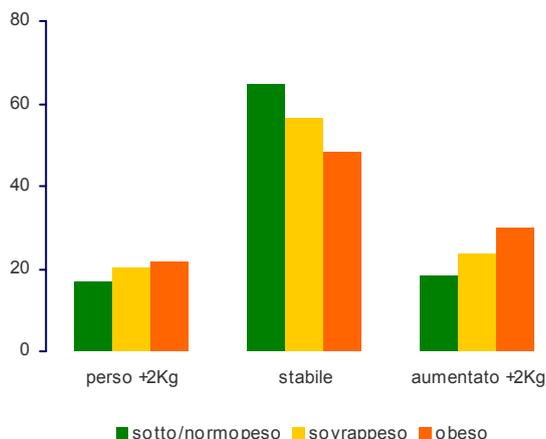
Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

In Toscana il 21% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

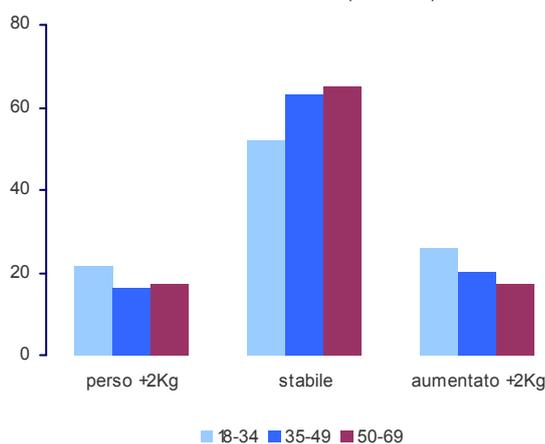
La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- nelle persone in eccesso ponderale (30% negli obesi e il 23% nei sovrappeso vs 18% dei normopeso)
- nella fascia d'età di 18-34 anni (26% vs 20% in quella 35-49 anni e 17% nella 50-69 anni)

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
Toscana- PASSI 2007 (n= 1893)

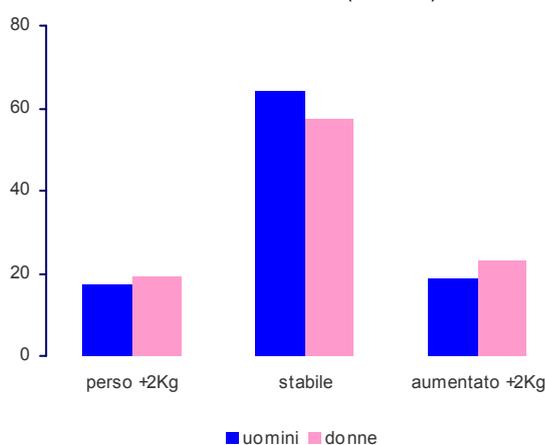


Cambiamenti negli ultimi 12 mesi per classi di età
Toscana- PASSI 2007 (n= 1900)



Complessivamente il peso riferito risulta più stabile nel sesso maschile (uomini 64% vs donne 57%) mentre nelle donne si osserva in maggior misura sia l'incremento (23% vs. 18%) che la diminuzione (19% vs. 17%) del peso negli ultimi 12 mesi.

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi per sesso
Toscana- PASSI 2007 (n= 1900)



Conclusioni e raccomandazioni

In Toscana l'eccesso ponderale è abbastanza diffuso (40%) e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo la metà dei soggetti sovrappeso percepisce il proprio peso "troppo alto" e questo si verifica prevalentemente nelle donne; la maggior parte dei soggetti giudica corretta la propria alimentazione, ma una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da una persona su quattro in eccesso ponderale così come uno su quattro dei sovrappeso/obesi è sedentario,

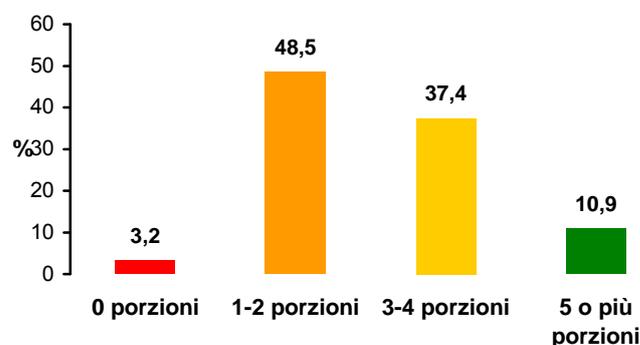
I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute.

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 mortalità 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 di tipo 2. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

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

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Toscana- PASSI 2007 (n= 1920)

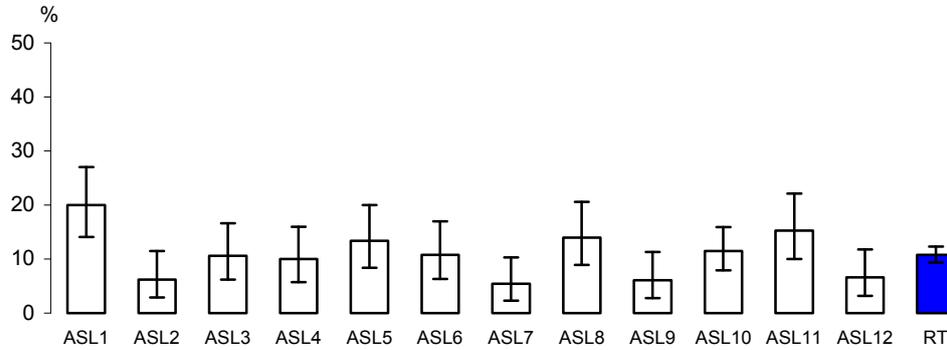


- In Toscana solo 3 intervistati su cento dichiarano di non consumare frutta e verdura giornalmente mentre tutti gli altri dichiarano di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo una persona su dieci però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa quattro su dieci ne mangiano 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (14%), tra le donne (13%) e tra le persone con alto livello d'istruzione (18%); non emergono differenze legate alla condizione economica e allo stato nutrizionale.
- Analizzando con un modello logistico multivariato tutte queste caratteristiche insieme, l'adesione al "5 a day" rimane significativamente associata dal punto di vista statistico con l'età, il sesso ed il livello di istruzione.

Consumo di frutta e verdura Toscana- PASSI 2007 (n=1920)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	10,9
Classi di età	
18 - 34	8,6
35 - 49	9,6
50 - 69	13,7
Sesso	
uomini	8,4
donne	13,2
Istruzione	
nessuna/elementare	10,1
media inferiore	9,9
media superiore	9,8
laurea	18,4
Difficoltà economiche	
molte	11,2
qualche	10,9
nessuna	10,5

Nelle 12 AUSL della Regione non emergono differenze significative riguardo la percentuale di persone che aderisce al "5 a day" ad eccezione della AUSL 1 di Massa-Carrara (range compreso fra il 5,4% della AUSL 7 di Siena ed il 20,0% della AUSL 1 di Massa-Carrara).

% di persone che aderiscono al "5 a day"
Toscana - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

In Toscana permane la buona abitudine di consumare giornalmente almeno una porzione di frutta e verdura nella maggior parte delle persone: poco più della metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo 1 persona su dieci assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie; in questo gruppo prevalgono le donne, gli ultracinquantenni ed i soggetti con elevato livello di istruzione.

I giovani dovrebbero costituire il target prioritario di interventi di promozione di corrette abitudini alimentari.

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?

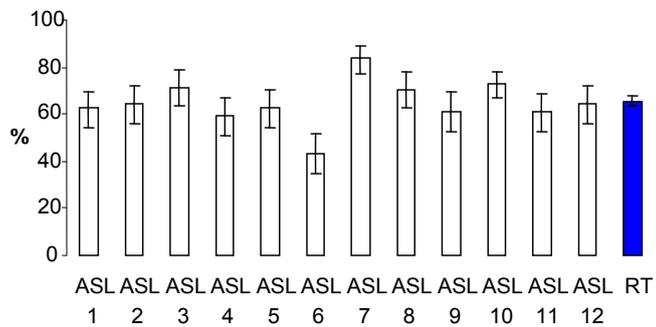
- In Toscana la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 65,7%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia 18-24 anni. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Analizzando assieme i fattori studiati con un modello di regressione logistica, si aggiunge la significatività statistica per livello di istruzione più elevato.
- Il 60% circa consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 40% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
Toscana-PASSI 2007 (n= 1904)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	65,7 (IC95%:63,6-67,7)
Classi di età	
18 - 24	75.6
25 - 34	69.8
35 - 49	63.2
50 - 69	63
Sesso	
uomini	79.2
donne	52.2
Istruzione	
nessuna/elementare	57.9
media inferiore	62.7
media superiore	68.6
laurea	72.3
Difficoltà economiche	
molte	56.8
qualche	66.4
nessuna	67.1

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

- La AUSL 6 Livorno ha un valore significativamente minore della media regionale (range compreso tra il 43% della AUSL 6 di Livorno e 84% della AUSL 7 di Siena).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61,3%.

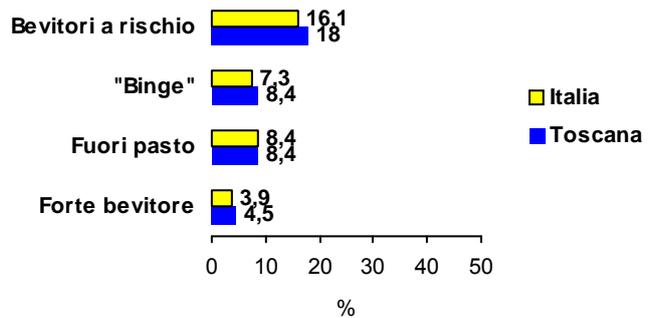
Soggetti che ha bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese per ASL
Toscana - PASSI 2007



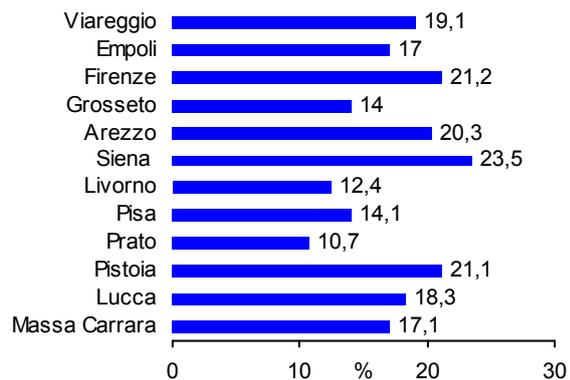
Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 18% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Circa l'8% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Circa l'8% 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 4,5% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle AUSL della Regione i "bevitori a rischio" vanno dal 10,7% della AUSL 4 di Prato al 23,5% della AUSL 7 di Siena.
- I dati regionali sono sostanzialmente in linea con quelli rilevati dal PASSI nazionale.

Bevitori a rischio* per categorie
Toscana- PASSI 2007 (n= 1892)



"Bevitori a rischio* nelle ASL"
Toscana- PASSI 2007 (n= 1893)



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

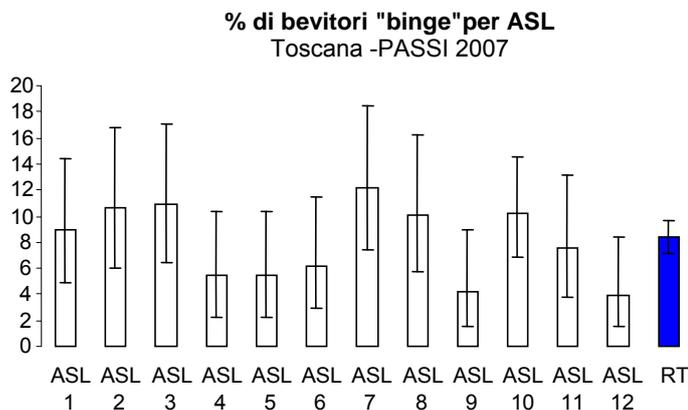
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda 153 intervistati (8.4%) e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani, e negli uomini, e in soggetti con difficoltà economiche mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.

Consumo "binge" (ultimo mese) - Toscana PASSI 2007 (n= 1890)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"
Totale	8,4 (IC95%: 7.1-9.7)
Classi di età	
18 - 24	14.5
25 - 34	12.7
35 - 49	7.5
50 - 69	5.3
Sesso	
uomini	13.4
donne	3.4
Istruzione	
nessuna/elementare	5
media inferiore	10
media superiore	8.3
laurea	8.5
Difficoltà economiche	
molte	12
qualche	8
nessuna	7.7

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

Non emergono differenze statisticamente significative fra le varie AUSL della Toscana i cui valori sono compresi tra un minimo di 4% della ASL 9 di Grosseto ed un massimo di 12% della ASL 7 di Siena.

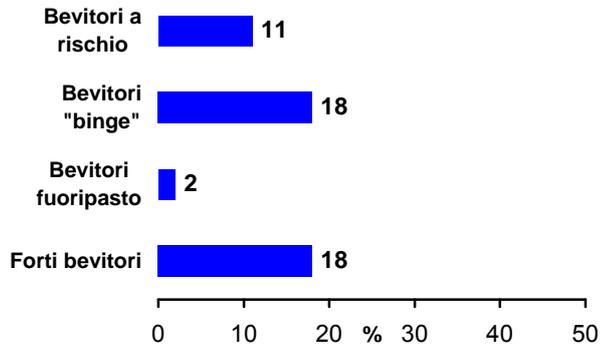


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In Toscana solo il 17% degli intervistati che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi riferisce che il medico o un altro operatore sanitario si è informato sulle abitudini di consumo alcolico.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico ha ricevuto il consiglio di bere meno l'11%, tra i bevitori "binge" il 18%, tra quelli che bevono fuori pasto il 2% e tra i forti bevitori il 18%.
- Non si evidenziano differenze statisticamente significative fra le 12 AUSL della Regione Toscana.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%; il % dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da un operatore sanitario.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

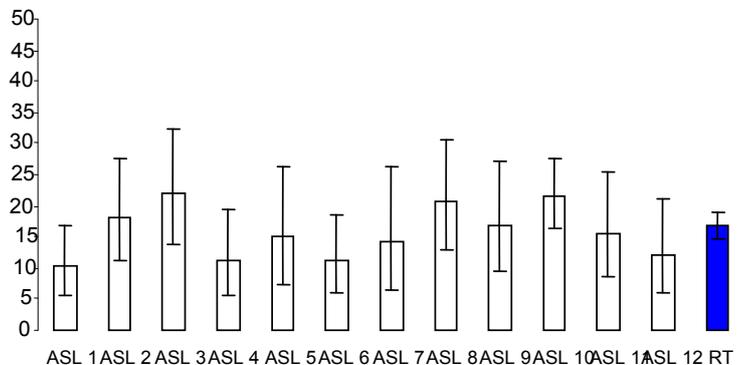
(al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)
Toscana- PASSI 2007 (n= 1191)



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

% soggetti a cui sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario ASL

Toscana -PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

In Toscana si stima che circa due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo 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

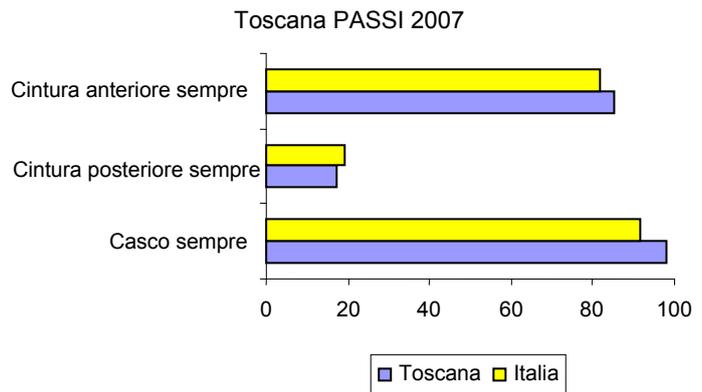
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia oltre 225.078 incidenti stradali con 5.426 morti e 313.727 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. In Toscana (elaborazione ARS su fonte ISTAT) nel 2004 si sono registrati un rapporto di letalità per incidenti stradali (numero morti per 1000 incidenti) pari a 18,6 ed un rapporto di lesività (numero feriti/1000 incidenti) pari a 1312,2.

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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'85,3%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (17,4%)
- In Toscana tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98,1% riferisce di usare sempre il casco

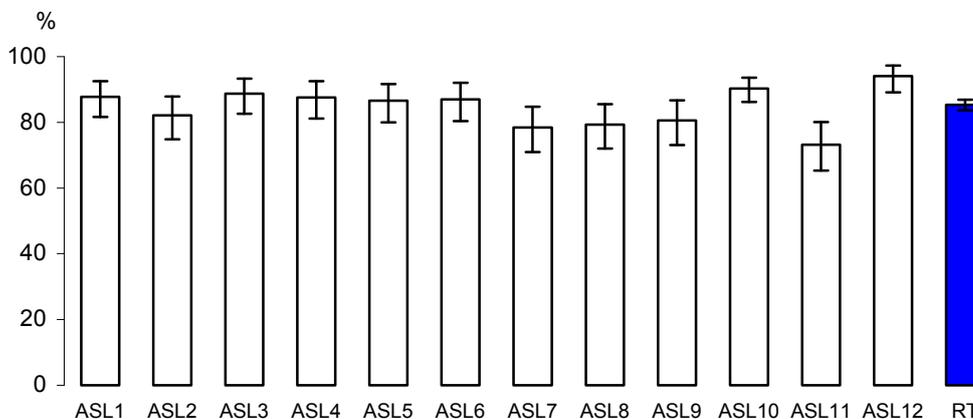
Uso dei dispositivi di sicurezza (%)



- Nelle 12 AUSL della Regione la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale ad eccezione della AUSL 11 di Empoli (range dal 73,2% di Empoli al 94,1% della AUSL 12 di Viareggio per la cintura anteriore e dal 7,3% della AUSL 9 di Grosseto al 24,1% della AUSL 6 di Livorno per quella posteriore).

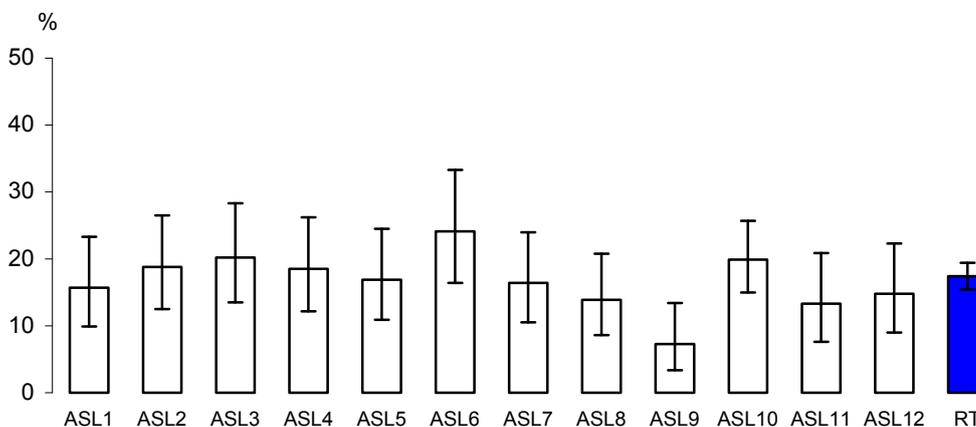
Percentuale di persone che usano la cinutura anteriore sempre

Toscana - PASSI 2007



Percentuale di persone che usano la cinutura posteriore sempre

Toscana - PASSI 2007



- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore rispetto al dato regionale, per l'uso della cintura anteriore (81,8%) e del casco (91,5%).

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 10,5% 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 16,6%; questa abitudine sembra essere più diffusa nei soggetti tra 18 e 34 anni, tra gli uomini e tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con una regressione logistica, le differenze di comportamento nei giovani, tra uomini e donne e tra chi ha molte difficoltà economiche rispetto agli altri rimangono statisticamente significative.
- Il 12,0% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le diverse AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dal 9,8% della AUSL 5 di Pisa al 21,3% della AUSL 2 di Lucca).
- Nel campione nazionale delle ASL partecipanti, tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale di quelle che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13,0% mentre il 9,5% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

Toscana - PASSI 2007 (n= 1207)

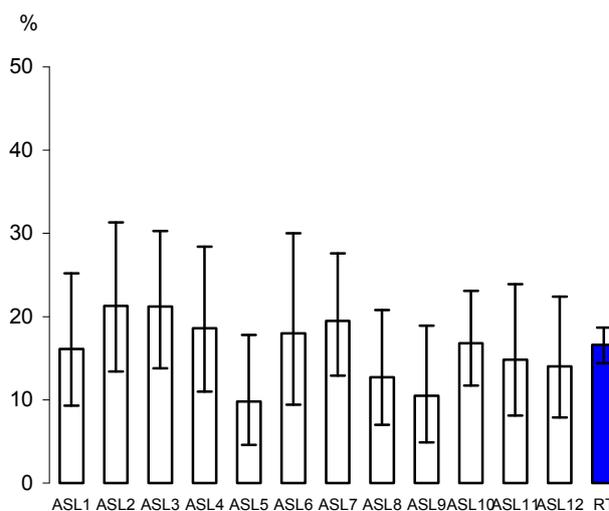
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	16,6 (IC95%: 14,4-18,7)
Classi di età	
18 - 24	16,5
25-34	22,2
35 - 49	14,6
50 - 69	15,4
Sesso	
uomini	23,1
donne	6,4
Istruzione	
nessuna/elementare	11,7
media inferiore	19,1
media superiore	16,3
laurea	16,7
Difficoltà economiche	
molte	20,5
qualche	16,1
nessuna	16,4

* 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

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol

Toscana - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

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

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema piuttosto diffuso in considerazione che un intervistato su dieci dichiara di aver guidato o di essersi fatto trasportare da persone che guidavano sotto l'effetto di alcol.

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 di tutti i dispositivi di sicurezza e dell'alcolemia.

Infortunati 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?

- In Toscana la percezione del rischio di infortunio in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 92,5% 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 molte difficoltà economiche sembrano avere una più alta 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.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche (regressione logistica) si osserva che la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata sul piano statistico al sesso maschile e all'assenza di difficoltà economiche.
- Tra le varie AUSL della Toscana nella AUSL 6 di Livorno si osserva una percentuale di percezione del rischio di infortunio significativamente inferiore al valore regionale (range dal 82,4% della AUSL 6 al 95,9% della AUSL 9 di Grosseto).
- Nelle pool nazionale delle AUSL partecipanti la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91,2%, in linea con il dato regionale.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico Toscana- PASSI 2007 (n= 1919)

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico ¹
Totale	92,5 (IC 95%: 91,4-93,8)
Età	
18 - 34	92,9
35 - 49	91,4
50 - 69	93,4
Sesso*	
Uomini	94,6
Donne	90,5
Istruzione	
Nessuna/elementar eeee	92,9
S. media inferiore	93,8
S. media superiore	92,5
Laurea	89,1
Difficoltà economiche²*	
Molte	89,3
Qualche	91,9
Nessuna	93,9
Persone potenzialmente a rischio³*	
Si	91,1
No	93,4

¹ possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

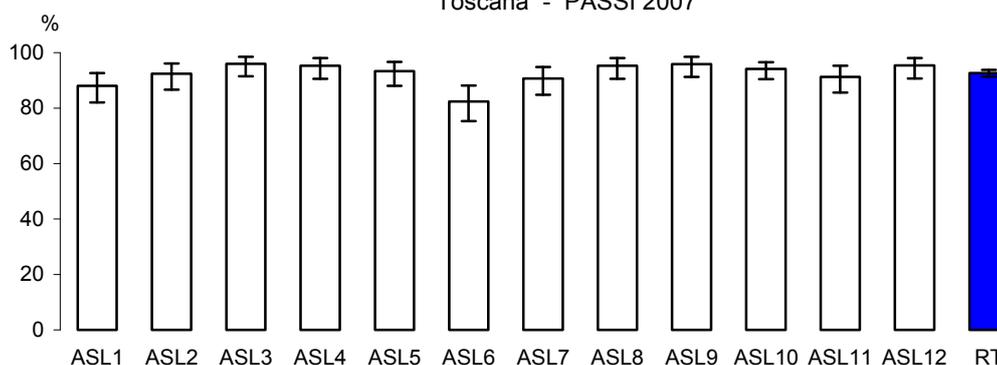
² Difficoltà economiche: molte = chi arriva a fine mese con molte difficoltà; qualche = chi arriva a fine con qualche difficoltà, nessuna = chi arriva a fine mese molto o abbastanza facilmente

³ si: presenza di anziani e/o bambini

* differenza significativa sul piano statistico

% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico

Toscana - PASSI 2007



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

- In Toscana solo il 30% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che non hanno alcuna istruzione o elementare.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con una regressione logistica si osserva che aver ricevuto informazioni è associato significativamente sul piano statistico all'età (50-69 anni e 35-49 rispetto alla classe più bassa), mentre il livello di istruzione non mostra differenze significative, così pure il sesso e le difficoltà economiche.

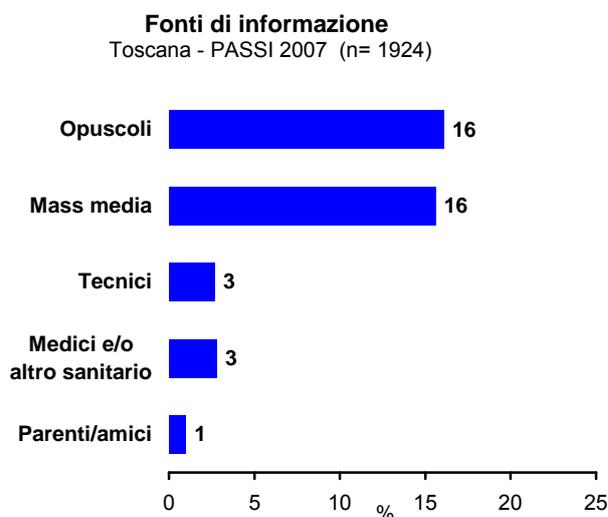
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi Toscana- PASSI 2007 (n= 1918)	
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	30,2 (IC 95%:67,6-71,8)
Età*	
18 - 34	19,7
35 - 49	32,5
50 - 69	36,3
Sesso	
Uomini	28,9
Donne	31,5
Istruzione	
Nessuna/elementare	32,9
S. media inferiore	31,1
S. media superiore	29,2
Laurea	28,7
Difficoltà economiche¹	
Molte	31
Qualche	31,7
Nessuna	29,1
Persone potenzialmente a rischio²	
Si	30,5
No	30,1
Percezione del rischio	
Alta	34,2
Bassa	29,9

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

² si: presenza di anziani e/o bambini

* differenza significativa sul piano statistico

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (in entrambe i casi 16% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.
- Nelle AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range compreso tra il 22% della AUSL 7 di Siena ed il 38,7% della AUSL 4 di Prato).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni è pari al 27,6%.



Adozione di misure tra chi riferisce di aver ricevuto informazioni

- In Toscana tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 26% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio tra gli uomini e tra chi vive con persone potenzialmente a rischio.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con una regressione logistica si osserva l'aver adottato misure preventive presenta un'associazione significativa con il sesso maschile e l'alta percezione del rischio.
- La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente analisi attendibili a livello di AUSL.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Toscana - PASSI 2007 (n= 454)

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	26,3 (IC 95%: 22,2-30,4)
Età	
18 - 34	23,1
35 - 49	27,7
50 - 69	26,6
Sesso	
Uomini	30,3
Donne	22,6
Istruzione	
Nessuna/elementare	26,7
S. media inferiore	29,5
S. media superiore	24,8
Laurea	23,0
Difficoltà economiche¹	
Molte	33,4
Qualche	28,9
Nessuna	22,6
Persone potenzialmente a rischio²	
Si	30,4
No	24,1
Percezione del rischio	
Alta	53,0
Bassa	23,6

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

² si: presenza di anziani e/o bambini

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è una pratica di provata efficacia finalizzata a ridurre incidenza, gravità e letalità delle epidemie stagionali; previene infatti la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e le complicanze dell'infezione (protezione individuale).

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

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

- In Toscana il 14% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata nella campagna 2006/07.

- La fascia d'età del campione (18-69 anni) non fornisce informazioni relative alla vaccinazione degli anziani (65 anni e oltre) ma può fornire informazioni sulle altre classi di età e sui portatori di patologie croniche.

- L'analisi mediante un modello logistico conferma che sono soprattutto le persone di età compresa tra i 50 ed i 64 anni, con basso livello di istruzione ed i soggetti affetti da almeno una patologia cronica ad essersi sottoposti a vaccinazione antinfluenzale durante la stagione invernale 2006-2007..

- I dati relativi al pool di AUSL partecipanti a livello nazionale sono in linea con quelli regionali confermando che solo il 12,5% dei soggetti tra i 18 ed i 64 anni ha dichiarato di aver effettuato la vaccinazione nella stagione 2006/07..

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

Toscana- PASSI 2007 (n= 740)

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	14,0
	(IC95%:11,4- 16,6)
Età	
18-34	6,5
35-49	12,4
50-64	23,4
Sesso	
uomini	12,9
donne	15,2
Istruzione*	
bassa	19,8
alta	10,1
Difficoltà economiche	
sì	15,0
no	13,5

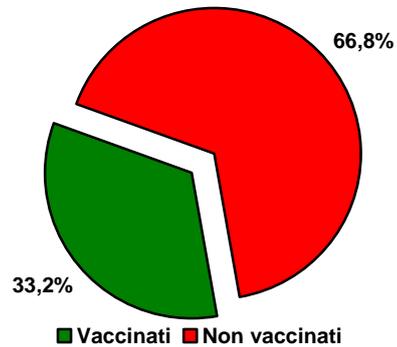
* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica quasi tre quarti riferiscono di non essersi vaccinati.

- I dati relativi al pool di AUSL partecipanti a livello nazionale sono in linea con quelli regionali confermando che solo il 28,1% dei soggetti con almeno una patologia cronica hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale nella stagione 2006/07.

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

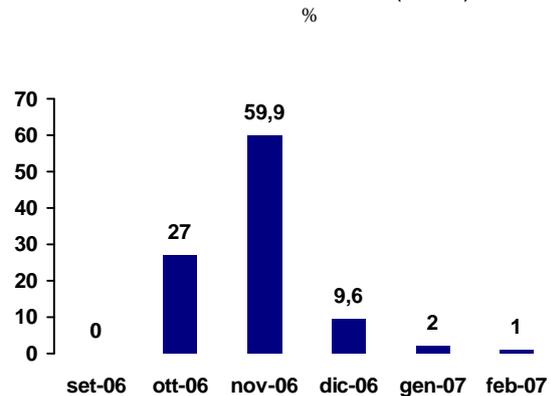
Toscana PASSI 2007 (n= 129)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quale mese della stagione lo abbiano fatto. In Toscana la maggior parte delle persone ha praticato la vaccinazione durante i mesi di Ottobre e Novembre come indicato dalle linee guida nazionali e regionali.

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

Toscana PASSI 2007 (n= 92)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate.

L'obiettivo ottimale è il 95%, con obiettivo minimo del 75% per tutti i gruppi target.

Le indicazioni emanate annualmente a livello nazionale e le strategie adottate in Regione Toscana hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni nella campagna 2006/07 (69,3% secondo i dati Regionali), ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulterebbe essere ancora insufficiente (28,8%).

Per quanto riferito si stima che solo una persona su quattro che presentano almeno una patologia cronica si è vaccinata nella campagna 2006/2007.

Esiste una notevole differenza tra il valore "desiderabile" di copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione a rischio 18-64 anni e quello "reale" stimato sia a livello regionale che nazionale.

La copertura vaccinale antinfluenzale, specialmente nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, molto migliorata.

La predisposizione di registri di soggetti a rischio, allo scopo di offrire la vaccinazione anche tramite chiamata attiva, è tra le azioni raccomandate da intraprendere per migliorare il livello di copertura vaccinale in queste categorie.

E' importante inoltre diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come attività di provata efficacia tra il personale sanitario al fine di integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione anche 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%.

La Regione Toscana ha promosso un Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita raggiungendo ottime coperture vaccinali nei nuovi nati e negli adolescenti.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 36.6 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.

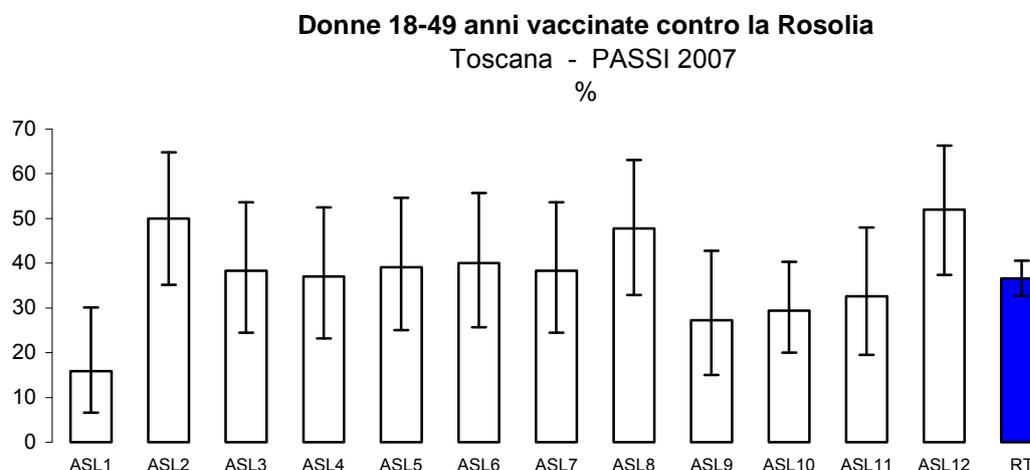
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 52.4% tra 18-24 anni al 44.2% tra 25-34 anni al 27,6 tra 35-49 anni) ed è minore in quelle con basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche.

- L'analisi mediante un modello logistico conferma in maniera significativa dal punto di vista statistico che le donne più giovani e senza difficoltà economiche hanno eseguito più frequentemente la vaccinazione antirosolia.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=594)		
Toscana- PASSI 2007		
Caratteristiche demografiche	Vaccinate (%)	
Totale	36,6 (IC95%: 32,7 -40,5)	
Età	18-24	52.4
	25-34	44.2
	35-49	27.6
Istruzione*	Bassa	26,9
	Alta	40.1
Difficoltà Economiche	Sì, molte	21.5
	Sì, qualcuna	35.4
	No, nessuna	42,1

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

La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL.



Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale le donne vaccinate sono il 32,4%.

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- In Toscana il 62,4% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (36.6%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (25.8%).
- Tre donne su cento sono invece sicuramente suscettibili in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Una donna su tre non conosce il proprio stato immunitario.

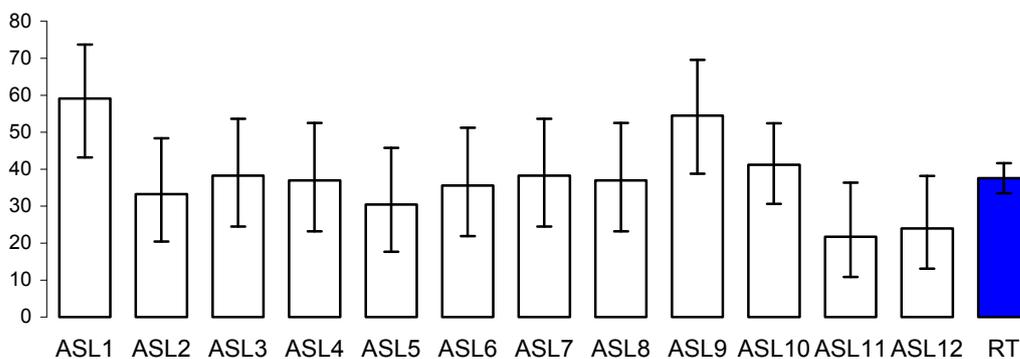
Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)	
Toscana - PASSI 2007 (n= 594)	
	%
Immuni	62.4
Vaccinate	36.6
Non vaccinate con rubeotest positivo	25.8
Suscettibili/stato sconosciuto	37.6
Non vaccinate; rubeotest negativo	2.9
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1,7
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	33.0

La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL.

Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia

Toscana - PASSI 2007

%



- Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne suscettibili è del 44,5%.

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati permettono di produrre stime sulla suscettibilità delle donne in età fertile (18-49 anni) alla rosolia.

Questi risultati indicano come sia su scala nazionale (44%) che a livello regionale (38%) il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto.

Si stima che un terzo delle donne in età fertile non sia a conoscenza del proprio stato immunitario evidenziando come la percezione del rischio connesso all'infezione rubeolica in gravidanza sia bassa ed il rischio sottostimato, inoltre tre donne ogni cento sono sicuramente suscettibili alla rosolia e pur sapendolo non si sono vaccinate.

I valori stimati di immunità nelle donne in età fertile sia a livello regionale (62%) che nazionale (56%) indicano che siamo ancora lontani dal valore del 95% di copertura immunitaria necessario per limitare la circolazione del virus ed ottenere il contenimento dei casi e la eliminazione della rosolia congenita.

Appare pertanto necessario continuare a promuovere gli interventi di informazione rivolti alle donne in età fertile sul rischio dell'infezione in gravidanza, ed attuare interventi finalizzati al recupero delle donne non immuni ed alla vaccinazione delle suscettibili prevedendo la chiamata attiva e la vaccinazione gratuita oltre al coinvolgimento e alla collaborazione attiva di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità. L'assorbimento di risorse economico-sanitarie da esse indotte (in particolare quelle legate alle ospedalizzazioni, alla spesa farmaceutica e al ricorso alle prestazioni ambulatoriali) ne fa la maggiore fonte di spesa sanitaria del nostro Paese, senza peraltro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in età lavorativa.

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

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?

- 83% degli intervistati della nostra Regione riferisce di essersi fatto misurare la pressione arteriosa da un operatore sanitario negli ultimi 2 anni, il 5% più di 2 anni fa e il restante 12% non ricorda o non ha mai avuto una misurazione della pressione.
- Analizzando assieme le caratteristiche demografiche con un modello logistico multivariato, si rileva una associazione statisticamente significativa del controllo della PA negli ultimi 2 anni non l'età (più frequente misurazione all'avanzare dell'età) e il livello di istruzione (più frequente per il livello più basso).
- Tra le 12 AUSL della Toscana una sola presenta una prevalenza significativamente minore per quanto concerne la misurazione della pressione arteriosa (AUSL 6 Livorno).
- Nelle AUSL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, si attesta intorno al 83%.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni Toscana - PASSI 2007 (n= 1921)

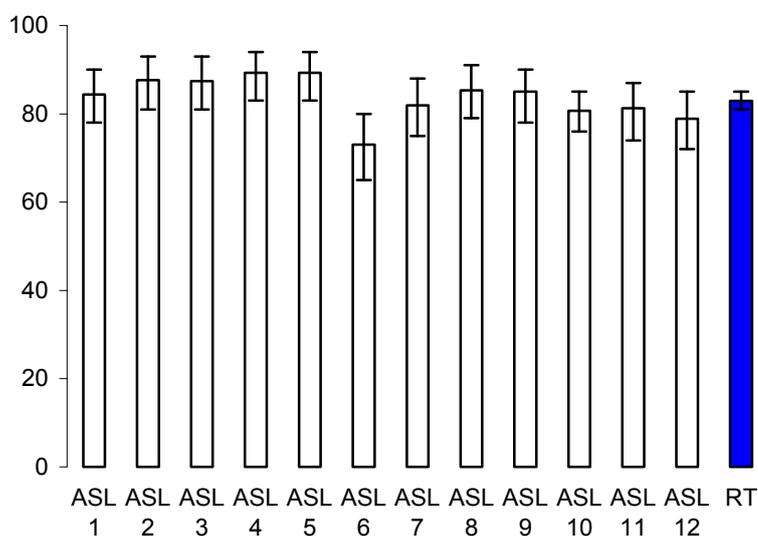
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	82,9 (IC95%: 81,2% - 84,7 %)
Classi di età	
18-34	75,2*
35-49	81,1*
50-69	90,6*
Sesso	
M	82,8
F	83,1
Istruzione	
nessuna/elementare	92,2*
media	83,9
superiore	79,3
laurea	83,0
Reddito¹	
nessuna/poche difficoltà	82,1
qualche difficoltà	85,1
molte difficoltà	79,9

¹con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

* differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

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

Toscana - PASSI, 2007



Quante persone sono ipertese?

- In Toscana il 20% degli intervistati a cui è stata misurata la pressione riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di soggetti ipertesi aumenta progressivamente con l'età.
- Analizzando assieme tutte le caratteristiche individuali con un modello logistico multivariato ed includendo in esso anche l'indice di massa corporea (BMI), l'ipertensione arteriosa riferita è associata significativamente alle classi di età più elevate, al livello di istruzione più basso ed al sovrappeso/obesità (non presente in tabella).
- Tra le AUSL della Regione due presentano una differenza significativa per quanto riguarda la percentuale di ipertesi rispetto alla media regionale: la AUSL 7 di Siena (11%) e la AUSL 1 di Massa Carrara (31%).
- Nelle AUSL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di ipertesi risulta essere il 22%.

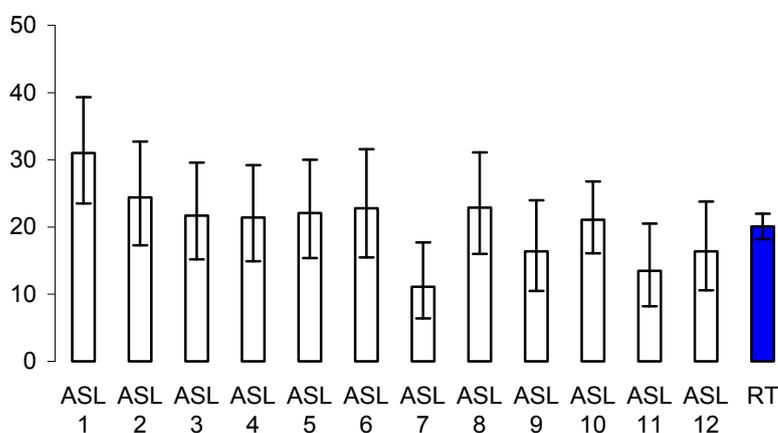
Soggetti ipertesi	
Toscana - PASSI 2007 (n =1704)	
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
Totale	20,1 (IC95%: 18,2% - 22,0 %)
Classi di età	
18-34	6,5
35-49	12,1*
50-69	71,1*
Sesso	
M	21,9
F	18,3
Istruzione	
nessuna/elementare	41,5*
media	18,0
superiore	15,9
laurea	11,8
Reddito¹	
nessuna/poche difficoltà	18,6
qualche difficoltà	22,1
molte difficoltà	19,5

¹con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

* differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

Soggetti con diagnosi di ipertensione arteriosa (%) per ASL

Toscana - PASSI 2007

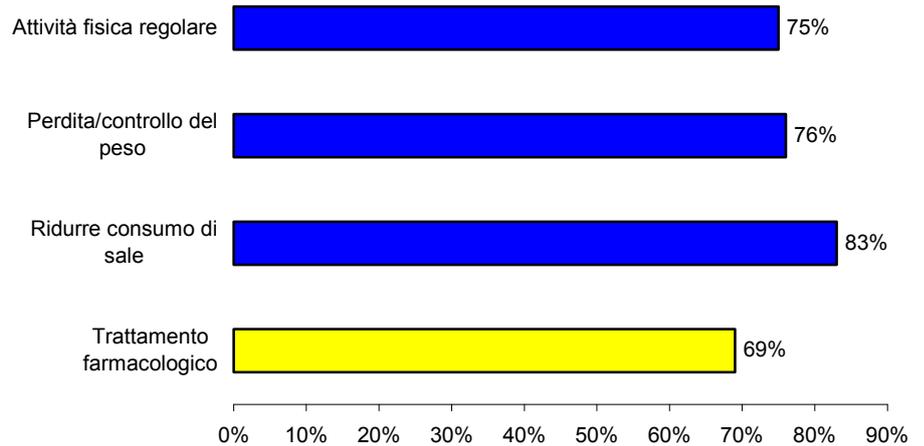


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il 69% degli ipertesi intervistati della Regione Toscana riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Comunque, indipendentemente dal trattamento farmacologico, la maggioranza ha ricevuto informazioni su un corretto stile di vita (riduzione del consumo di sale nell'alimentazione, controllo del peso corporeo, attività fisica regolare).
- Tra le 12 AUSL della Regione non si evidenziano differenze statisticamente significative nella percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per ipertensione arteriosa.

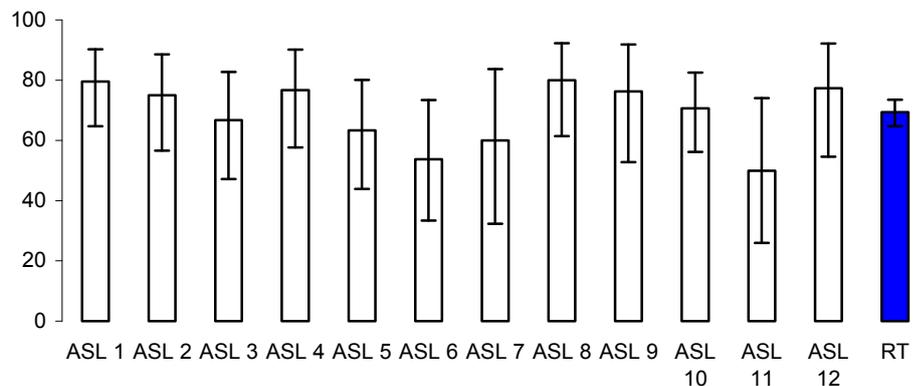
Trattamento farmacologico dell' ipertensione e consigli del medico (considerati separatamente)

Toscana - PASSI 2007



Percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico per ASL

Toscana - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Toscana si stima che sia iperteso circa il 20% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 71% degli ultracinquantenni e circa il 6% dei giovani con meno di 35 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

COLESTEROLEMIA

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

Quante persone hanno effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia?

- In Toscana il 75% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una misurazione del colesterolo ematico, il 55% l'ha eseguita nell'ultimo anno, il 15% tra uno e due anni fa, il 5% più di due anni fa e il 25% riferisce invece di non ricordare o di non averla mai eseguita.
- La misurazione viene più frequentemente eseguita all'aumentare dell'età (dal 49% nella classe di età 18-34 al 91% nei 50-69enni), nel sesso femminile e nei soggetti con livello di istruzione più basso e nelle persone con minori difficoltà economiche.
- Nell'analisi logistica multivariata si conferma l'associazione con le classi d'età più elevate, il sesso e l'assenza di difficoltà economiche.
- Tra le 12 AUSL della Regione, per quanto riguarda la frequenza della misurazione della colesterolemia, si osserva una differenza significativa rispetto alla media regionale nella AUSL 6 di Livorno (64%) e nella AUSL 1 di Massa Carrara (91%).
- Nel AUSL partecipanti allo studio la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

Soggetti a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo ematico

Toscana - PASSI 2007 (n= 1920)

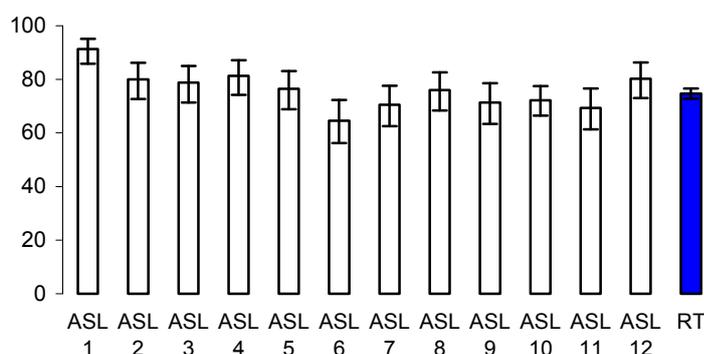
Caratteristiche demografiche	Valutazione colesterolemia (%)
Totale	74,7 (IC95%: 72,8% - 76,6 %)
Classi di età	
18 - 34	48,9
35 - 49	79,1*
50 - 69	90,7*
Sesso	
M	71,7
F	77,6*
Istruzione	
Nessuna/elementare	88,8
Media	74,9
Superiore	69,8
Laurea	74,9
Reddito¹	
Nessuna difficoltà	74,8*
Qualche difficoltà	76,1*
Molte difficoltà	70,5

¹con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

* differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

Soggetti a cui è stata misurata almeno una volta la colesterolemia (%) per ASL

Toscana - PASSI 2007



Quanti soggetti hanno alti livelli di colesterolo?

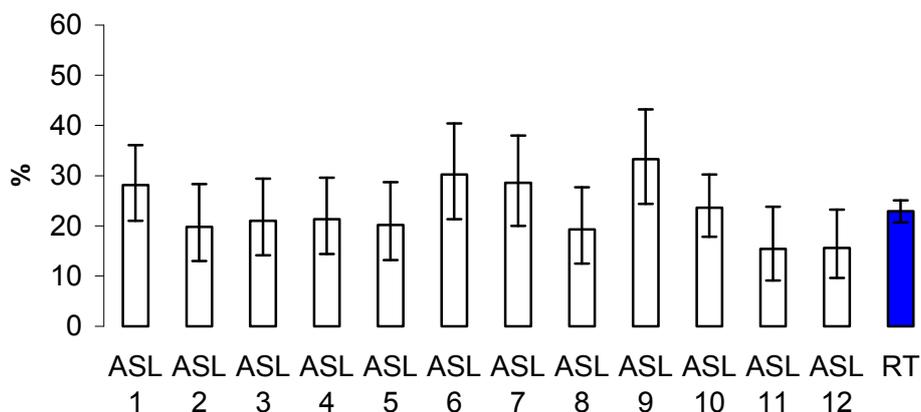
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo ematico, il 23% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- Analizzando assieme tutte le caratteristiche demografiche, ed includendo nel modello logistico multivariato anche l'indice di massa corporea, si ritrovano delle associazioni significative con l'aumentare dell'età, il livello d'istruzione più basso e il sovrappeso/obesità (non riportato in tabella).
- Tra le 12 AUSL della Regione non si osservano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la percentuale di soggetti che riferiscono alti livelli di colesterolemia.

Ipercolesterolemia riferita Toscana - PASSI 2007 (n= 1458)		
Caratteristiche demografiche	Valutazione colesterolemia (%)	
Totale	22,9 (IC95%: 20,7% - 25,1 %)	
Classi di età	18 - 34	7,5
	35 - 49	19,3*
	50 - 69	32,1*
Sesso	M	22,2
	F	23,5
Istruzione	Nessuna/elementare	38,3*
	Media	23,8
	Superiore	17,9
	Laurea	15,6
Reddito¹	Nessuna difficoltà	21,7
	Qualche difficoltà	24,3
	Molte difficoltà	23,1

¹ con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

* differenza statisticamente significativa all'analisi multivariata

Soggetti con ipercolesterolemia riferita (%) per ASL
Toscana - PASSI 2007



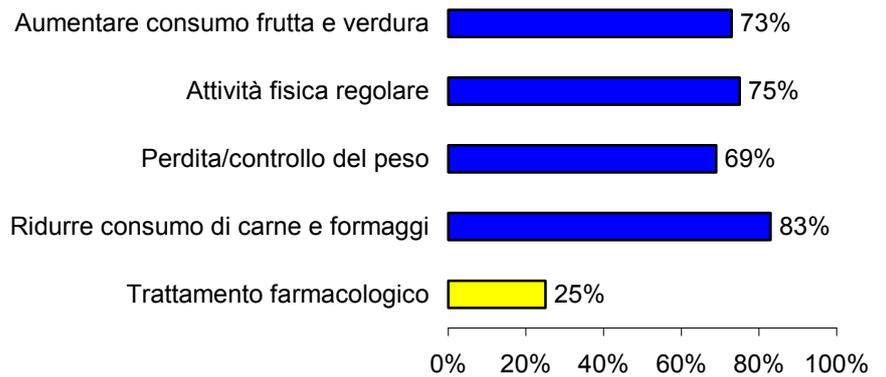
Nelle AUSL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di ipercolesterolemici si attesta intorno al 25%.

Cosa è stato consigliato per il trattamento dell'ipercolesterolemia?

- Il 25% degli ipercolesterolemici intervistati riferisce di essere attualmente in trattamento farmacologico.
- Al 83% degli ipercolesterolemici è stato consigliato di ridurre il consumo alimentare di carne e formaggi. Al 69% è stato consigliato di controllare o ridurre il peso corporeo, al 75% di svolgere regolare attività fisica ed infine al 73% è stato consigliato di aumentare il consumo di frutta e verdura.
- Tra le 12 AUSL della Regione non si osservano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico.

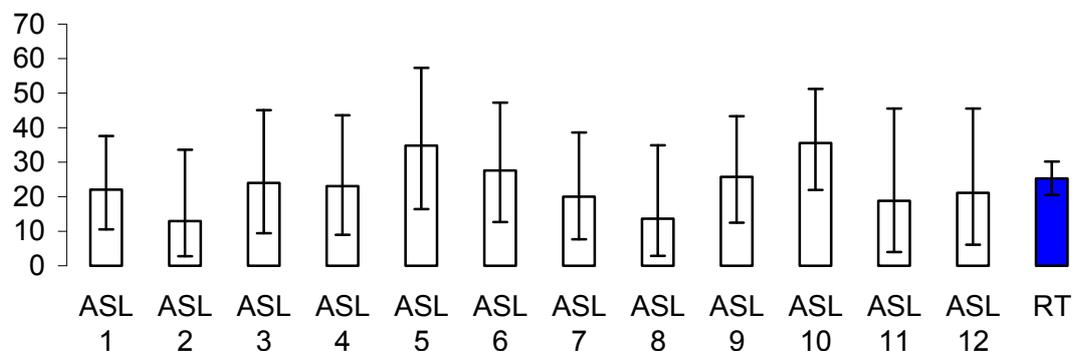
Tattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia e consigli del medico (considerati separatamente)

Toscana - PASSI 2007



Soggetti ipercolesterolemici in trattamento farmacologico (%) per ASL

Toscana - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che ad una persona su quattro in Toscana non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 23 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 32 % 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.

CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Dai dati di epidemiologia descrittiva si evince che la mortalità cardiovascolare rappresenta ancora la principale causa di morte (44% di tutte le morti). Inoltre chi sopravvive ad una forma acuta di cardiovasculopatia diventa un malato cronico, con notevoli ripercussioni sulla sua qualità di vita e sui costi economici e sociali che la comunità deve supportare. La valenza sanitaria e sociale delle malattie cardiovascolari è accentuata dalla considerazione che esse sono in larga parte prevenibili, almeno per il 40-50% secondo le stime disponibili. Da tempo sono noti sia i determinanti di salute, sia i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari aterosclerotiche, definiti come quelle condizioni che, se presenti in individui clinicamente esenti da manifestazioni di malattia, ne predicono l'insorgenza in un certo numero di anni (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, abitudine al fumo, diabete mellito, obesità, sedentarietà). In genere i fattori di rischio citati sono modificabili, dipendono nell'individuo dall'interazione tra lo stile di vita e i fattori genetici e quando sono presenti in più di uno hanno un'azione non solo addizionale, ma moltiplicativa o sinergica nel determinare il rischio di malattia. Il rischio globale è generalmente un rischio assoluto (probabilità di sviluppare una malattia cardiovascolare in un certo numero di anni), ed è appunto definito dal coesistere nell'individuo di più fattori di rischio. Esistono strumenti semplici ed obiettivi come le carte del rischio, sistemi a punteggio o software, che i medici possono utilizzare per stimare la probabilità che i propri pazienti hanno di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore nei 10 anni successivi.

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

- In Toscana la percentuale di persone intervistate dai 35 ai 69 anni alla quale è stato calcolato il rischio cardiovascolare globale è risultata del 7,6%.
- Dall'analisi statistica bivariata, utilizzata per verificare l'eventuale associazione tra il calcolo del rischio cardiovascolare e le altre caratteristiche individuali, emerge che gli operatori sanitari mostrano una maggiore attenzione in presenza di almeno un fattore di rischio cardiovascolare e di un'età più avanzata (50-69 anni). Nell'analisi multivariata l'associazione con queste due variabili raggiunge una significatività border-line.
- Tra le 12 AUSL della Regione si nota una sostanziale differenza solo per la AUSL 6 di Livorno, che ha calcolato il rischio cardiovascolare al 21,6 % della popolazione intervistata.
- Nelle AUSL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate è pari al 6,6%.

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare Toscana - PASSI 2007 (n= 1290)

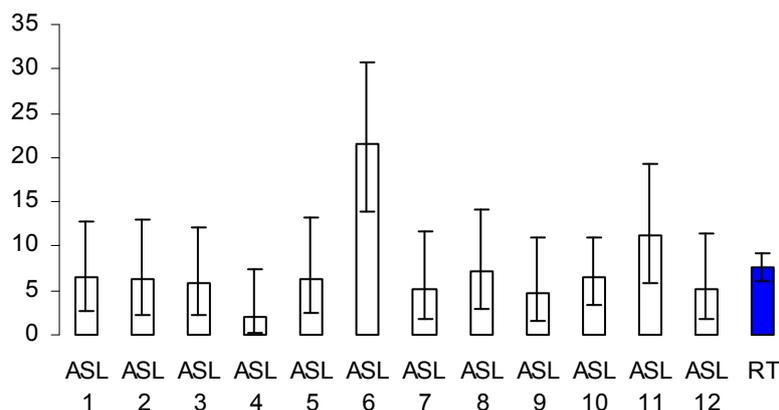
Caratteristiche individuali	Punteggio calcolato (%)
Totale	7,6 (IC95%: 6,1% - 9,1 %)
Classi di età	
35 - 39	5,5
40 - 49	5,8
50 - 59	7,6
60 - 69	11,3
Sesso	
M	8,0
F	7,2
Istruzione	
bassa	8,7
alta	6,5
Reddito¹	
basso	7,4
alto	7,8
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare[°]	
Si	8,7
No	4,9

¹ con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

[°] soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

Soggetti a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare globale (%) per ASL

Toscana - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

La carta e/o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici della nostra regione.

Grazie alla Carta il medico può valutare il rischio in modo obiettivo, rendere partecipe e responsabilizzare l'assistito anche di fronte alla asintomaticità di gran parte delle condizioni a rischio, scegliere assieme a lui il programma di prevenzione migliore da seguire e, infine, valutare nel tempo il beneficio derivato dalle azioni preventive.

Questo semplice strumento può infatti aiutare il medico a migliorare la tipologia dell'intervento preventivo cardiovascolare individuale.

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

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 1.000 morti ogni anno. In regione la mortalità relativa a tutti tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione dal 1971/79 al 2000/2004, passando da circa 308 a 198 decessi medi l'anno, con tassi standardizzati di mortalità da 13,2 su 100.000 a 5,5 su 100.000 (Italia 2000/2002: 5,6 su 100.000). Nel 2006 si sono avuti 207 decessi con un tasso standardizzato di 5,7/100.000 e un PYLL di 555.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Il test di screening ha ridotto i decessi del 30% nelle donne tra i 50 ed 70 anni.

Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Toscana i programmi di screening per il carcinoma della cervice uterina sono stati attivati dal 1999 in tutte le ASL. Nel 2006 sono state invitate il 98% circa delle donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, con un tasso di adesione aggiustato pari al 50%. Il PSR 2005-2007 pone come obiettivo l'estensione al 100% del territorio regionale con un tasso di adesione maggiore del 60%.

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

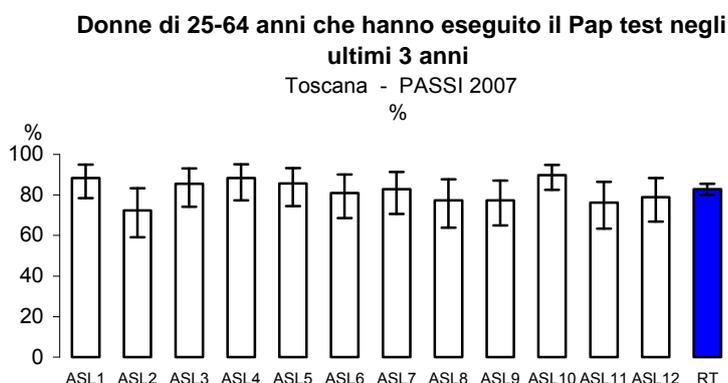
- In Toscana circa l'83% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.
- Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e con meno difficoltà economiche.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un'analisi multivariata, si conferma solo la relazione statisticamente significativa tra l'aumento della copertura e l'aumento del livello di istruzione.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) Toscana- PASSI 2007 (n= 772)

Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	82,8 (IC95%:80,1-85,6)
Classi di età	
25 - 34	79,2
35 - 49	86,1
50 - 64	81,4
Stato civile	
coniugata	85,4
non coniugata	77,9
Convivenza	
convivente	84,6
non convivente	78,9
Istruzione	
nessuna/elementare	67,3
media inferiore	86,1
media superiore	83,7
laurea	86,2
Difficoltà economiche	
molte	74,5
qualche	81,6
nessuna	86,5

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

Nelle 12 AUSL 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 rilevanti (range compreso tra il 72% della AUSL 2 di Lucca e il 90% della AUSL 10 di Firenze).



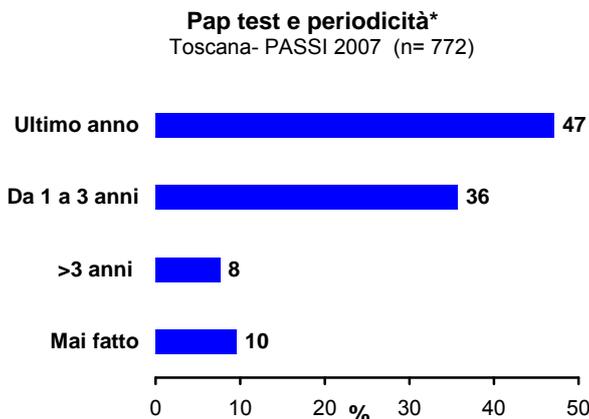
Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

- il 47% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 36% da uno a tre anni
- l'8% 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

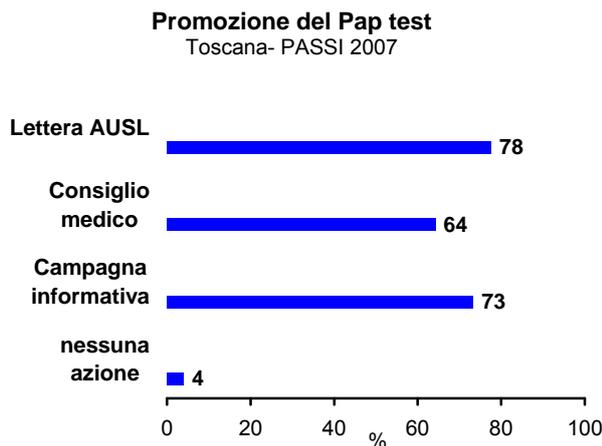
Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

In Toscana:

- il 78% delle donne intervistate di 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL

- il 73% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

- il 64% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

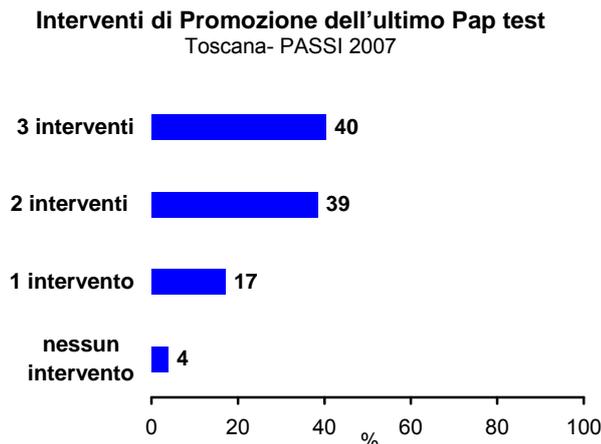


La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL.

Per aver ricevuto la lettera, i valori sono compresi tra il 56% della AUSL 6 di Livorno e il 93% della AUSL 11 di Empoli; per il consiglio dell'operatore sanitario tra il 42% della AUSL 1 di Massa-Carrara e 83% della AUSL 11 di Empoli; per l'aver visto o sentito una campagna informativa i valori sono compresi tra il 57% della AUSL 1 di Massa-Carrara e il 93% della AUSL 12 di Viareggio.

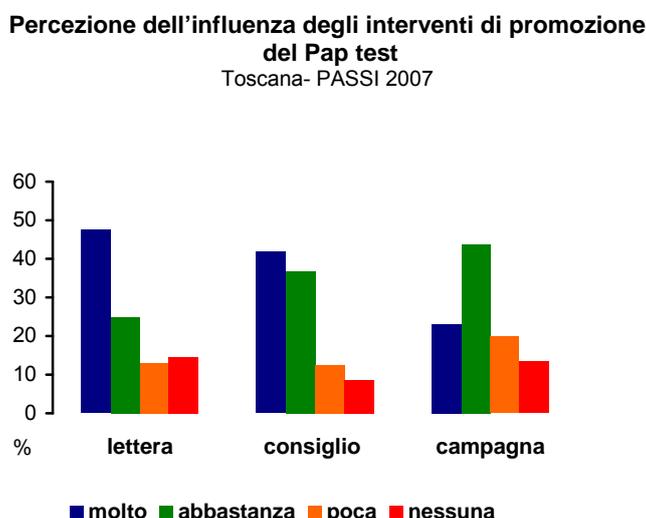
Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 73% ha visto una campagna informativa.

- Il 40% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 39% due interventi di promozione, il 17% uno solo.
- Solo il 4% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- In Toscana il 72% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'AUSL ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (47% molta e 25% abbastanza). Il 13% ritiene che abbia avuto poca influenza sulla scelta e il 15% nessuna.
- Tra le 12 AUSL la percezione dell'influenza positiva varia in un range compreso tra il 52% della AUSL 9 di Grosseto e 85% della AUSL 4 di Prato.



Il 79% circa 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 (42% molta e 37% abbastanza), mentre il 13% poca influenza sulla scelta ed il 9% nessuna; tra le 12 AUSL della Regione emergono alcune differenze nella percezione dell'influenza positiva varia nel range compreso tra il 58% della AUSL 2 di Lucca e il 92% della AUSL 10 di Firenze.

Il 67% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (23% molta e 44% abbastanza), mentre il 20% poca influenza sulla scelta ed il 14% nessuna.

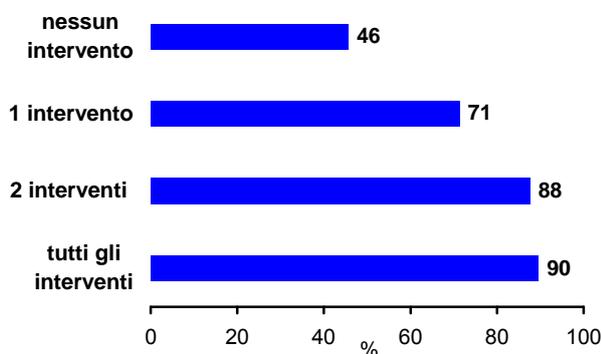
Tra le 12 AUSL della Regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva varia in un range compreso tra il 56,8% della AUSL 1 di Massa-Carrara e della AUSL 2 di Lucca e 84% della AUSL 4 di Prato.

Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'AUSL, il 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

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

- In Toscana solo il 46% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 71% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'88% con due interventi e al 90% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43%, 65%, 81% e 88%.

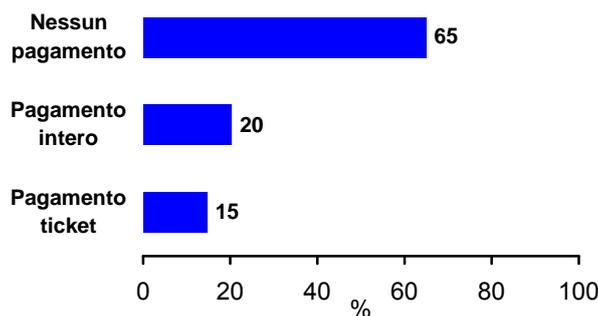
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
Toscana- PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

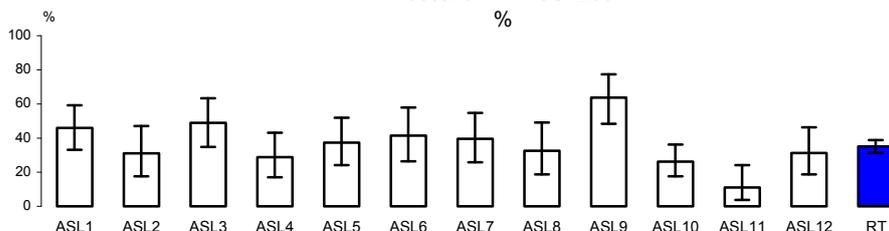
- In Toscana il 65% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 15% ha pagato solamente il ticket e il 20% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
Toscana- PASSI 2007 (n= 618)



Tra le 12 AUSL della Regione, relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test (cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening) i valori sono compresi tra l'11% della AUSL 11 di Empoli e il 64% della AUSL 9 di Grosseto. La bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL.

Donne di 25-64 anni che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per eseguire il Pap test
Toscana - PASSI 2007

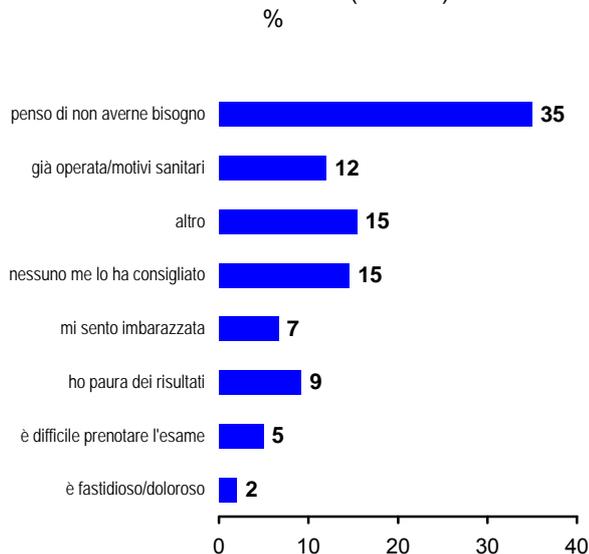


Perché non è stato effettuato il Pap test a scopo preventivo?

- Circa una donna su dieci di età 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test e circa l'8% di averlo effettuato da oltre 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 35%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 12%
 - "altro" 15%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 15%
 - "mi sento imbarazzata" 7%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 9%
 - "è difficile prenotare l'esame" 5%
 - "è fastidioso/doloroso" 2%
- Il 19,5% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti

Toscana- PASSI 2007 (n= 107*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

In Toscana 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, pur con variazioni territoriali.

Secondo i dati della sorveglianza PASSI, la percentuale di donne che hanno effettuato un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni) è pari al 83%, comprendendo, oltre le donne di 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale anche quelle che lo hanno effettuato privatamente. Il 47% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

Il 15% circa delle donne riferiscono di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, ed il 20% ha pagato totalmente la prestazione probabilmente perché ha effettuato l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni) in strutture accreditate o private. Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

Nel 2006 in Toscana i tumori della mammella hanno rappresentato la prima causa di morte per neoplasie nelle donne con 807 casi in totale ed un tasso standardizzato di 23,5/100.000 ed un PYLL di 2917,5.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre 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, al momento non ancora attuato in modo uniforme sul territorio nazionale.

In Toscana il programma è stato attivato in tutte le AUSL dal 2000 con lo scopo di invitare attivamente le donne di età 50-69 anni con l'obiettivo di raggiungere una adesione del 80% fissata dal PSR 2005-2007, dai dati relativi al 2006 risulta un tasso corretto di adesione pari al 68,3%.

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

- In Toscana circa otto donne su dieci intervistate, di età 50-69 anni, ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- La mammografia preventiva negli ultimi due anni viene eseguita di più tra le donne con livello di istruzione alto e nella classe di età 50-59 anni.
- L'età media della prima mammografia preventiva in donne di età 50-69 anni è risultata essere 46 anni, più bassa rispetto a quella in cui viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 58% 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)

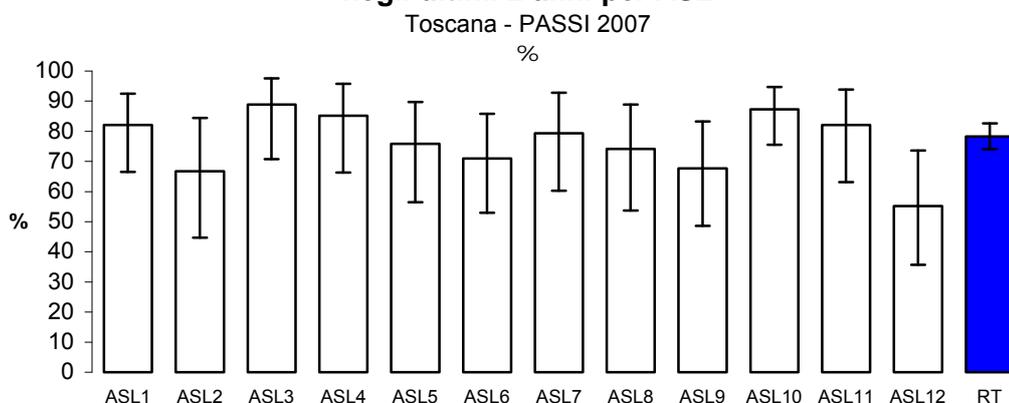
Toscana - PASSI 2007 (n= 376)

Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	78,3 (IC95%:74,1-82,6)
Classi di età	
50- 59	80,4
60 -69	76,3
Stato civile	
coniugata	78,5
non coniugata	77,5
Convivenza	
convivente	78,5
non convivente	77,6
Istruzione	
nessuna/elementare	73,0
media inferiore	78,0
media superiore	82,1
laurea	94,5
Difficoltà economiche	
molte	81,6
qualche	75,4
nessuna	80,1

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

Nelle 12 AUSL della Regione la bassa numerosità di questa sottopopolazione determina ampi intervalli di confidenza e non consente confronti attendibili tra le AUSL.

Donne di età 50-69 che hanno effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni per ASL



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

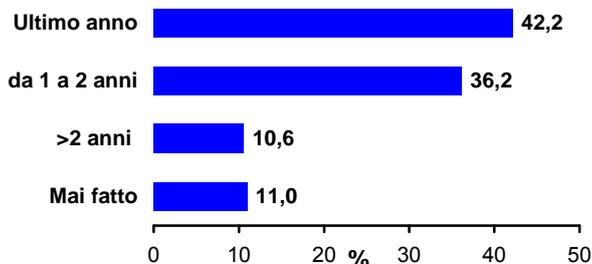
Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Rispetto all'ultima mammografia effettuata:

- circa otto donne su dieci hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni di cui più della metà nell'ultimo anno. (42,2%).
- Solo 1 donna su dieci (10,6%) ha effettuato la mammografia da più di due anni.
- Una donna su dieci tra i soggetti intervistati riferisce di non aver mai eseguito una mammografia preventiva.

Mammografia e periodicità*

Toscana- PASSI 2007 (n= 376)
%



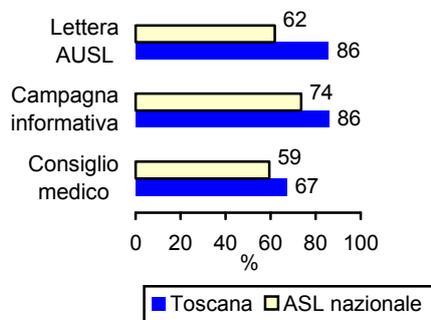
* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- In Toscana tra le donne intervistate con 50 anni o più circa 86% del campione ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL o di aver visto o sentito una campagna informativa, mentre il 67% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia da parte di un operatore sanitario.
- Tra le AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale risulta che tra le donne di età 50-69 anni il 62% circa ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 60% circa il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto una campagna informativa.

Promozione della mammografia

Toscana- PASSI 2007 (n= 382)
%



Nelle 12 AUSL della Regione gli interventi informativi risultano ben distribuiti in tutte le AUSL. Viene riferito che la lettera informativa è stata recepita nelle singole AUSL con un range che va dal 69% di Viareggio al 97% di Prato.

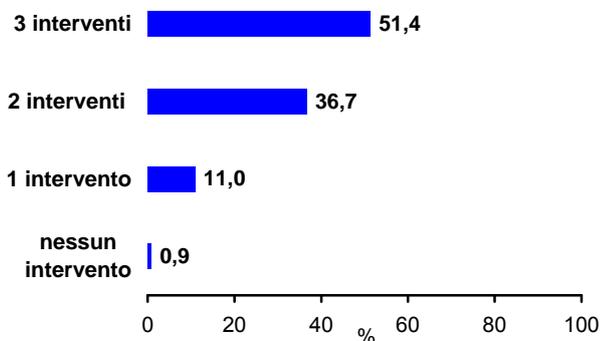
L'aver visto o sentito una campagna informativa, risulta l'intervento informativo più recepito (range dal 68% di Empoli al 97% di Siena e Pisa).

Il consiglio dell'operatore sanitario, per quanto riferito, risulta distribuito in maniera meno omogenea nelle AUSL con un range che va dal 50% di Lucca al 79% di Viareggio e Prato.

- Poco più della metà delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto tutti i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa).
- Solo una donna su cento intervistate riferisce di non aver ricevuto e recepito alcun intervento informativo.

Interventi di Promozione dell'ultima mammografia

Toscana - PASSI 2007 (n= 382)

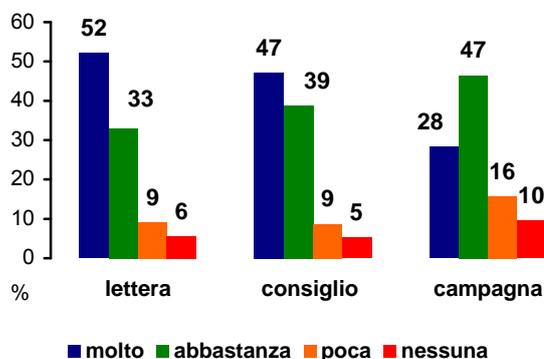


Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia?

- In Toscana più dell'85% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'AUSL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia nei tempi previsti dalle linee guida (52% molta e 33% abbastanza), mentre il 15% riferisce che la lettera abbia avuto poca o nessuna influenza sulla sua scelta.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia

Toscana - PASSI 2007



Tra le donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, la stragrande maggioranza (86%) ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (47,2% molta e 38,8% abbastanza), mentre solo il 14% poca o nessuna influenza sulla scelta.

Circa il 75% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (28,2% molta e 46,5% abbastanza), mentre una donna su quattro riferisce poca o nessuna influenza sulla scelta (il 15,7% poca influenza ed il 9,5% nessuna);

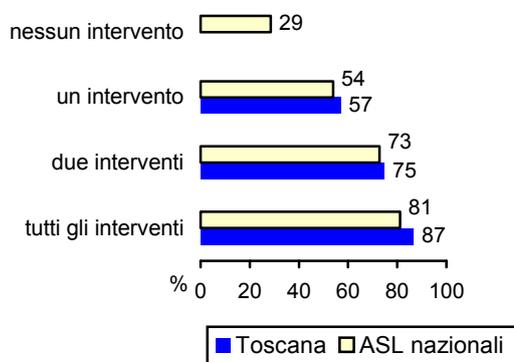
Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva nel 72% dei casi per la lettera dell'AUSL, nel 81% per il consiglio dell'operatore sanitario e nel 67% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia?

- In Toscana non ha ricevuto alcun intervento di promozione solo 1% della popolazione bersaglio. Tra queste poche persone nessuna ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni.
- La percentuale di adesione al programma di screening mammografico sale con l'aumentare del numero di interventi di promozione ricevuti.
- Anche tra le Asl del pool nazionale l'adesione al programma di screening è massima con tre interventi ricevuti (lettera AUSL, consiglio sanitario, campagna informativa).

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

Toscana- PASSI 2007 (n= 376)

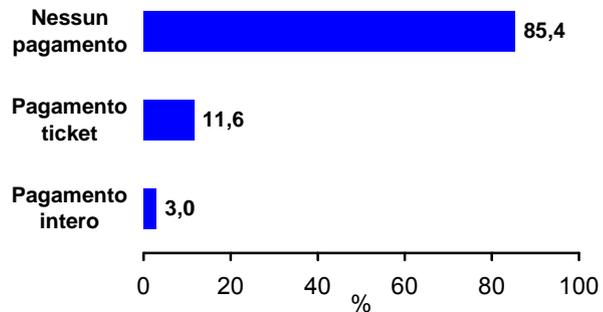


Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- 85.4% delle donne ha riferito di non aver effettuato pagamento per l'ultima mammografia; 11.6% ha pagato solamente il ticket e tre donne su cento hanno 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

Toscana- PASSI 2007 (n= 288)



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

Tra le donne intervistate, una su dieci ha riferito di non aver mai effettuato la mammografia ed una su dieci di averla effettuata da più di due anni.

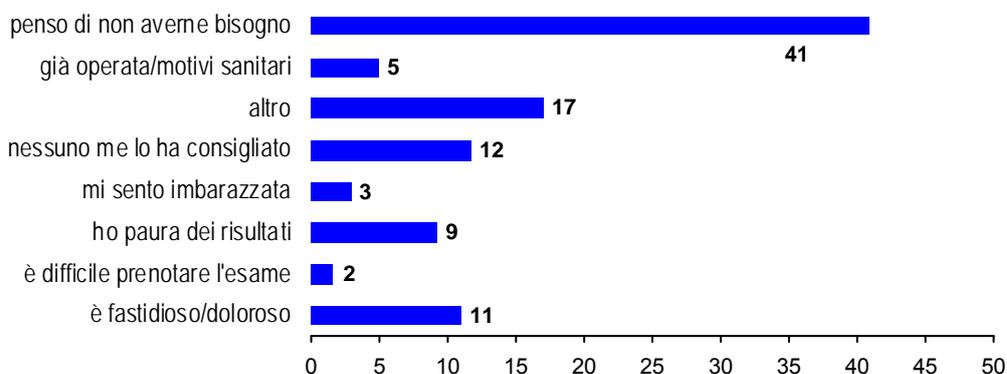
Tra le donne che non hanno effettuato la mammografia secondo le linee guida circa una su cinque (21.7%) risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono in quattro persone su dieci la convinzione di non averne bisogno: una persona su dieci ritiene invece l'esame fastidioso o doloroso, o ha paura dei risultati.

Solo due persone su cento riferiscono difficoltà a prenotare l'esame.

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida

Toscana- PASSI 2007 (n= 69*)



Conclusioni e raccomandazioni

In Toscana la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di una buona informazione e di un programma di screening ormai consolidato sul territorio dal 2000. Risulta infatti elevata la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste più della metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo quanto riferito dalle intervistate la stima di adesione al programma di screening mammografico risulta lievemente maggiore (78,3%) rispetto ai dati di adesione corretti del 2006 (68,3%).

Secondo i risultati di PASSI la stragrande maggioranza delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, l'11,6% avvalendosi di strutture accreditate e il 3% effettuandola in forma completamente privata.

L'età media della prima mammografia nelle donne di età 50-69 è di 46 anni, questo dato riferito evidenzia un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali.

Questo fenomeno è confermato dall'età media di 41 anni riferita alla prima mammografia nella classe di età pre-screening (40-49 anni) in cui sei donne su dieci hanno già effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. Questo fenomeno dovrebbe essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Tutti gli interventi informativi sulla prevenzione del tumore della mammella sono riferiti come utili nella scelta delle donne di effettuare la mammografia tuttavia il consiglio da parte di un operatore sanitario in particolare e la lettera della ASL sembrano percepiti come quelli capaci di influenzare maggiormente la loro scelta all'esecuzione dell'esame.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

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

In Toscana gli ultimi dati disponibili (2006) indicano un numero di decessi totale di 1604 con un tasso standardizzato di 28,5/100.000 per gli uomini e di 16/100.000 per le donne ed un PYLL rispettivamente di 1317,5 per gli uomini e di 762,5 per le donne.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) ogni due anni per le persone di età compresa tra i 50-74 anni e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. In Toscana il PSR 2005-2007 ha posto come obiettivo il raggiungimento del 100% di estensione territoriale dello screening con l'obiettivo di adesione all'invito del 70%. Dai dati disponibili (2006) l'estensione territoriale aggiustata è stata del 65%, la adesione aggiustata all'invito dello programma di screening colon retto è stata del 48,6%. Nel 2007 è stata completata l'estensione territoriale dei programmi di screening in tutte le AUSL.

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

- In Toscana circa la metà delle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni riferisce di avere effettuato un esame, sangue occulto o colonscopia, per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

- Poco più di quattro persone su dieci riferiscono di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato e solo sei su cento di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni.

- Non si osservano differenze significative sul piano statistico per classi di età, stato civile, livello d'istruzione e difficoltà economiche anche analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un'analisi multivariata.

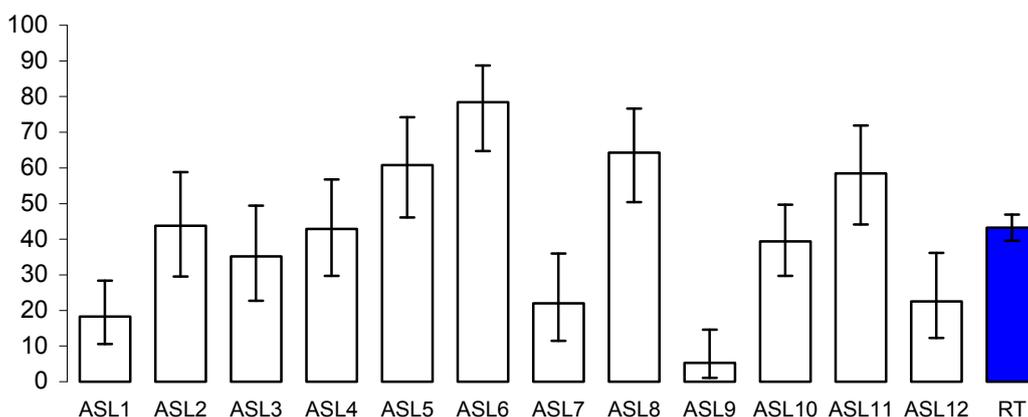
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida
Colon-retto (50-69 anni)
Toscana- PASSI 2007 (n= 731)

Soggetti che hanno eseguito un esame			48,0%
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %	
Totale	43,2 (IC95% 39,6-46,8)	6,0 (IC95% 4,2-7,8)	
Classi di età			
50 - 59	39,7	5,1	
60 - 69	46,8	6,9	
Sesso			
uomini	44,7	5,9	
donne	41,8	6,2	
Istruzione			
nessuna/elementare	44,4	5,5	
media inferiore	42,4	5,6	
media superiore	42,0	6,9	
laurea	45,4	6,5	
Difficoltà economiche			
molte	47,7	5,9	
qualche	40,5	7,9	
nessuna	44,6	4,4	

Nelle 12 AUSL della Regione la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni mostra differenze significative (range dal 5,3% della AUSL 9 di Grosseto al 78,4 della AUSL 6 di Livorno).

Persone 50-69 anni che hanno effettuato ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni per ASL

Toscana. PASSI 2007
%



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

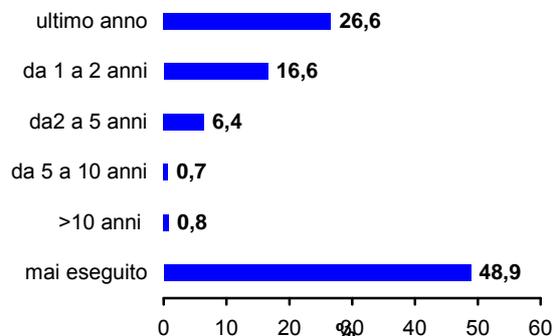
Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- Quattro persone su dieci hanno effettuato il test nei tempi raccomandati.
- Una persona su quattro ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno.
- Una persona su quattro ha riferito l'effettuazione del test negli ultimi 5 anni.
- Circa la metà degli intervistati ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Sangue occulto e periodicità

Toscana- PASSI 2007 (n= 710)

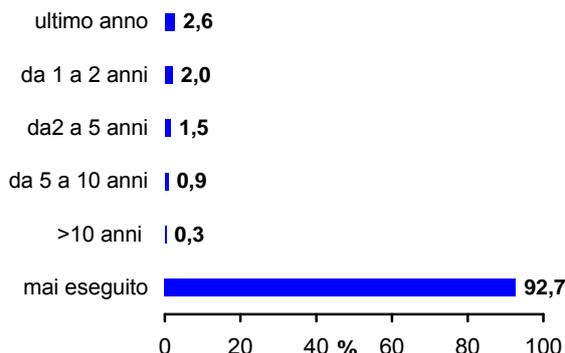


Rispetto alla colonscopia:

- circa sette persone su cento hanno riferito l'effettuazione della colonscopia
- poco più di 4 persone su cento la hanno effettuata negli ultimi due anni e sei persone su cento negli ultimi cinque anni
- la grande maggioranza dei soggetti intervistati non hanno mai eseguito il test

Colonscopia e periodicità

Toscana - PASSI 2007 (n= 728)



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

Tra le persone intervistate (50-69 anni) otto persone su dieci hanno ricevuto almeno un intervento informativo in merito alla opportunità di effettuare la diagnosi precoce dei tumori colon rettali

Più della metà ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL

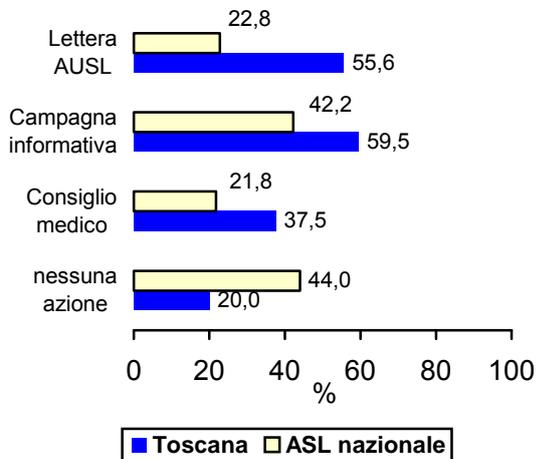
Circa quattro persone su dieci hanno riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.

Sei persone su dieci hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Solo due persone su dieci riferiscono di non essere stati informati.

Promozione dello screening coloretale

Toscana - PASSI 2007 (n= 744)

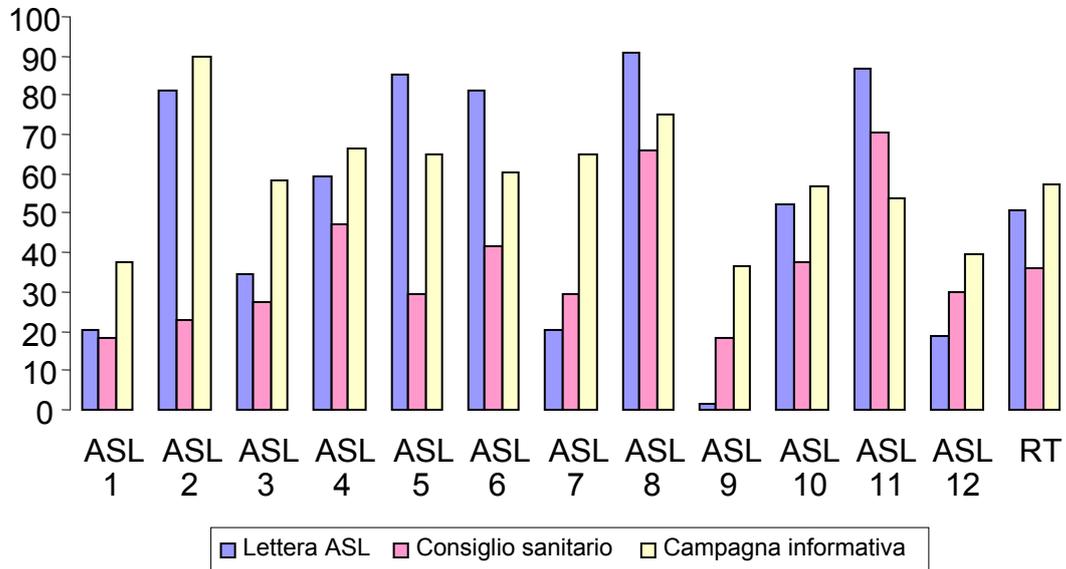


Nelle 12 AUSL della Regione si rilevano differenze per quanto riguarda la ricezione della invito a fare lo screening colo-rettale (range dal 1,7% di Grosseto al 91,1% di Arezzo), per il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 18,2% di Massa Carrara al 70,4% di Empoli) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 36,7% di Grosseto al 89,6% di Lucca).

Promozione dello screening coloretale per ASL

Toscana PASSI 2007

%



Tra le AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 21,8% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 22,8% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42,2% ha visto una campagna informativa, mentre il 43,8% non ha ricevuto alcun intervento di promozione.

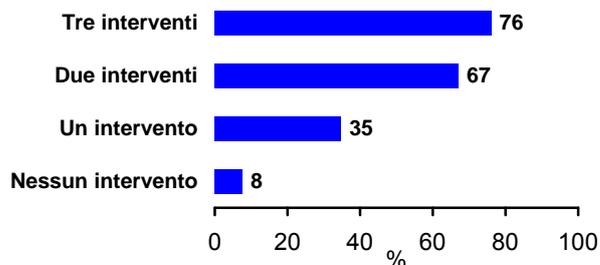
Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

In Toscana il 7,6% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 35% circa nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 67% con due interventi e al 76% con tutti e tre gli interventi.

Tra le AUSL partecipanti a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 4,9%, 29%, 62,7% e 75,5%.

Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida

Toscana - PASSI 2007 (n= 731)

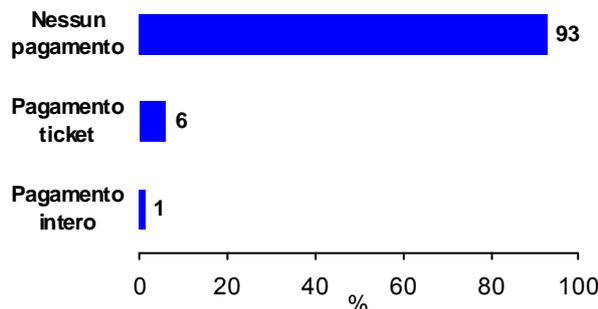


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Toscana il 93% delle persone che ha eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 6% 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 69% non ha effettuato alcun pagamento, circa il 29% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 1,6% 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).

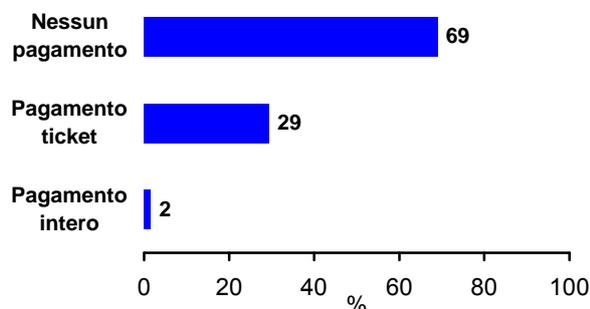
Costi della ricerca di sangue occulto

Toscana - PASSI 2007 (n= 271)



Costi della colonscopia

Toscana- PASSI 2007 (n= 67)



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

In Toscana, su un campione di 744 soggetti di età 50-69 anni, circa il 43% delle persone 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 principalmente: in quattro persone su dieci "penso di non averne bisogno" o "nessuno me lo ha consigliato".

Solo nel 6,4% dei casi viene riferito che l'esame è ritenuto fastidioso o c'è la paura dei risultati dell'esame" 4,8%

Solo nel 1,5 % dei casi viene riferita la difficoltà a prenotare l'esame

Una persona su dieci ha risposto ha questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida Toscana- PASSI 2007 (n=307)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening come strumento di diagnosi precoce ed efficace nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposta a scopo preventivo sia a livello regionale che nazionale. I motivi per i quali non sono stati effettuati gli screening raccomandati evidenziano che quattro persone su dieci di età compresa tra 50 e 69 anni ritengono di non averne bisogno o non sono state informate.

Il fatto che la quasi totalità degli intervistati che ha effettuato la ricerca del sangue occulto l'ha effettuata gratuitamente conferma che il programma di prevenzione è attivo su tutto il territorio regionale, tuttavia l'adesione allo screening deve essere implementata.

Nel corso del 2006 erano attivi programmi di screening in 11 delle 12 AUSL regionali, il programma di screening del colon retto nelle AUSL 1 e 7 sono stati attivati solo nell'ultimo trimestre del 2006 e la AUSL 9 ha attivato il programma nella primavera del 2007 ciò spiega alcune differenze relative all'esecuzione dello screening e sul costo degli esami riferite dagli intervistati.

L'informazione sanitaria per il raggiungimento della consapevolezza del rischio da parte dei soggetti interessati è da considerare come obiettivo prioritario insieme a campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Restano fondamentali per aumentare l'adesione allo screening l'offerta attiva e gratuita dei test di screening, test diagnostici ed esami strumentali.

Sintomi di depressione

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

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte 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?

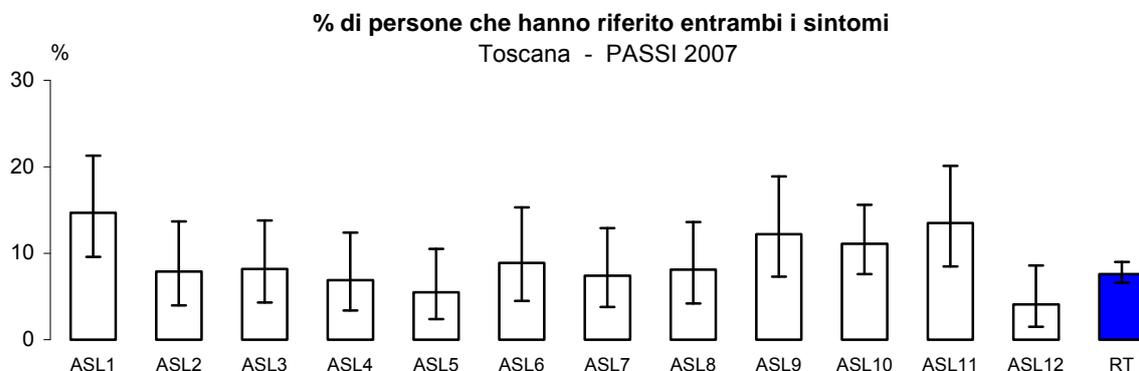
- In Toscana il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- In Toscana i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che le più colpite siano le donne (due volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.
- Analizzando, però, insieme tutte le caratteristiche con un modello logistico, la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione rimane significativamente più elevata nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche ed in quelle con malattie croniche.

Sintomi di depressione Toscana - PASSI 2007 (n= 1849)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione
Totale	9,0 (IC95%: 7,7 - 10,4)
Classi di età	
18-34	7,4
35 - 49	7,8
50 - 69	11,4
Sesso	
uomini	5,2
donne	12,9
Istruzione	
Nessuna/elementare	14,4
Media inferiore	10,2
Media superiore	7,5
Laurea	5,4
Difficoltà economiche	
Molte	20,8
Qualche	9,8
Nessuna	5,7
Stato lavorativo	
Lavora	7,1
Non lavora	12,5
Malattie croniche	
Almeno una	18,2
Nessuna	7,0

* p<0,05.

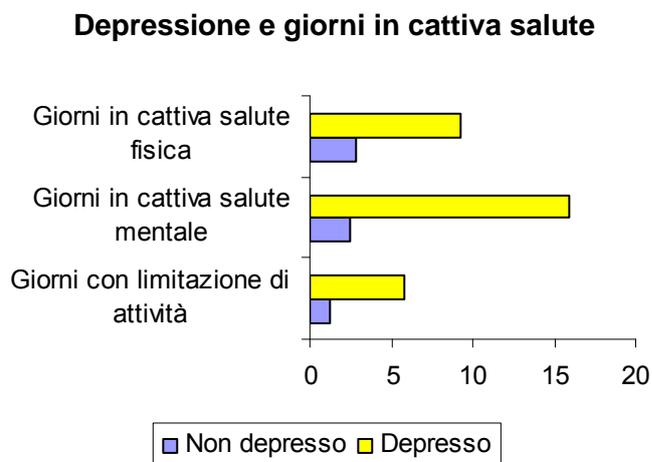
Le percentuali sottolineate indicano la categoria di riferimento

Tra le 12 AUSL della Regione quella in cui si rilevano i valori più alti relativamente alla percentuale di persone che riferiscono di avere entrambi i sintomi di depressione è la AUSL 1 – Massa Carrara (range compreso tra il 4,1% della AUSL 12 – Viareggio al 14,7% della AUSL 1).



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

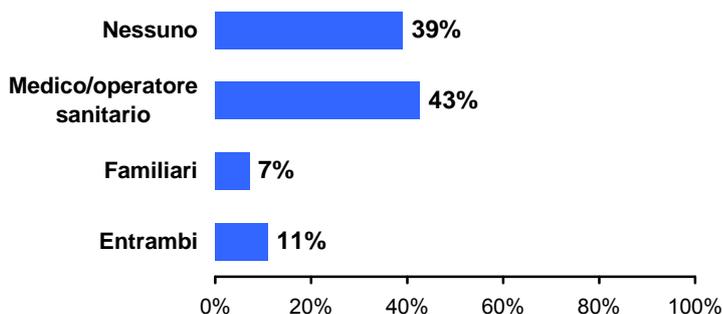
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 30% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", a fronte del 65% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- 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?

- In Toscana su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 61%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, il 39% non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 43%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
Toscana PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, 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.

APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Toscana e le ASL partecipanti a livello nazionale:

	Regione Toscana	Pool ASL nazionale
tasso di risposta	75,9	85
tasso di sostituzione	24,1	15
tasso di rifiuto	17	11
tasso di non reperibilità	17	11
tasso di eleggibilità	96,5	95,3

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

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

- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

- **Tasso di risposta**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RRI = \frac{\text{n° interviste}}{\text{nt interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \cdot 100$$

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

- **Tasso di sostituzione**

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

$$SRI = \frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{\text{nt int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} \cdot 100$$

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

- **Tasso di rifiuto**

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

$$REFI = \frac{\text{n° rifiuti}}{\text{nt interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \cdot 100$$

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

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

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

• **Tasso di non reperibilità**

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

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

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

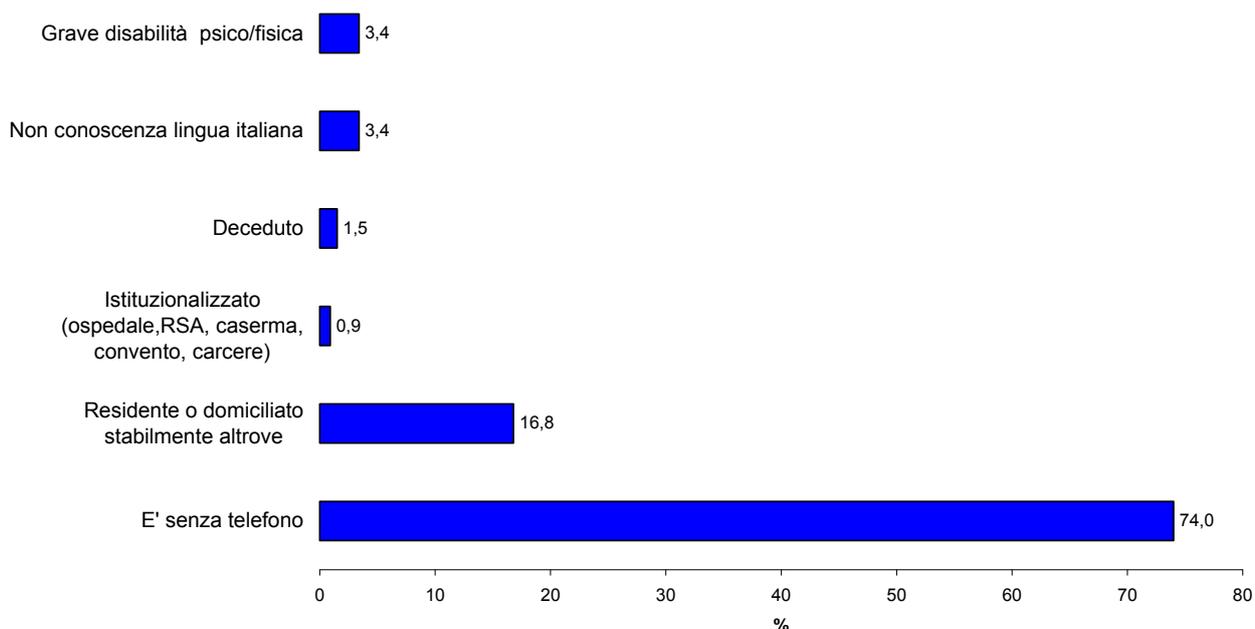
• **Tasso di eleggibilità "e"**

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

$$\frac{\text{n. int. - rif.}}{\text{n. int. - rif. - resid. abrove - istituz. - dec. - no italiano - disabili - fuori dal range di età}} \times 100$$

• **Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**

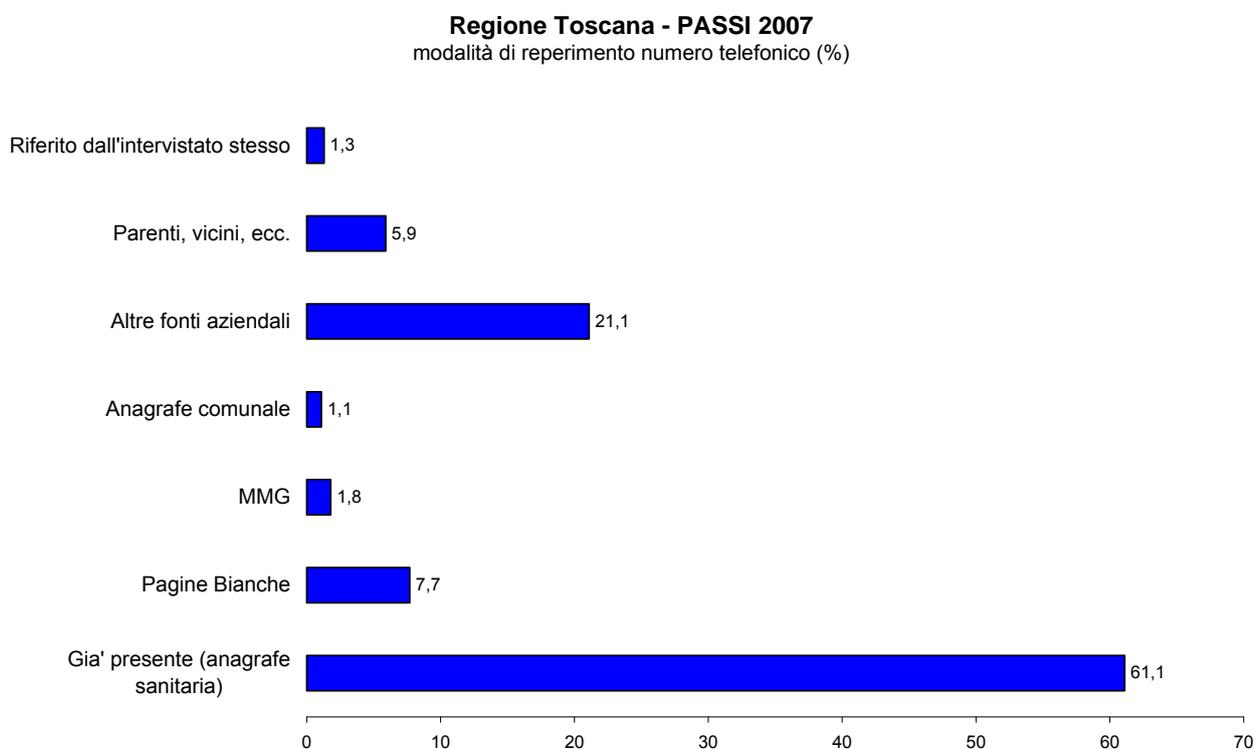
Regione Toscana - PASSI 2007
motivi di non eleggibilità (%)



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

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

- **Modalità di reperimento del numero di telefono**

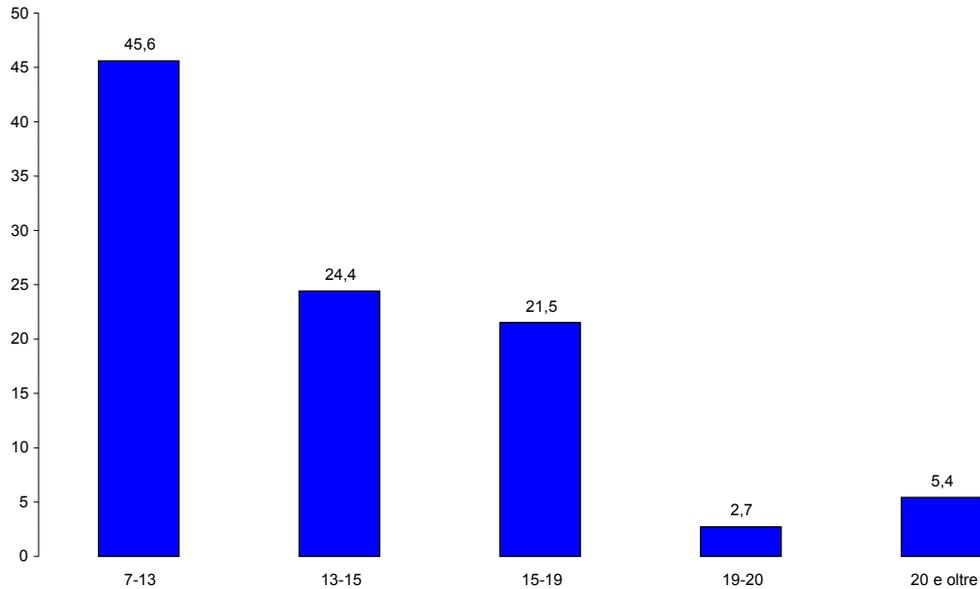


Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla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

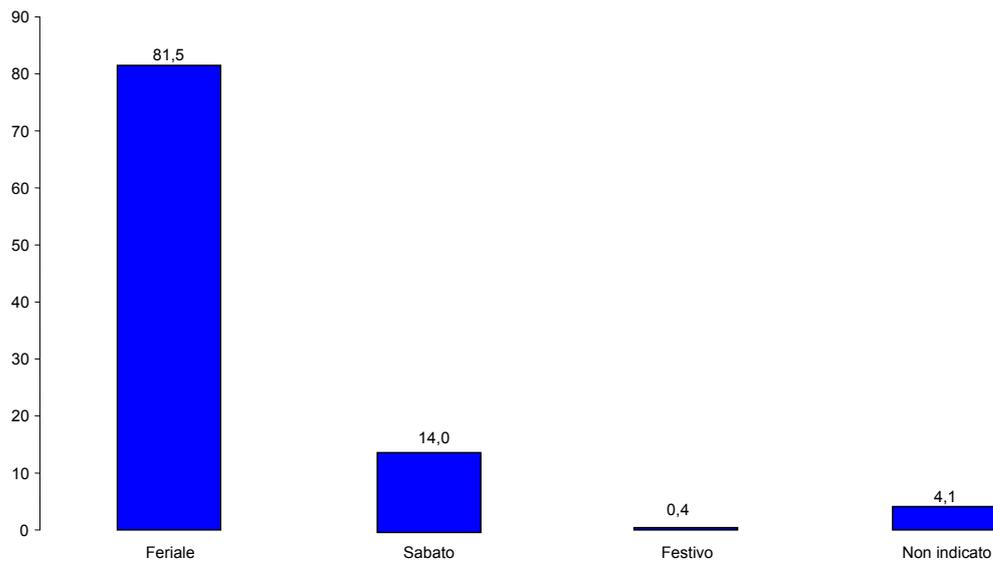
• **Distribuzione delle interviste per orari/giorni**

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

Regione Toscana - PASSI 2007
distribuzione interviste per orario (%)



Regione Toscana - PASSI 2007
distribuzione interviste per giorno (%)



APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

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

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{P}_k}$$

e

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{pop_strato}_k\text{-Reg}}$$

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-Reg}}$$

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

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}$$

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

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

BIBLIOGRAFIA

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) *Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition* Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. *Current Issues of Public Health* 1996;2,51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. *Social and Preventive Medicine* 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. *Health Promotion International* 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. *American Journal of Preventive Medicine* 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. *Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods*. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: *Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference* Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005*. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html; ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) *Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health?* Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004).
16. Italia. Ministero della Salute. *Progetto Mattoni SSN*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Atlanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. *Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.

21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
22. Pope, J. *Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience*. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. *MMWR* 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
27. Cheli E, Morcellini M. *La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa*. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancchi A. *La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche*. Roma: LDC – Rai-Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana.*, Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environmental health perspectives* 2002;110, suppl. 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI* 2007;3:1-2.
32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI*. 2007;3:3-4.
33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI* 2007;5:7-8.
34. Zuanelli Sonino E. *La competenza comunicativa*. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. *Manuale di sociologia della comunicazione*. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition*. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR* 2001;50 (No. RR-13).
38. Gruppo Tecnico di Coordinamento PASSI. *Rapporti ISTISAN 07/30. Sistema di sorveglianza PASSI*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it>.
39. I programmi di screening della Regione Toscana. Ottavo rapporto annuale. 2007 CSPO.
40. Morti per causa 2006. Regione Toscana Settore Sistema Statistico Regionale. RMR. 2007.