



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto nazionale 2008



**Il sistema di sorveglianza sui
Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (Passi)**

dall'ascolto dei cittadini alle azioni di prevenzione

RAPPORTO NAZIONALE 2008



Redazione

Gruppo tecnico Passi

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità, Roma

Nicoletta Bertozzi - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena

Stefano Camprostrini - 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

Pirous Fateh-Moghadam - Promozione ed educazione alla salute, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

Massimo Oddone Trinito - Dipartimento di prevenzione, Ausl Roma C

Paolo D'Argenio - Agenzia regionale della sanità, Regione Campania

Stefania Vasselli - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Roma

Eva Benelli, Stefano Menna - Agenzia di comunicazione scientifica Zadig

I referenti e i coordinatori regionali e aziendali Passi hanno contribuito all'organizzazione, alla raccolta e all'elaborazione dei dati. I loro nominativi sono riportati nell'elenco in appendice, aggiornato al mese di settembre 2009.

Una menzione particolare va ai circa mille operatori dei dipartimenti di sanità pubblica delle aziende sanitarie italiane, sulla cui attività si basa il funzionamento di Passi. Grazie al loro impegno, dal 2006 ad oggi è stato possibile avviare il sistema di sorveglianza, svilupparlo e produrre i risultati che qui vengono illustrati.

Si ringraziano per la collaborazione e il supporto forniti:

- ▶ il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
- ▶ il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
- ▶ il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità
- ▶ gli Assessori alla salute
- ▶ i Direttori generali e i Direttori sanitari delle Asl
- ▶ i responsabili dei Dipartimenti di prevenzione
- ▶ i Medici di medicina generale.

Un vivo ringraziamento ai numerosi colleghi che hanno dato indicazioni e suggerimenti preziosi e a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Il progetto di sperimentazione Passi è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Capitolo 4393/2004-Ccm).

Per maggiori informazioni, visita il sito web: www.epicentro.iss.it/passi.

Realizzazione grafica

Corinna Guercini - Agenzia di comunicazione scientifica Zadig.

Indice

Prefazione	5
Il sistema di sorveglianza Passi in breve	7
Sintesi dei risultati	9
Profilo sociodemografico	
Il campione	14
Guadagnare salute	
Attività fisica	18
Situazione nutrizionale	20
Consumo di alcol	23
Abitudine al fumo	25
Fumo passivo	27
Rischio cardiovascolare	
Rischio cardiovascolare	30
Iperensione arteriosa	31
Ipercolesterolemia	32
Calcolo del rischio cardiovascolare	33
Sicurezza	
Sicurezza stradale	36
Infortuni domestici	39
Programmi di prevenzione individuale	
Diagnosi precoce del tumore della mammella	42
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	44
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	46
Vaccinazione antinfluenzale	48
Vaccinazione antirosolia	49
Benessere	
Percezione dello stato di salute	52
Depressione	54
Appendice	
Metodi	57
Referenti e coordinatori Passi	61

Prefazione

Il presente rapporto aggiorna al 2008 i risultati della sorveglianza Passi, un sistema di monitoraggio dei comportamenti della popolazione adulta basato sul concetto che la prevenzione si fa a partire dall'ascolto dei cittadini. Un concetto, questo, importante nella visione attuale della prevenzione, secondo la quale le politiche sanitarie dovrebbero assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma, al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini. La convinzione è che la promozione della salute non possa compiutamente svolgersi in mancanza di politiche a sostegno del diritto di ciascuno a realizzare il proprio progetto di vita e, comunque, in assenza di un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive.

La “salute in tutte le politiche” è l'approccio perseguito dal programma Guadagnare salute e l'unico che possa effettivamente garantire il successo dei programmi di prevenzione: la salute è un bene collettivo da tutelare attraverso l'integrazione tra le scelte individuali e le azioni che competono alla società.

Passi è figlio di questa visione e, insieme agli altri sistemi in corso di implementazione (Passi d'argento, OKkio alla Salute, Hbsc), compone una rete di sorveglianza che sempre più va consolidandosi e configurandosi come un valido strumento di valutazione degli interventi messi in campo, rendendo disponibili ai decisori e ai cittadini dati indispensabili per attivare scelte consapevoli e indirizzare correttamente le azioni da intraprendere.

Gli operatori sanitari di Passi effettuano ogni anno migliaia di interviste telefoniche sull'intero territorio nazionale, diventando parte attiva e competente del sistema; inoltre, la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati avvengono a livello locale, una caratteristica, questa, che consente alle Aziende sanitarie e alle Regioni l'utilizzo diretto dei risultati per il governo del territorio e per fornire risposte efficaci ai bisogni di salute della popolazione.

Ad oggi, dati alla mano, si può ben dire che Passi stia seguendo un percorso certamente impegnativo ma in continuo sviluppo, alimentato e supportato dalla parallela evoluzione della cornice istituzionale del nostro Paese:

- ▶ il Piano nazionale della prevenzione di prossima emanazione che, tra gli obiettivi di salute, include la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, esplicitandola come specifica azione centrale di supporto all'implementazione del Piano e come linea di intervento a livello di programmazione regionale
- ▶ il programma Ccm 2009, che individua ben cinque linee progettuali sul tema della sorveglianza epidemiologica
- ▶ i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) che, per il livello della “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, introducono un nuovo impianto concettuale basato sulla definizione di obiettivi di salute, programmi, componenti dei programmi, indicatori di copertura anche nell'area della prevenzione delle malattie croniche e promozione di stili di vita salutari
- ▶ il già citato programma Guadagnare salute, che dai sistemi di sorveglianza può derivare indicazioni sull'andamento e l'impatto delle molteplici iniziative in corso d'opera.

Si tratta quindi di uno scenario complesso, denso di attività di cui occorre mantenere la sinergia, garantire la condivisione con le strategie europee e mondiali (*Gaining Health* e il Piano d'Azione Oms 2008-2013) e la coerenza rispetto all'assunto secondo il quale la disponibilità di informazioni precise, tempestive e territorializzate sulle caratteristiche e sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute è un prerequisito dell'agire (*scelte dettate dalle evidenze*) ed è strategica per quanti sono chiamati a monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute, pianificando, realizzando e valutando l'efficacia degli interventi (*cultura dei risultati*).

Dall'inizio della sperimentazione ad oggi Passi è certamente cresciuto, sia dal punto di vista del patrimonio e del dettaglio informativo disponibile, sia relativamente al livello di *compliance* degli attori coinvolti: quasi 80.000 le interviste complessivamente effettuate e utilizzabili per l'analisi; più di 1.000 gli operatori partecipanti, adeguatamente formati e quindi responsabilizzati nel loro ruolo; l'ampia produzione di reportistica destinata alla comunicazione istituzionale e all'utilizzo a livello centrale, regionale e locale, nonché quella finalizzata alla comunicazione scientifica e alla promozione del sistema anche nel mondo della ricerca; il sempre costante, e con risultati incoraggianti, controllo di qualità dei dati e il monitoraggio di processo del sistema al fine di verificarne il funzionamento e l'effettiva sostenibilità.

Quest'ultima è la parola chiave e la svolta del futuro: occorre prendere coscienza che non è sufficiente definire politiche e programmi se questi non hanno, come parte integrante, strumenti operativi che consentano la comunicazione istituzionale, la pianificazione, la valutazione. Ma tale presa di coscienza è strettamente legata alla effettiva possibilità che i sistemi di sorveglianza si radichino nella cultura e nella pratica quotidiana dei servizi e delle Aziende sanitarie, in un'ottica di rinnovamento sostanziale della sanità pubblica, realmente in linea con i tempi e con il contesto epidemiologico.

I prossimi sforzi saranno quindi focalizzati a definire e applicare tutti gli strumenti possibili (normativi, finanziari, metodologici, comunicativi e informativi ecc) per valorizzare il lavoro finora svolto e finalizzarlo a un uso della sorveglianza che sia di impatto sulla capacità e sulla grande opportunità di scegliere per la salute.

Fabrizio Oleari

*Direttore della direzione generale Prevenzione sanitaria
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*

Il sistema di sorveglianza Passi in breve

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel 2006, quindi, il Ministero della salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: Passi, cioè Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia.

Passi è concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti tra le Asl e le Regioni partecipanti e fornire elementi utili per le attività programmatiche locali.

Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e 2006 in molte Regioni con il coordinamento del Cnesps, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia, sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare, il Behavioral Risk Factor Surveillance System americano).

Il funzionamento del sistema

Operatori sanitari delle Asl, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle Asl, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione (minimo 25 interviste al mese per Asl) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy. Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti indagati sono:

- ▶ i principali fattori di rischio per le malattie croniche, oggetto del programma Guadagnare salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol
- ▶ il rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, calcolo del rischio
- ▶ i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto
- ▶ le vaccinazioni contro influenza e rosolia
- ▶ la sicurezza: i fattori che incidono su frequenza e gravità di incidenti stradali e infortuni domestici
- ▶ la percezione dello stato di salute e sintomi depressivi.

Sono disponibili altresì moduli opzionali, che le Regioni possono adottare per rispondere a proprie specifiche esigenze informative.

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto.

Da aprile 2007 è iniziata la rilevazione dei dati in 20 Regioni.

Alla fine del 2008 erano state registrate sul server centrale circa 60.000 interviste complete e a settembre 2009 il numero di interviste caricate era pari a 80.000.

Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato (87%, con solo il 9% di rifiuti, nel 2008), un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

Una descrizione più dettagliata dei metodi della sorveglianza Passi è riportata in appendice.

Sintesi dei risultati

I risultati della sorveglianza Passi 2008 dimostrano sensibili variazioni sia tra le diverse aree geografiche del Paese, sia tra le differenti categorie socio-demografiche della popolazione. Il quadro che emerge è caratterizzato da diseguaglianze di salute, per le quali i determinanti sociali sembrano giocare un ruolo rilevante.

Il campione 2008

Il campione di persone intervistate nel 2008 (*Pool Passi 2008*) è costituito da 37.560 persone, selezionate in modo casuale dalle liste delle anagrafi sanitarie delle Asl partecipanti.

Il 50,8% degli intervistati è rappresentato da donne. L'età media è di 44 anni. Il 57% ha un titolo di studio superiore o la laurea e il 64%, nella fascia d'età 18-65 anni, ha un lavoro regolare.

Per queste caratteristiche il campione è molto simile alla popolazione da cui è stato estratto e alla popolazione italiana.

Guadagnare Salute

Attività fisica

I sedentari sono il 29%, mentre il 33% degli intervistati ha dichiarato di svolgere un livello di attività fisica conforme alle raccomandazioni. In circa un terzo dei casi i medici, o altri operatori sanitari, si sono informati al riguardo e hanno consigliato genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo

I fumatori sono il 30%. Nel corso dell'ultimo anno, quasi quattro su dieci hanno tentato di smettere. Il 96% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo.

Fumo passivo

L'87% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici e sul luogo di lavoro viene rispettato sempre o quasi sempre, mentre il 72% ha dichiarato che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 32% degli intervistati è in sovrappeso, una persona su dieci obesa.

Il 57% delle persone con eccesso ponderale ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso e il 38% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica. Il consumo di frutta e verdura è risultato abbastanza diffuso, anche se solo il 10% ha aderito alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno.

Consumo di alcol

Il 60% degli intervistati ha fatto uso di bevande alcoliche nell'ultimo mese. I bevitori a rischio sono il 20% del campione: l'8% beveva fuori pasto, il 6% era un bevitore "binge" e il 10% era un forte bevitore. Secondo le dichiarazioni degli intervistati, gli operatori sanitari si sono informati poco frequentemente (16%) sulle abitudini di consumo alcolico dei loro assistiti e hanno consigliato solo raramente (6%) ai bevitori a rischio di moderare il consumo di alcol.

Rischio cardiovascolare

Ipertensione arteriosa

Al 16% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Il 21% degli intervistati, tra i 18 e 69 anni, ha dichiarato di essere iperteso e, tra questi, il 73% era in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

Il 19% ha riferito di non aver mai misurato il colesterolo. Un quarto del campione ha dichiarato di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 26% era in trattamento farmacologico.

Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta del rischio cardiovascolare è ancora poco utilizzata dai medici: solo il 6% degli intervistati con età compresa tra 35 e 69 anni ha riferito che il proprio medico gli ha valutato il rischio cardiovascolare.

Sicurezza

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza non è ancora del tutto soddisfacente. Mentre l'83% delle persone intervistate ha dichiarato di utilizzare in modo sistematico la cintura di sicurezza sedendo nei posti anteriori, solo il 19% ha utilizzato sempre la cintura sui sedili posteriori. Il 12% degli intervistati ha dichiarato, inoltre, di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista, e l'8% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Infortuni domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto da varie fonti informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 26%: tra questi, il 30% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Programmi di prevenzione

Screening del tumore del collo dell'utero

Il 75% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni, come raccomandato.

Screening del tumore della mammella

Il 71% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni, come raccomandato.

Screening del tumore del colon retto

Il 32% delle persone con 50-69 anni ha praticato la prevenzione del cancro del colon retto: il 23% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e il 9% una retto-sigmoidoscopia o una colonscopia negli ultimi cinque anni.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo il 30% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (malattie respiratorie croniche, diabete, tumore, malattie cardiovascolari), ha dichiarato di essersi vaccinato durante la stagione 2007-2008.

Vaccinazione antirosolia

La percentuale di donne suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto è pari al 44%: un dato molto superiore al valore raccomandato del 5%.

Benessere

Percezione dello stato di salute

Il 66% delle persone intervistate ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute, ma le persone più anziane, con una o più patologie croniche, con un basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche hanno una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

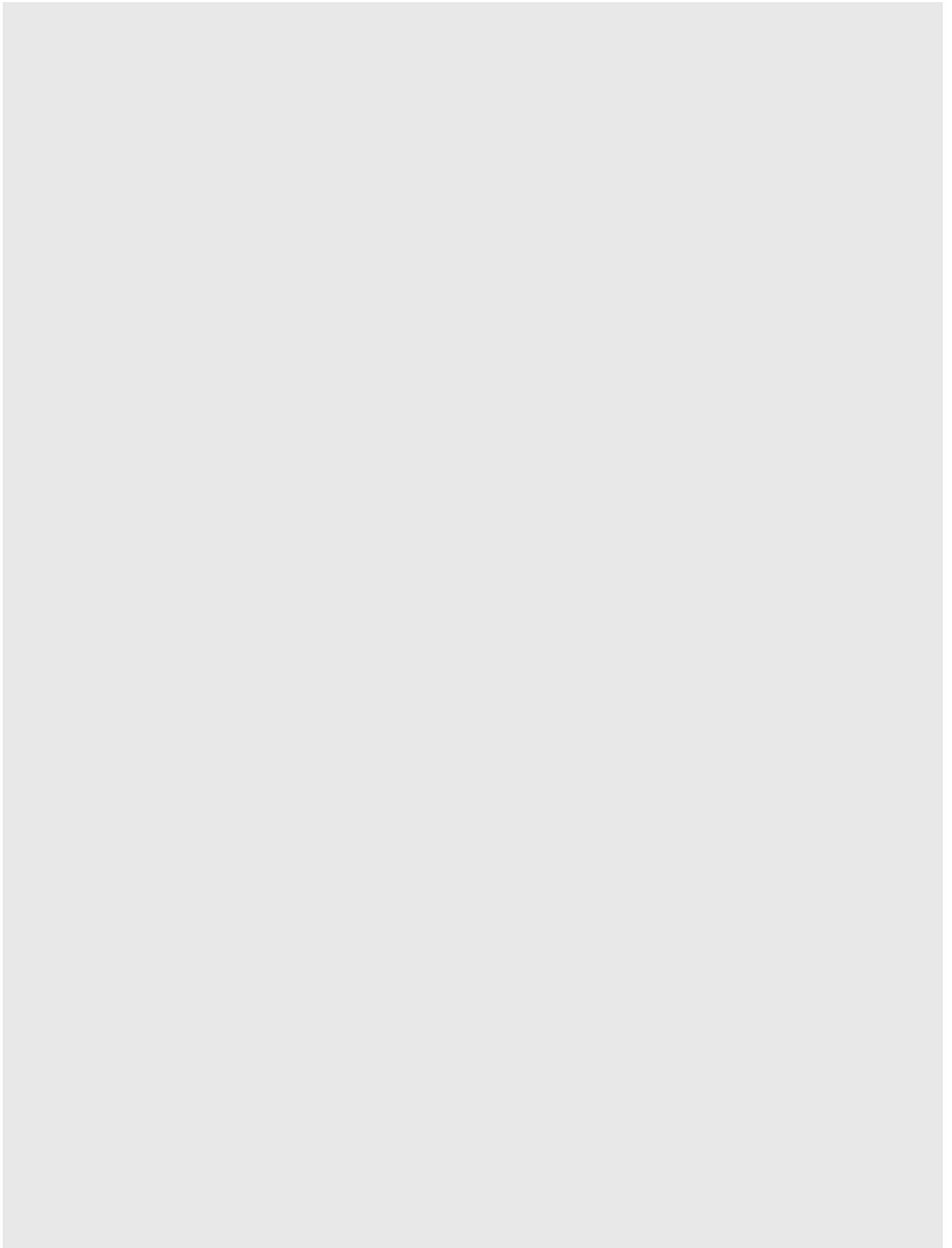
Sintomi di depressione

L'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle due settimane precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Tra queste, il 42% non ha chiesto aiuto a nessuno, mentre solo il 40% si è rivolta a un medico per questo problema.

Conclusioni

Grandi sono le differenze rilevate dal sistema di sorveglianza Passi tra Asl e tra Regioni. In particolare, esiste un gradiente Nord-Sud per quanto riguarda i rischi di Guadagnare Salute (fumo, sedentarietà e dieta), tranne per i consumi di alcol per cui i consumi maggiori si concentrano al Nord. Ampie differenze sussistono anche relativamente alle misure di prevenzione individuale.

Dal punto di vista delle strategie di prevenzione, queste differenze sono guadagni di salute potenzialmente conseguibili: ciascuna Asl e ciascuna comunità può così stabilire i propri obiettivi di salute e pianificare in modo coerente gli interventi e le iniziative per raggiungerli.



profilo sociodemografico

il campione 2008

14

Il campione 2008

La popolazione in studio è costituita da circa 40 milioni di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31 dicembre 2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 136 Aziende sanitarie locali (o zone territoriali equivalenti) che partecipano a Passi. Nel 2008 sono state intervistate più di 37.500 persone di età compresa tra 18 e 69 anni, selezionate dalle anagrafi sanitarie con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

L'età e il sesso

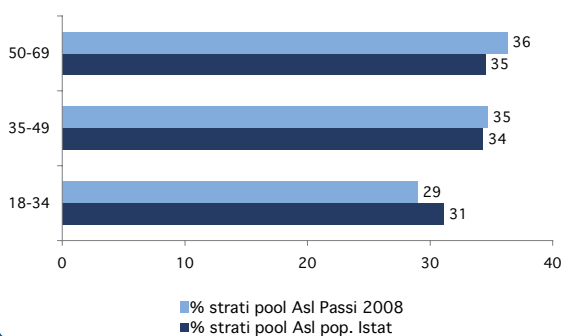
La distribuzione per sesso e classi di età del pool di Asl è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento ISTAT nelle stesse Asl, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Per quanto riguarda lo stato civile, i coniugati sono il 61%, i celibi/nubili il 31%, i vedovi/e il 3%, e i separati/divorziati il 5%.

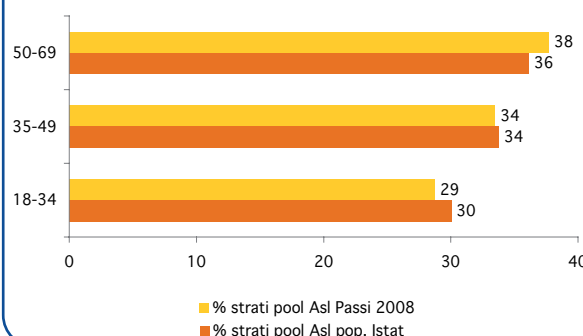
Caratteristiche demografiche degli intervistati - Pool di Asl	
Numerosità	37.560
Sesso	
<i>uomini</i>	49,2%
<i>donne</i>	50,8%
Classi di età	
<i>18-34</i>	28,9%
<i>35-49</i>	34,1%
<i>50-69</i>	37,0%
Età media	44 anni
Titolo di studio	
<i>nessuno/elementare</i>	12,4%
<i>media inferiore</i>	30,4%
<i>media superiore</i>	44,2%
<i>laurea</i>	13,0%
Lavoro regolare¹	63,9%
Difficoltà economiche	
<i>nessuna</i>	44,9%
<i>qualche</i>	41,4%
<i>molte</i>	13,7%

¹ campione compreso tra 18 e 65 anni

Distribuzione del campione Passi 2008 e della popolazione Istat del pool di Asl per classi di età negli uomini



Distribuzione del campione Passi 2008 e della popolazione Istat del pool di Asl per classi di età nelle donne



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera nel pool sono il 2,9%.

Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani (18-34: 4,2%; 35-49: 3,7%) mentre poco più dell'1% dei 50-69 anni sono stranieri. Le donne sono in maggior percentuale (3,5%) rispetto agli uomini (2,4%). Va precisato che, poiché il protocollo prevede la sostituzione degli stranieri che non sono in grado di sostenere l'intervista in italiano, Passi fornisce informazioni sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

Il titolo di studio

Il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

Il titolo di studio conseguito dipende fortemente dall'età: nella classe di età 50-69 la percentuale di persone con il livello di istruzione più elevato (media superiore/laurea) è pari al 38%, sensibilmente più bassa rispetto alle classi 35-49 e 18-34 (rispettivamente 60% e 76%).

Il lavoro

Il 64% del campione tra i 18 e i 65 anni ha dichiarato di lavorare regolarmente.

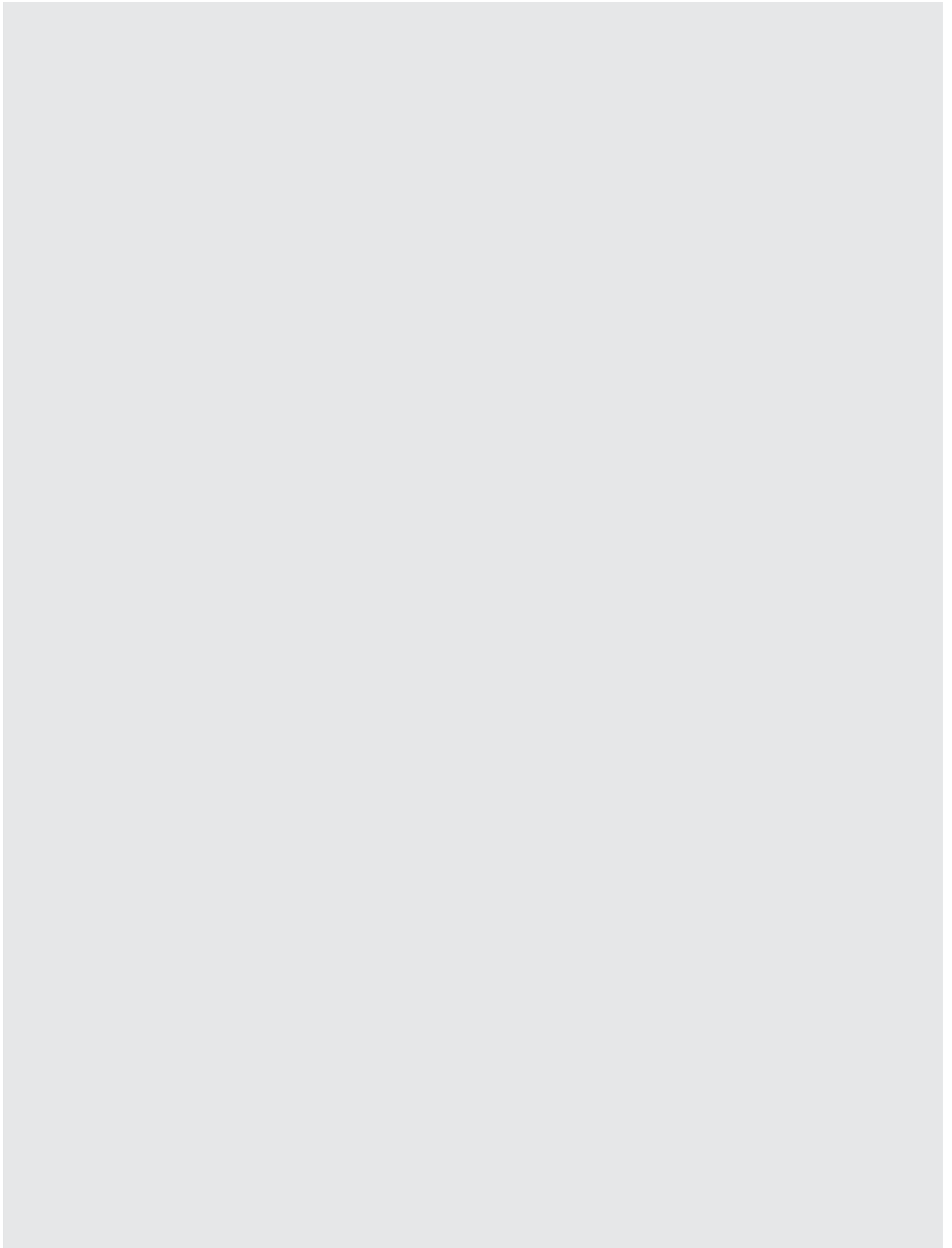
Le donne, in tutte le classi di età, hanno un'occupazione regolare in minor misura rispetto agli uomini (complessivamente 53% contro 75%).

La maggior percentuale di lavoratori regolari è stata osservata nella classe di età 35-49 anni.

Difficoltà economiche

Nel questionario Passi si è rilevata anche la percezione di difficoltà economiche, riconoscendo l'importanza dei determinanti sociali sulla salute come evidenziato anche a livello internazionale.

Il 14% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 45% nessuna.



guadagnare salute

attività fisica	18
situazione nutrizionale	20
consumo di alcol	23
abitudine al fumo	25
fumo passivo	27

Attività fisica

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta molto il rischio di disabilità. Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei Paesi sviluppati. Alcuni interventi aumentano la pratica dell'attività fisica e migliorano la forma: le campagne di informazione, la promozione dell'uso delle scale, i programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali). Tra questi, Passi rileva i suggerimenti forniti dagli operatori sanitari.

Attività fisica - Pool di Asl	% (IC 95%)
Livello di attività fisica	
attivo ¹	32,5 (31,9-33,1)
parzialmente attivo ²	38,1 (37,5-38,8)
sedentario ³	29,4 (28,8-29,9)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴	33,6 (32,0-33,3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴	31,1 (30,4-31,8)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	23,3 (22,3-24,2)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)
² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero
⁴ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Quanti sono sedentari e quanti attivi fisicamente?

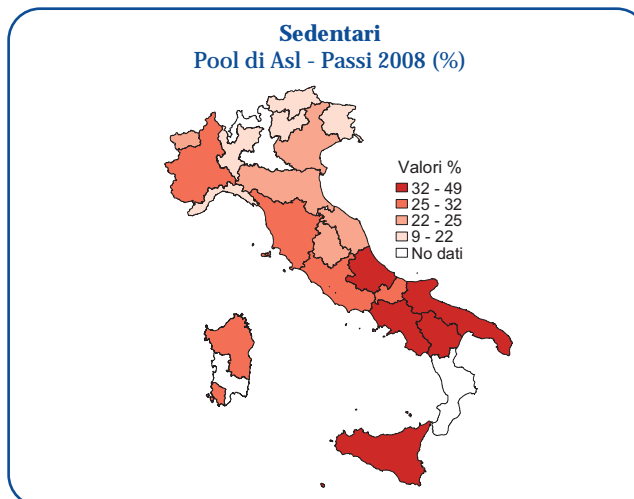
Circa il 33% delle persone intervistate ha riferito di effettuare un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo, il 38% non effettuava un lavoro pesante e praticava attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 29% era completamente sedentario.

- ▶ Si osservano percentuali maggiori di completamente sedentari tra i 50-69enni, tra le donne e tra le persone che hanno livello di istruzione più basso. Emerge inoltre una maggior componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra sedentarietà e le altre variabili: età (classi di età più elevate rispetto a 18-24), sesso, istruzione (il livello più basso rispetto agli altri), difficoltà economiche (molte difficoltà rispetto alle altre categorie).

Sedentarietà - Pool di Asl - Passi 2008 (n=37.225)	
Caratteristiche	sedentari % (IC 95%)
Totale	29,4 (28,8-29,9)
Classi di età	
18 - 24	23,4
25 - 34	27,1
35 - 49	28,1
50 - 69	33,8
Sesso	
uomini	27,7
donne	31,0
Istruzione	
nessuna/elementare	38,2
media inferiore	31,0
media superiore	28,0
laurea	21,8
Difficoltà economiche	
molte	37,5
qualche	31,7
nessuna	24,7

Chi fa poca o nessuna attività fisica?

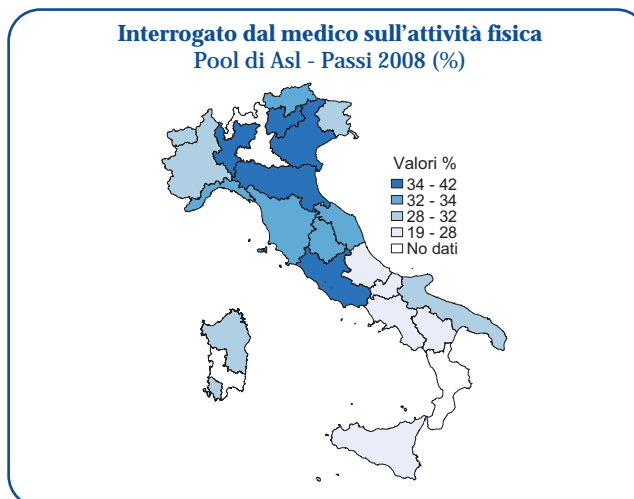
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Nord-Sud.
- ▶ Non sempre la percezione soggettiva corrisponde al livello di attività fisica svolta: nel pool di Asl partecipanti, il 23% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.



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

Solo il 33% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica. Riferiscono di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente nel 31% dei casi.

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che riferiscono che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- ▶ Emergono differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Conclusioni

L'attività fisica è praticata in modo insufficiente e molti miglioramenti sono possibili soprattutto tra i 50-69enni, le donne, le persone con livello di istruzione più basso e tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche. In particolare, bisogna migliorare nelle Regioni meridionali. L'attenzione e il consiglio del medico, misure efficaci nel modificare lo stile di vita sedentario, dovrebbero essere esercitati con maggiore frequenza e fiducia. In una rilevante quota di popolazione la percezione dell'adeguatezza del proprio livello di attività fisica è sopravvalutata. È quindi importante potenziare la comunicazione pubblica sulla essenziale esigenza dell'organismo: muoversi!

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute. In particolare, l'eccesso di peso aumenta il rischio di ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus, alcuni tipi di tumore (endometriale, colon-rettale, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa), malattie della colecisti e osteoartriti. Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di indice di massa corporea (Imc), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato, e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc <18,5), normopeso (Imc 18,5-24,9), sovrappeso (Imc 25-29,9), obeso (Imc ≥30). L'obesità è aumentata negli ultimi decenni al punto che, oggi, gli esperti le attribuiscono circa 50.000 decessi all'anno nel nostro Paese.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari - Pool di Asl	% (IC 95%)
Popolazione con eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i>	31,6 (31,0-32,2)
<i>obesi</i>	10,3 (9,9-10,7)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹	
<i>sovrappeso</i>	48,6 (47,4-49,8)
<i>obesi</i>	82,2 (80,7-83,7)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10,1 (9,7-10,5)

¹ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

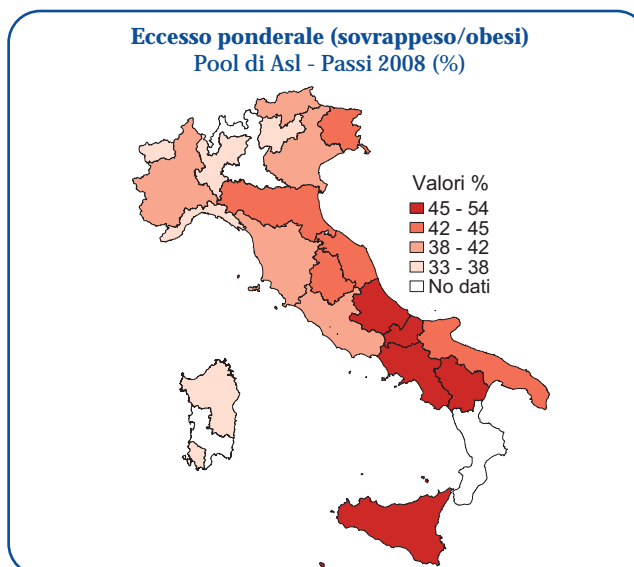
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale (sovrappeso o obesità - Imc ≥25) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con molte difficoltà economiche.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico multivariato, si confermano questi risultati, cioè che l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa all'età, al sesso, al livello di istruzione e alla situazione economica percepita.

Eccesso ponderale Pool di Asl - Passi 2008 (n=37.400)		
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC 95%)	Obesi % (IC 95%)
Totale	31,6 (31,0-32,2)	10,3 (9,9-10,7)
Classi di età		
18 - 34	19,4	4,6
35 - 49	32,3	9,3
50 - 69	41,5	16,3
Sesso		
uomini	40,3	11,1
donne	23,0	9,5
Istruzione		
nessuna/elementare	40,5	21,8
media inferiore	36,5	12,5
media superiore	28,3	7,2
laurea	23,0	4,9
Difficoltà economiche		
molte	34,6	17,2
qualche	33,4	10,9
nessuna	29,1	7,5

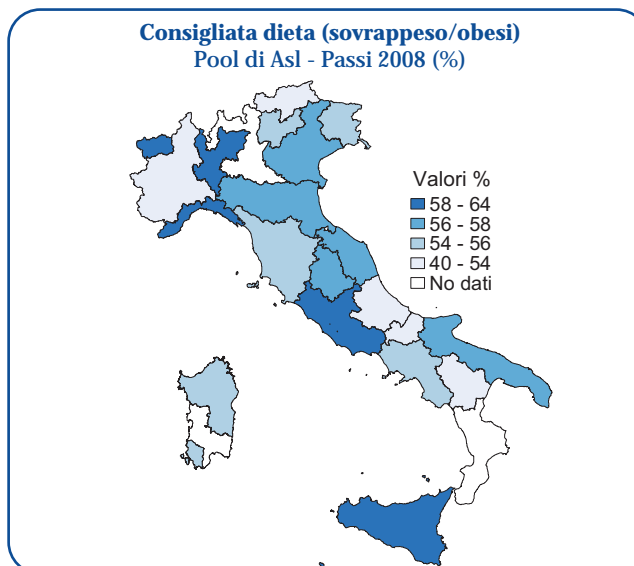
Nella mappa seguente è riportata la situazione dell'eccesso ponderale (sovrappeso/obesi) per le Regioni e Asl che nel 2008 hanno raccolto un campione rappresentativo.

- ▶ La Lombardia è la zona con la percentuale più bassa di persone sovrappeso/obese (33%), mentre la Basilicata è la Regione con la percentuale più alta (54%).
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Nord-Sud.



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

- ▶ Il 57% delle persone con eccesso ponderale (sovrappeso/obese) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso e il 38% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione, nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo, riguardo agli intervistati sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso.



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

- ▶ Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Solo il 10%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

Conclusioni e raccomandazioni

Per diffusione e conseguenze sulla salute l'eccesso ponderale è il secondo principale rischio modificabile per la salute in Italia e un problema prioritario di salute pubblica.

Le persone in sovrappeso spesso sottovalutano la loro condizione. E neanche gli stessi operatori sanitari sembrano ancora porre l'attenzione necessaria.

Le Asl, in particolare quelle del Sud, insieme ai rappresentanti delle comunità locali, possono individuare obiettivi di salute specifici perché esistono grandi margini di miglioramento per:

- promuovere nelle famiglie la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale, favorendo il movimento e una dieta sana
- modificare la sottovalutazione del sovrappeso
- aumentare l'attenzione specifica e i consigli di medici e operatori sanitari
- aumentare la disponibilità, l'accessibilità e il consumo di frutta e verdura
- mettere in atto programmi intersettoriali che favoriscano la mobilità attiva e una dieta scarsa di alimenti ipercalorici e bevande zuccherine.

Consumo di alcol

L'alcol contribuisce a oltre 60 problemi di salute, dalla sindrome feto alcolica nei neonati agli incidenti stradali (prima causa di morte in età giovanile), dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di cancro. Per questi motivi, al consumo di alcol è attribuito il 4% del carico di sofferenze in termini di "anni di vita in buona salute persi" (Daly). La definizione delle quantità-soglie per il consumo forte è stata recentemente abbassata dall'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, in accordo con la ricerca sull'argomento. Secondo la nuova definizione, gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità sono "forti bevitori" (prima 3 e 2 unità rispettivamente). Il *binge drinking*, invece, rimane qui il consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione.

Consumo di alcol - Pool di Asl	% (IC 95%)
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	59,3 (58,7-59,9)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	8,2 (7,9-8,5)
Bevitori <i>binge</i>	6,3 (6,1-6,7)
Forti bevitori	10,3 (9,9-10,7) ¹
Bevitori a rischio ²	19,6 (19,1-20,1) ³
Chiesto dal medico sul consumo	16,0 (15,5-16,5)
Consigliato dal medico - ai bevitori a rischio - di ridurre il consumo	6,2 (5,4-6,9) ⁴

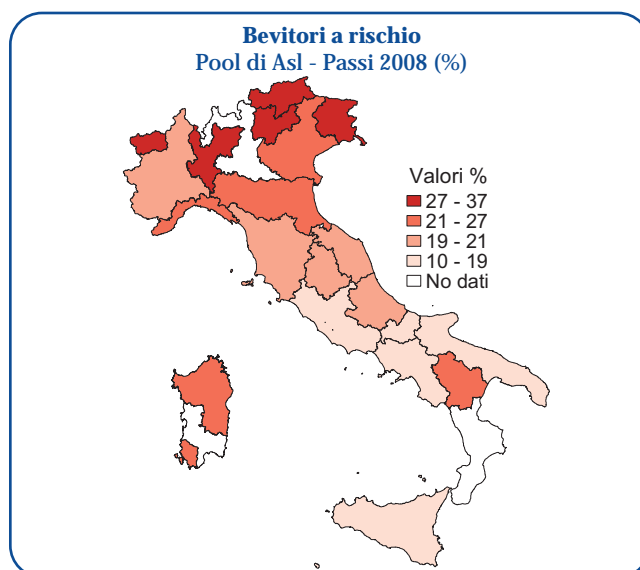
¹ applicando la precedente definizione di forte consumo: 3,5 (3,3-3,7)
² bevitori fuori pasto o bevitori *binge* o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non è la somma dei singoli comportamenti
³ applicando la precedente definizione di forte consumo: 14,8 (14,4-15,3)
⁴ applicando la precedente definizione di forte consumo: 7,0 (6,1-7,9)

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- ▶ Circa 1 su 5 (19,6%) degli intervistati è un bevitore a rischio.
- ▶ Il consumo a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di età 18-34, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione più alto e tra chi non ha difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando tutte insieme queste caratteristiche tramite un modello logistico multivariato, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa con il consumo a rischio sono l'età, il sesso, l'istruzione, ma non le difficoltà economiche.

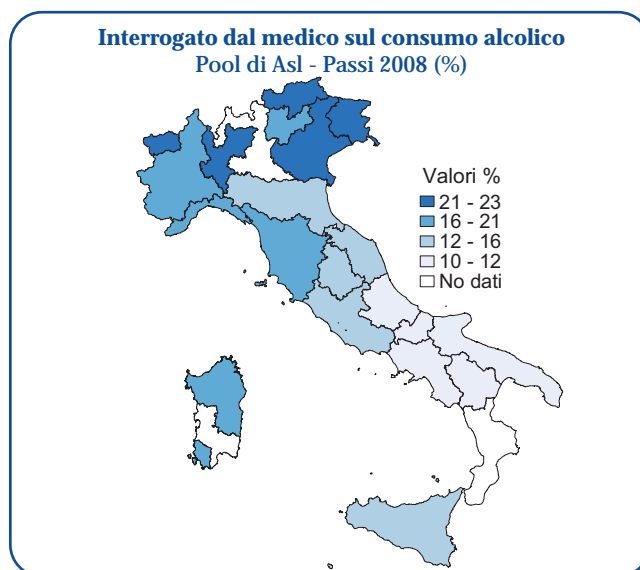
Consumo a rischio (ultimo mese) Pool di Asl - Passi 2008 (n=37.012)	
Caratteristiche	bevitori a rischio % (IC 95%)
Totale	19,6 (19,1-20,1)
Classi di età	
18 - 24	37,8
25 - 34	26,1
35 - 49	14,9
50 - 69	14,9
Sesso	
uomini	24,7
donne	14,6
Istruzione	
nessuna/elementare	13,9
media inferiore	18,3
media superiore	21,2
laurea	22,5
Difficoltà economiche	
molte	16,5
qualche	17,4
nessuna	22,7

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che sono da considerare bevitori a rischio nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 10% della Sicilia e della Campania al 37% della P.A. di Bolzano.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud.



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

- ▶ Nel pool di Asl partecipanti al sistema solo il 16% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- ▶ Inoltre poco più del 6% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto da un medico o un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.



Conclusioni e raccomandazioni

In Italia, circa due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consuma abitualmente bevande alcoliche. Circa un quinto ha abitudini di consumo a rischio per quantità o modalità di assunzione, con una maggior frequenza negli uomini e nei giovani, soprattutto al Nord. I risultati sottolineano l'importanza di diffondere la percezione del rischio collegato al consumo di alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, che si informano poco sulle abitudini dei loro assistiti e raramente consigliano ai bevitori a rischio di moderare i consumi. Nel nostro Paese, un importante produttore in cui l'alcol fa parte della cultura alimentare, il sistema sanitario e i professionisti della salute devono sottolineare il valore della salute nelle politiche che regolano i prezzi, l'accessibilità, i limiti e i controlli.

Abitudine al fumo

L fumo di tabacco, che contiene più di 4 mila sostanze, alcune delle quali con marcate proprietà irritanti e circa 60 sostanze sospettate o riconosciute come cancerogene, è il principale fattore di rischio per patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e cancro. Si tratta del maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). Negli ultimi quarant'anni la percentuale di fumatori negli uomini si è via via 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.

Abitudine al fumo - Pool di Asl	% (IC 95%)
Fumatori ¹	29,8 (29,3-30,4)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ²	42,5 (41,8-43,2)
Consigliato dal medico - ai fumatori - di smettere	61,2 (60,0-62,5)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	37,2 (36,1-38,4)
Ex fumatori che hanno smesso da soli	95,7 (95,4-96,5)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	87,2 (86,8-87,7)
<i>sul luogo di lavoro</i>	87,1 (86,5-87,7)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	71,8 (71,3-72,4)

¹ chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi
² tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi

- ▶ L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle classi d'età più giovani, tra gli uomini, nelle persone con livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e con molte difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e le variabili età, sesso, istruzione e difficoltà economiche.
- ▶ Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni (range: 25% P.A. di Trento - 34% Lazio).

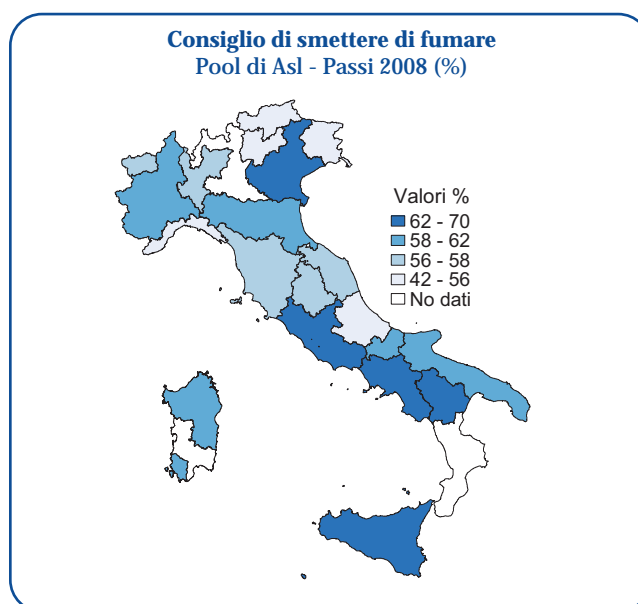
Abitudine al fumo di sigaretta Pool di Asl - Passi 2008 (n=37.522)	
Caratteristiche	fumatori % (IC 95%)
Totale	29,8 (29,3-30,4)
Classi di età	
18 - 24	33,3
25 - 34	36,7
35 - 49	31,0
50 - 69	23,8
Sesso	
uomini	34,5
donne	25,3
Livello di istruzione	
nessuna/elementare	22,9
media inferiore	33,8
media superiore	30,7
laurea	24,2
Difficoltà economiche	
molte	37,8
qualche	30,5
nessuna	29,8

A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo?

Complessivamente circa il 43% delle persone, che sono state da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo, e precisamente: il 67% dei fumatori, il 41% degli ex fumatori¹ e il 29% dei non fumatori².

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

- ▶ Il 61% dei fumatori, che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- ▶ Nel 29% dei casi, il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 18% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 14% per entrambi i motivi.
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare, nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.
- ▶ Il 37% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.
- ▶ Fra gli ex fumatori il 96% ha smesso di fumare da solo.



Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo è risultata più frequente tra gli uomini e i giovani, tra cui più di tre persone su dieci hanno riferito di fumare. Circa due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario, e quasi tutti gli ex fumatori hanno riferito di aver smesso senza usare farmaci, che pure esistono e sono efficaci. Oltre alla sorveglianza Passi, collaborando con le agenzie educative, le Asl dovrebbero avviare o potenziare programmi di contrasto all'iniziazione al fumo, al fumo in gravidanza e quelli per la disassuefazione. Inoltre le Asl possono svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli sono efficaci nell'indurre un cambiamento. Infine, il sistema sanitario dovrebbe esercitare pressioni per l'attuazione piena degli impegni che il nostro Paese ha preso sottoscrivendo la Convenzione internazionale contro il tabacco del 2003.

¹ chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

² chi ha fumato meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma o non ha mai fumato

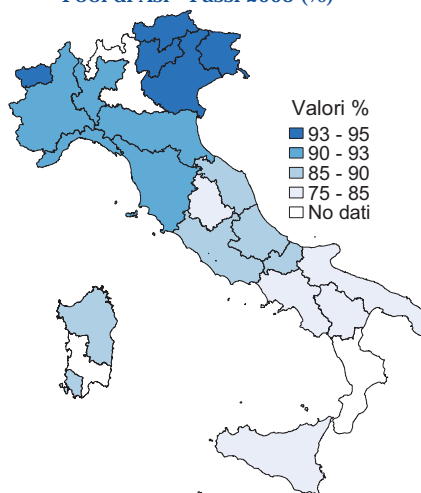
Fumo passivo

Lil fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus, tumore del polmone. Altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

Con la Legge 16 gennaio 2003 - n. 3, art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori" (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stato uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità. L'obiettivo è appunto proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo. La legge si è rivelata un importante strumento di tutela della salute, producendo peraltro una significativa riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio.

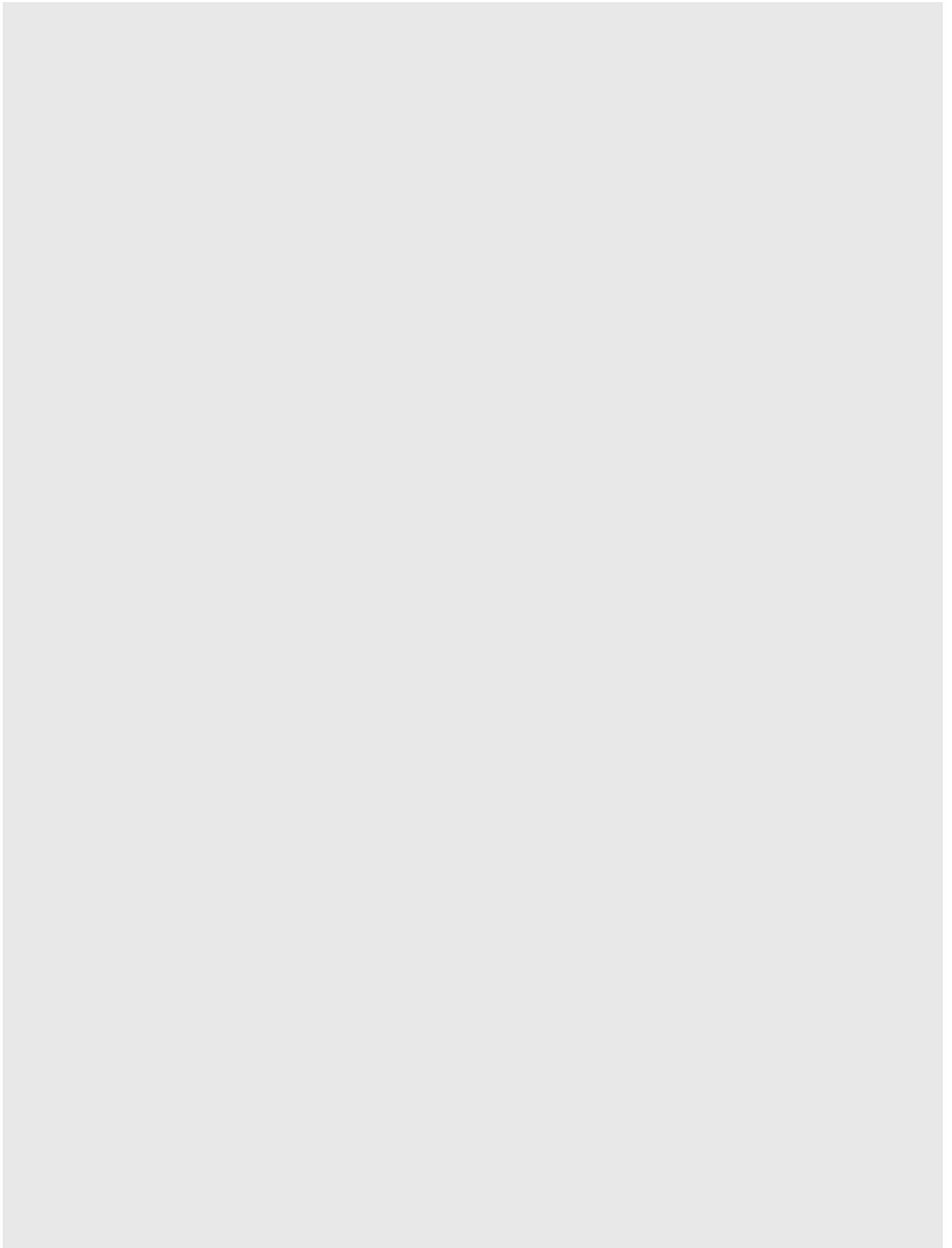
- ▶ L'87% delle persone intervistate ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- ▶ Riguardo all'abitudine di fumare in ambito domestico, il 72% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione, mentre nel restante 28% dei casi si può fumare in alcuni locali (22%) o dappertutto (6%).
- ▶ Tra gli intervistati che lavorano, infine, l'87% ha riferito che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.

Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Le Asl dovrebbero poter considerare la legge per il divieto di fumo come un vero e proprio strumento per "fare salute". Programmi di controllo e vigilanza dovrebbero garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie dovrebbero, per prime, assicurare la qualità dell'aria che si respira nei loro edifici. Campagne promozionali dovrebbero tendere a ridurre quella quota di case (28%) in cui, secondo i dati 2008 del sistema Passi, è possibile fumare e quindi esporre gli altri, e spesso i bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.



rischio cardiovascolare

rischio cardiovascolare	30
ipertensione arteriosa	31
ipercolesterolemia	32
calcolo del rischio cardiovascolare	33

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. La probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti dei sottogruppi più a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati relativi al controllo dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, e all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

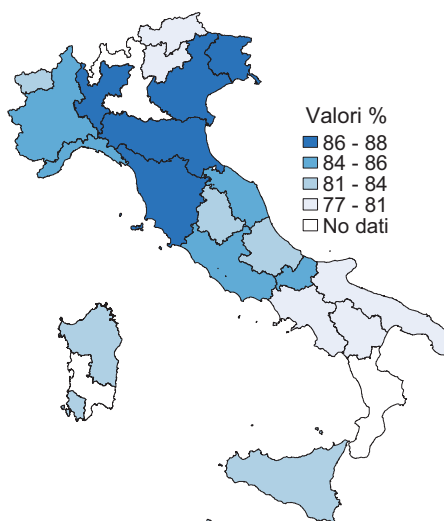
Rischio cardiovascolare - Pool di Asl	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	20,8 (20,3-21,3)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	84,3 (83,8-84,7)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	25,4 (24,7-26,0)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	80,6 (80,1-81,1)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	6,3 (6,0-6,7)
¹ tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa ² tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia ³ su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari	

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare di malattie frequenti, gravi e invalidanti o mortali come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costi circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi. D'altra parte, l'ipertensione è associata a fattori modificabili come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'attività fisica. La frequenza di ipertensione è dunque riducibile sia con interventi su questi fattori, sia con il controllo medico e farmacologico.

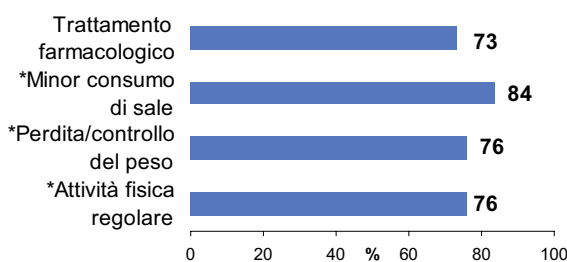
- ▶ La pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, nell'84% della popolazione del pool di Asl.
- ▶ Nella mappa a lato è rappresentata la situazione nelle Regioni e Asl che nel 2008 hanno raccolto un campione rappresentativo (range: 77% Basilicata - 88% Lombardia e Friuli-Venezia Giulia).
- ▶ La percentuale di coloro, cui è stata fatta una diagnosi di ipertensione, varia dal 16% della P.A. di Bolzano al 22% del Veneto.
- ▶ Mentre per il controllo della pressione negli ultimi due anni le differenze interregionali sono statisticamente significative, non lo sono per la diagnosi riferita di ipertensione.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



- ▶ Il 73% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.
- ▶ All'84% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 76% di controllare il peso corporeo e al 76% di svolgere regolarmente attività fisica.

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico*
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



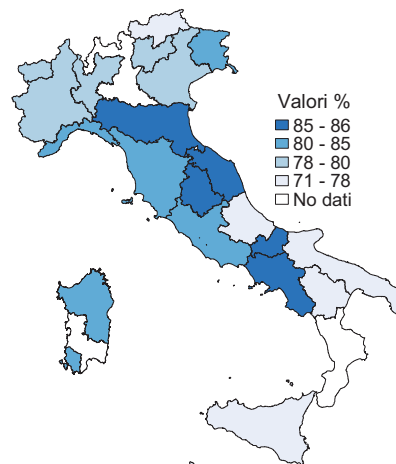
Ipercolesterolemia

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

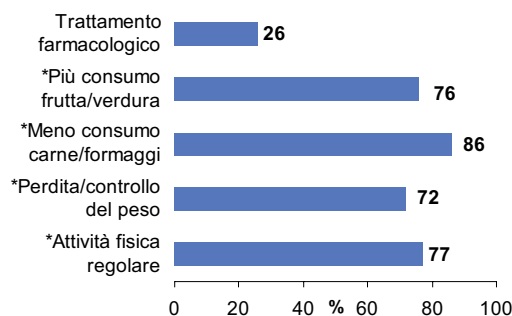
- ▶ La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita, nell'81% della popolazione del pool di Asl.
- ▶ Nella mappa a lato è rappresentata la situazione nelle Regioni e Asl che nel 2008 hanno raccolto un campione rappresentativo (range: 71% P.A. di Bolzano - 86% Molise).
- ▶ La percentuale di coloro, cui è stata fatta una diagnosi di ipercolesterolemia, nel pool di Asl, è pari al 25%.
- ▶ Per entrambe le variabili si osservano differenze statisticamente significative tra le Regioni.

- ▶ Il 26% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico.
- ▶ Al 76% degli intervistati ipercolesterolemici è stato consigliato maggior consumo di frutta e verdura, all'86% minor consumo di carne e formaggi, al 72% di controllare il peso e al 77% di fare regolare attività fisica.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Trattamento dell'ipercolesterolemia e consigli del medico*
Pool di Asl - Passi 2008 (%)

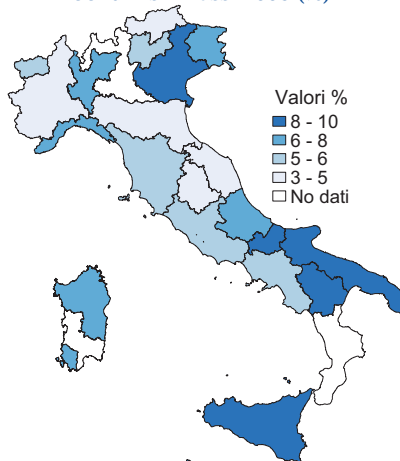


Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, che il proprio paziente ha, di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Uno degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione è l'estensione dell'uso della carta del rischio come strumento di valutazione clinica.

- ▶ Nel pool di Asl il 6% degli intervistati di età 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale.
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la percentuale di persone cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 3% dell'Umbria al 10% della Basilicata.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

Persone ≥ 35 anni, senza patologie cardiovascolari, cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle Asl del pool Passi 2008, il 15% degli intervistati non era stato sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Tre ipertesi su quattro erano in trattamento farmacologico, e tre su quattro avevano ricevuto consigli affinché adottassero misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione.

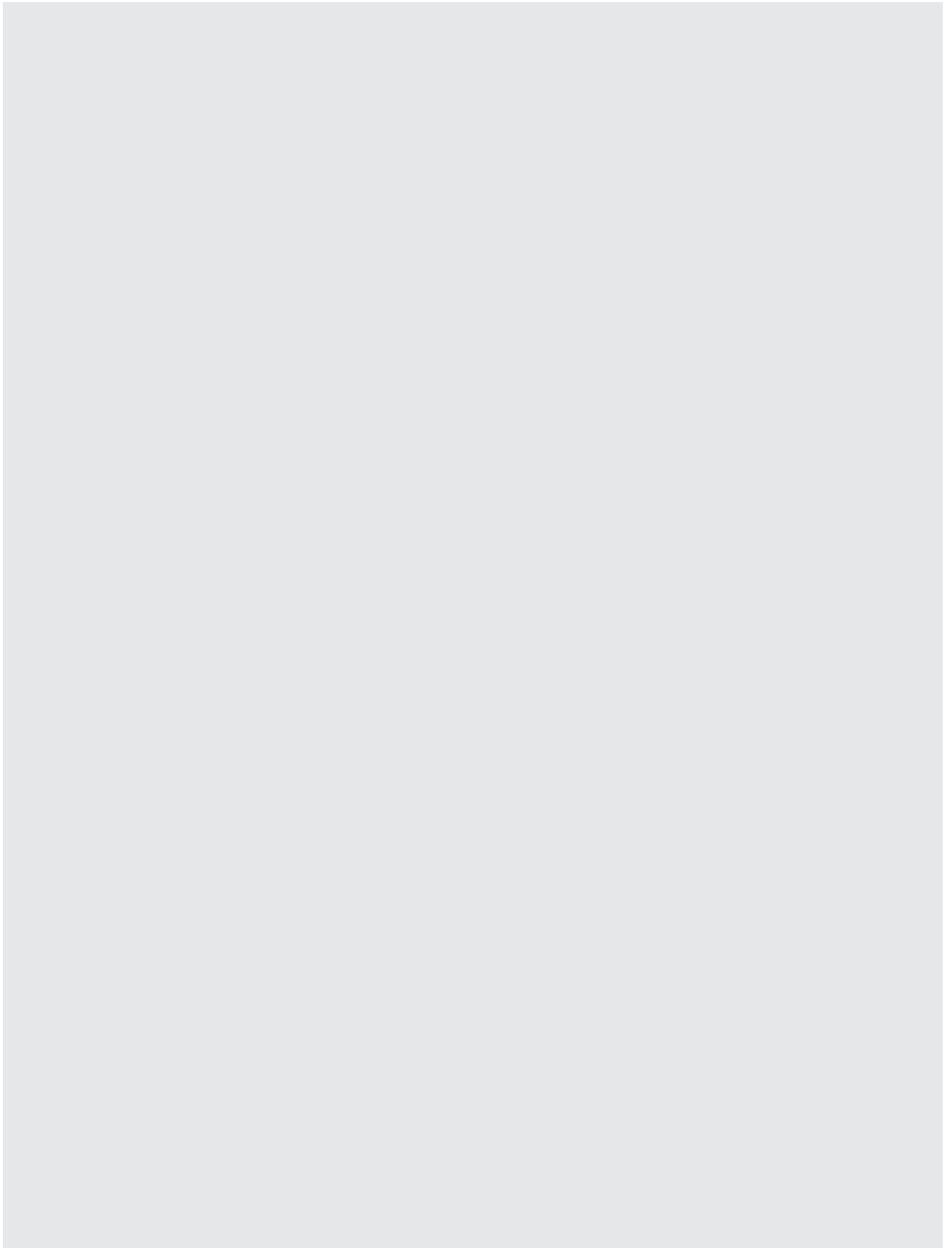
Per il controllo del colesterolo, il 19% degli intervistati ha riferito di non aver mai fatto una misurazione della colesterolemia nel corso della vita. Tra coloro che invece si sono sottoposti ad almeno un controllo, il 25% ha dichiarato di avere un eccesso di colesterolo nel sangue.

Più di un quarto degli ipercolesterolemici era in trattamento farmacologico, e il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la colesterolemia è stato fornito a circa tre ipercolesterolemici su quattro.

Le Asl dovrebbero migliorare il controllo della pressione arteriosa e del colesterolo, perché una quota ancora consistente di popolazione adulta non misura pressione e colesterolo.

I programmi di controllo e riduzione di pressione e colesterolo, basati sull'iniziativa dei medici di famiglia, possono potenziare quelli per l'attuazione delle raccomandazioni relative a dieta e attività fisica, con l'obiettivo comune di abbassare il rischio cardiovascolare.

In programmi di questo tipo, dovrebbe essere generalizzato l'uso della carta del rischio cardiovascolare: uno strumento che può migliorare la qualità della valutazione clinica e la consapevolezza dell'assistito.



sicurezza

sicurezza stradale	36
infortuni domestici	39

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni. Secondi i dati Istat del 2007, ogni giorno in Italia si verificano in media 633 incidenti stradali, che provocano la morte di 14 persone e il ferimento di altre 893.

Nel 2007 sono stati rilevati 230.871 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 5.131 persone, mentre altre 325.850 hanno subito lesioni di diversa gravità.

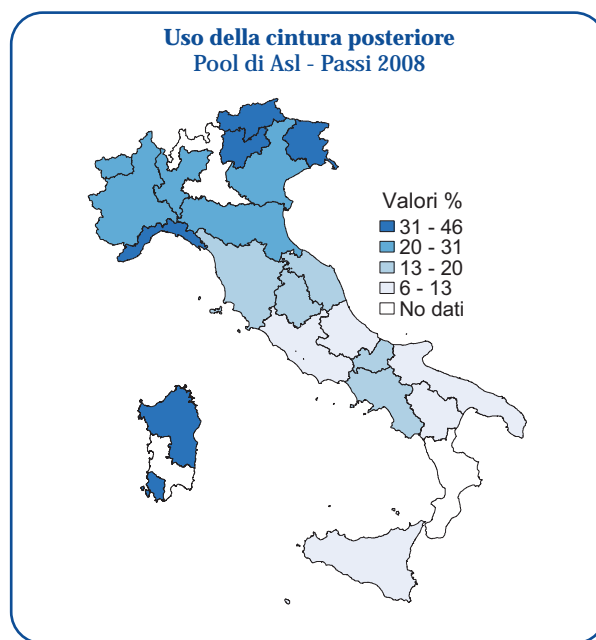
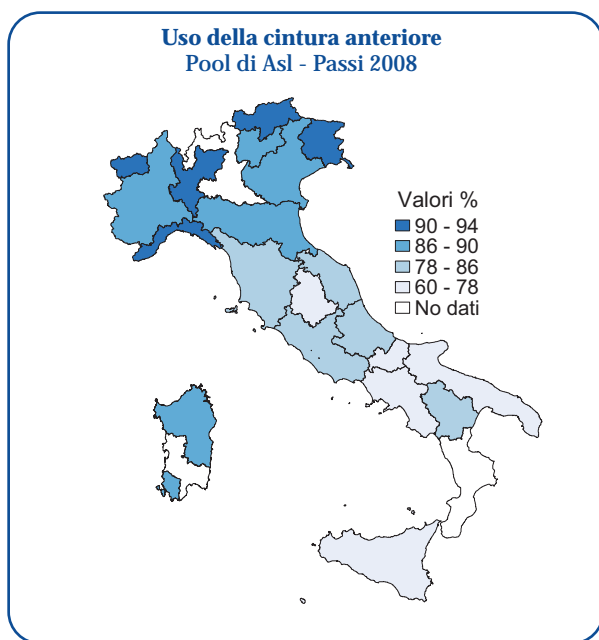
Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è infatti attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini). Passi fornisce informazioni continue su guida in stato di ebbrezza, misure di protezione e controlli delle Forze dell'ordine.

Sicurezza stradale - Pool di Asl	% (IC 95%)
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹	
<i>casco sempre</i>	93,7 (93,0-94,3)
<i>cintura anteriore sempre</i>	83,2 (82,7-83,6)
<i>cintura posteriore sempre</i>	19,3 (18,8-19,8)
Guida sotto effetto dell'alcol ²	11,8 (11,3-12,4)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	8,3 (8,0-8,7)

¹ percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile
² aver guidato - nell'ultimo mese - entro un'ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara che negli ultimi 30 giorni ha bevuto almeno un'unità alcolica e ha guidato

L'uso dei dispositivi di sicurezza



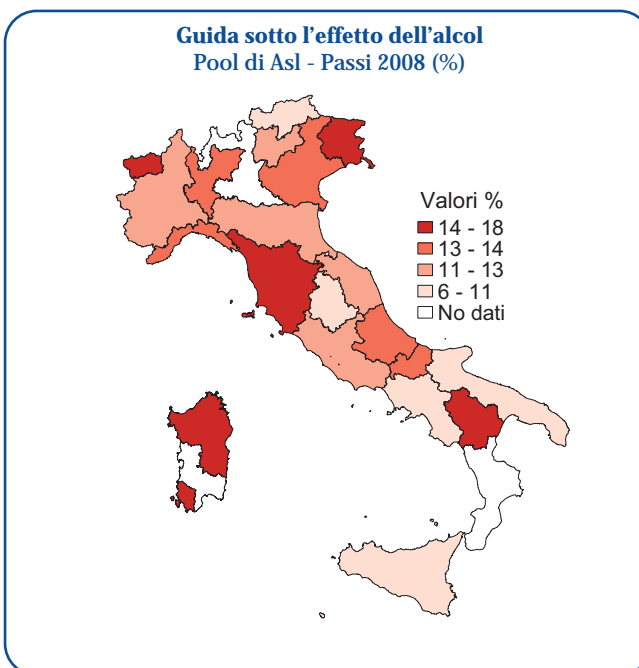
Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- ▶ Il 12% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- ▶ L'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è più frequente tra gli uomini e nella fascia di età 18-34 anni.
- ▶ Differenze meno evidenti si rilevano anche per il livello di istruzione e di reddito
- ▶ Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico multivariato, la guida in stato di ebbrezza si conferma associata in maniera statisticamente significativa solo al sesso e all'età.

Guida sotto l'effetto dell'alcol* Pool di Asl - Passi 2008 (n=21.697)	
Caratteristiche	Persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol** % (IC 95%)
Totale	11,8 (11,3-12,4)
Classi di età	
18 - 24	13,7
25 - 34	14,5
35 - 49	10,4
50 - 69	11,0
Sesso	
uomini	16,5
donne	3,6
Istruzione	
nessuna/elementare	10,1
media inferiore	11,5
media superiore	12,3
laurea	12,4
Difficoltà economiche	
molte	10,6
qualche	10,7
nessuna	13,0

* tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
**coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dopo aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

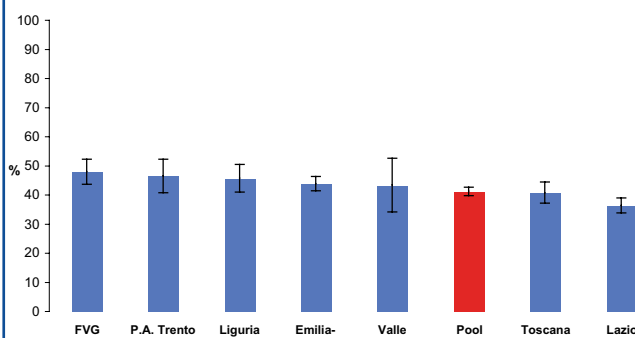
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione della guida sotto effetto dell'alcol, nelle Regioni e Asl che nel 2008 hanno raccolto un campione rappresentativo.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Quante persone sono state controllate dalle Forze dell'ordine?

- ▶ Tra le Regioni che hanno approfondito il problema degli incidenti stradali (Valle D'Aosta, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio), il 41% dei circa 5.200 intervistati che sono andati in auto/moto negli ultimi 12 mesi dichiara di aver subito un controllo (da guidatore o da passeggero).
- ▶ A chi dichiara di essere stato fermato, come guidatore o passeggero, questo controllo è capitato in media circa due volte negli ultimi 12 mesi.
- ▶ In Friuli-Venezia Giulia i controlli delle Forze dell'ordine sono più frequenti (48%), mentre il Lazio è la Regione con controlli meno frequenti (36%). Il confronto tra Regioni non mostra differenze statisticamente significative.

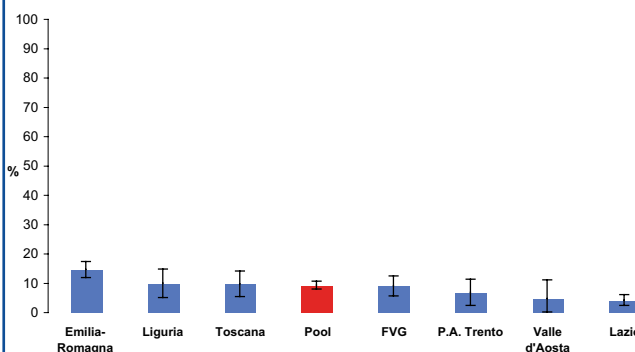
Persone che riferiscono un controllo da parte delle Forze dell'ordine
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Quante persone hanno effettuato l'etilotest?

- ▶ Solo il 9% dei fermati riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest: meno dell'1% di tutti gli intervistati.
- ▶ Quasi nella metà dei casi in cui è stato effettuato un etilotest, il controllo è capitato una sola volta negli ultimi 12 mesi.
- ▶ La percentuale di persone che riferiscono che è stato effettuato un controllo con etilotest sembra diminuire con l'aumentare dell'età: si va dal 20% dei 18-24enni al 2% dei 50-69enni.
- ▶ La percentuale più bassa di controlli con etilotest si registra nel Lazio (4%), la più alta in Emilia-Romagna (14%). Il confronto tra Regioni mostra differenze statisticamente significative.

Persone che riferiscono che il guidatore ha effettuato l'etilotest
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

È buono il livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, anche se al Sud l'uso sistematico delle misure di protezione è un obiettivo su cui impegnare pubblica sicurezza e amministrazioni locali. L'uso sistematico della cintura di sicurezza posteriore è un obiettivo per tutte le Asl. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema diffuso, specialmente al Nord. I controlli con etilotest in tutte le classi di età sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità per incidenti. Questi controlli sono ancora poco diffusi: è quindi ampio il margine di miglioramento, grazie a una maggiore diffusione di pratiche di prevenzione e contrasto già avviate nel nostro Paese.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo sicuro per eccellenza. In Italia il numero di infortuni domestici (Istat, 2004) ha mostrato recentemente un andamento in costante crescita (da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000).

Sicurezza domestica - Pool di Asl	% (IC 95%)
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	92,4 (92,0-92,7)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	26,4 (25,9-27,0)
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹	30,1 (28,8-31,4)

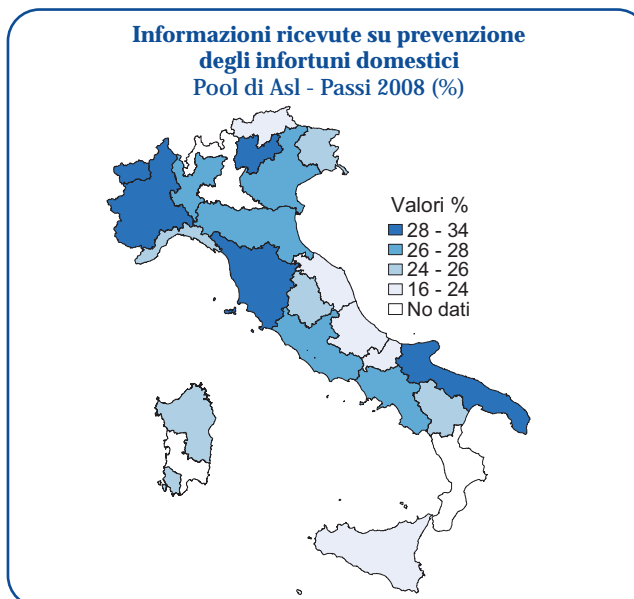
¹ tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

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

Nel pool Passi il 92% degli intervistati ha dichiarato di avere una bassa percezione del rischio di infortunio domestico (range: 84% Basilicata - 96% Abruzzo).

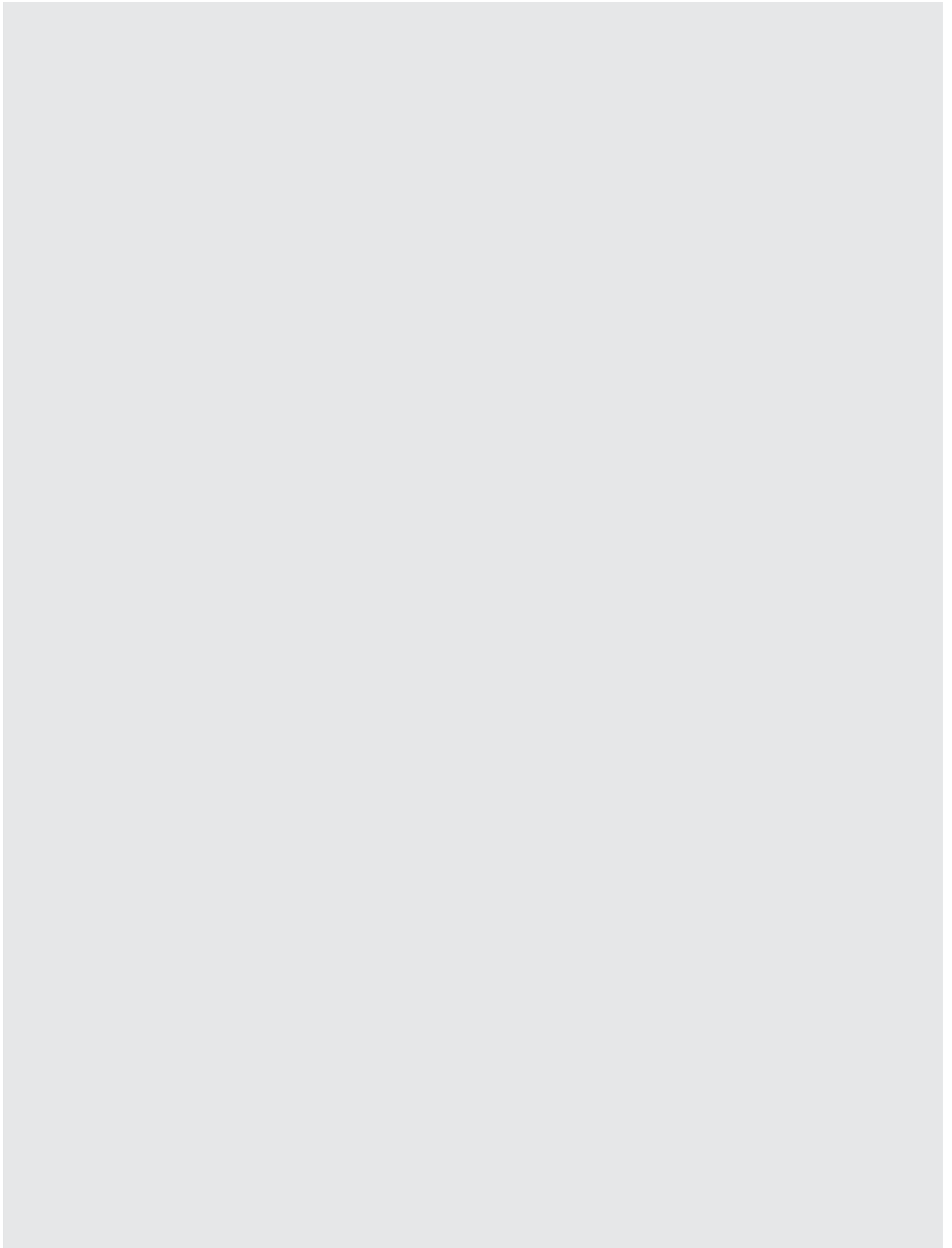
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da chi?

- ▶ Nel pool di Asl solo il 26% degli intervistati ha riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici con differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni (range: 16% P.A. di Bolzano - 34% P.A. di Trento).
- ▶ Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli (14%) e i mass media (14%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto tecnici (3%), personale sanitario (2%) e parenti/amici (1%).
- ▶ Tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, il 30% ha modificato i comportamenti o adottato misure per rendere la casa più sicura.



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano un problema emergente di salute pubblica, gli intervistati hanno riferito bassa consapevolezza del rischio. Le informazioni sulla prevenzione sono ancora insufficienti. Opuscoli e mass media sembrano gli strumenti informativi più efficaci. Tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere più sicura la casa. La popolazione si dimostra sensibile al problema: è quindi opportuno mettere in campo un ventaglio di attività informative e preventive e un sistema per misurare nel tempo l'efficacia degli interventi.



programmi di prevenzione individuale

diagnosi precoce del tumore della mammella	42
diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	44
diagnosi precoce del tumore del colon-retto	46
vaccinazione antinfluenzale	48
vaccinazione antirosolia	49

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile, sia per incidenza sia per mortalità. In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (per un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni. A livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è del 50%.

Nel 2007 in Italia le donne italiane di 50-69 anni inserite in un programma di screening sono state circa 6 milioni (pari al 81% della popolazione target).

Diagnosi precoce neoplasie della mammella (50-69 anni) Pool di Asl	% (IC 95%)
Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	70,6 (69,3-71,9)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	64,3 (63,2-65,6)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	61,9 (60,5-63,3)
Donne che hanno visto una campagna informativa	71,1 (69,7-72,4)

Quante donne hanno eseguito la mammografia negli ultimi due anni?

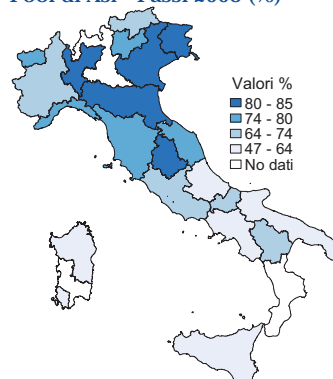
- ▶ Circa il 71% delle donne intervistate riferisce di avere effettuato una mammografia preventiva, cioè in assenza di segni e sintomi, nel corso degli ultimi due anni (il 53% all'interno di programmi di screening organizzati, il 18% come prevenzione individuale).
- ▶ L'effettuazione regolare dell'esame è risultata meno frequente nelle donne della fascia di età 60-69 anni, non coniugate o non conviventi, con un livello d'istruzione più basso e con difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tutte le variabili considerate, fatta eccezione per lo stato civile e la convivenza, rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni.
- ▶ L'età media alla prima mammografia preventiva è di 46 anni, più bassa rispetto a quella attualmente raccomandata (50 anni). Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 63% ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni) Pool di Asl - Passi 2008 (n=7.070)	
Caratteristiche	mammografia negli ultimi due anni* % (IC 95%)
Totale	70,6 (69,3-71,9)
Classi di età	
50- 59	72,8
60 -69	68,2
Stato civile	
coniugata	72,1
non coniugata	66,2
Convivenza	
convivente	72,4
non convivente	65,4
Istruzione	
nessuna/elementare	66,2
media inferiore	68,0
media superiore	77,0
laurea	78,0
Difficoltà economiche	
molte	55,1
qualche	69,2
nessuna	78,9

* a scopo preventivo, cioè in assenza di segni o sintomi

- ▶ La prevalenza delle donne che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni mostra un evidente gradiente territoriale Nord-Sud, con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale (range: 47% Puglia - 85% Friuli-Venezia Giulia).

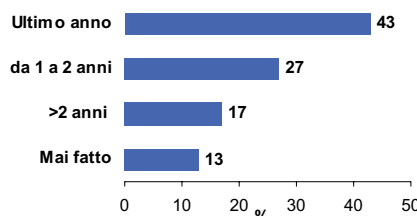
Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- ▶ Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 43% delle donne ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 27% da uno a due anni e il 17% da più di due anni.
- ▶ Il 13% delle donne intervistate non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

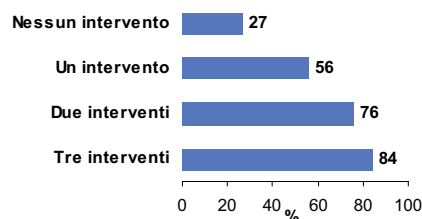
Mammografia e periodicità
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia?

- ▶ Le donne di 50-69 anni, che hanno effettuato una mammografia preventiva nell'ultimo biennio, ritengono che gli interventi di promozione ricevuti abbiano avuto un'influenza positiva: consiglio dell'operatore (83%), lettera della Asl (75%), campagna comunicativa (72%).
- ▶ L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando sono associati tra loro.

Effettuazione della mammografia negli ultimi due anni per interventi di promozione
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni

Tra le Asl del Pool Passi, esistono differenze macroscopiche nella prevenzione della mortalità per cancro della mammella. A fianco di realtà che riescono a praticare la prevenzione oncologica in modo ottimale, per la maggior parte delle aziende meridionali il ricorso alla mammografia è del tutto insufficiente. La maggior parte delle donne che effettua la mammografia, lo fa all'interno di programmi di screening organizzato secondo i tempi consigliati. La combinazione di più interventi di promozione per l'effettuazione della mammografia, tipica dei programmi di screening organizzati, è associata a una maggior adesione alle raccomandazioni. Per le Asl con livelli insufficienti di ricorso alla mammografia, la prevenzione del cancro del seno rappresenta un obiettivo di salute di primaria importanza.

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza del tumore e della relativa mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (per un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi. Sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2007 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state circa 12 milioni (pari al 72% della popolazione target).

Diagnosi precoce neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) Pool di Asl	% (IC 95%)
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	75,2 (74,4-76,1)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	53,5 (52,6-54,3)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	61,4 (60,4-62,4)
Donne che hanno visto una campagna informativa	64,7 (63,7-65,7)

Quante donne hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni?

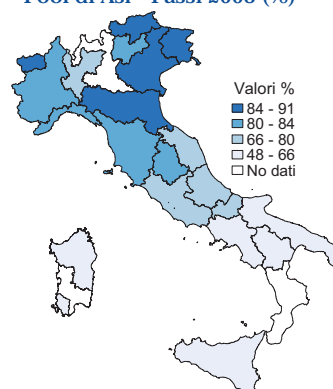
- ▶ Il 75% delle donne intervistate riferisce di avere effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni (il 38% all'interno di programmi di screening organizzati, il 37% come prevenzione individuale).
- ▶ L'effettuazione regolare dell'esame è meno frequente nelle donne della fascia di età 25-34, non coniugate o non conviventi, con un livello d'istruzione più basso e con molte difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tutte le variabili considerate, fatta eccezione per lo stato civile, rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'aver eseguito un Pap test negli ultimi tre anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) Pool di Asl - Passi 2008 (n=15.343)	
Caratteristiche	Pap test eseguito negli ultimi tre anni* % (IC 95%)
Totale	75,2 (74,4-76,1)
Classi di età	
25 - 34	67,3
35 - 49	80,7
50 - 64	73,5
Stato civile	
coniugata	78,3
non coniugata	68,6
Convivenza	
convivente	78,5
non convivente	67,4
Istruzione	
nessuna/elementare	64,3
media inferiore	73,3
media superiore	78,5
laurea	78,4
Difficoltà economiche	
molte	65,4
qualche	74,0
nessuna	80,2

* a scopo preventivo, cioè in assenza di segni o sintomi

- ▶ La prevalenza delle donne che hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni mostra un evidente gradiente territoriale Nord-Sud, con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale (range: 48% Sardegna - 91% Valle d'Aosta).

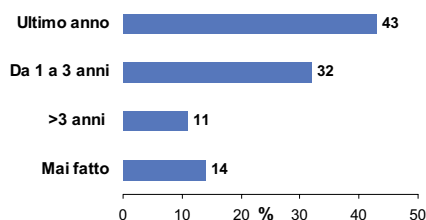
Pap test eseguito negli ultimi tre anni
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Qual è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- ▶ Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato, il 43% delle donne intervistate ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 32% da uno a tre anni, l'11% da più di tre anni.
- ▶ Il 14% delle donne intervistate non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

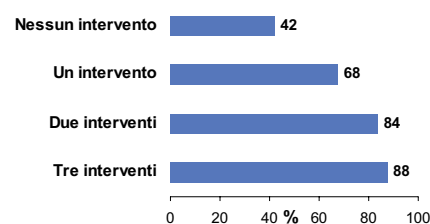
Pap test e periodicità
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



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

- ▶ Le donne di 25-64 anni, che hanno effettuato il Pap test, hanno riferito di ritenere che gli interventi di promozione ricevuti abbiano avuto un'influenza positiva nelle seguenti percentuali: consiglio dell'operatore (80%), lettera dell'Asl (70%), campagna comunicativa (67%).
- ▶ L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando questi sono tra loro associati.

Effettuazione del Pap test negli ultimi tre anni per interventi di promozione
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni

Nelle Asl del Pool Passi, la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero appare complessivamente accettabile. Tuttavia, in molte Asl meridionali la prevenzione è molto al di sotto di livelli accettabili. La combinazione di più interventi di promozione per l'effettuazione del Pap test, tipica dei programmi di screening organizzati, è associata a una maggior adesione alle raccomandazioni. Per le Asl con livelli insufficienti, dotarsi di un serio programma di screening del cancro del collo dell'utero è un obiettivo prioritario.

Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti.

Il Piano nazionale di prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone nella fascia 50-69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci (con frequenza biennale) o, in alternativa, l'esecuzione di una retto-sigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è 5 anni. Nel 2007 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state oltre 6 milioni (47% della popolazione target).

Diagnosi precoce neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni) - Pool di Asl	% (IC 95%)
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto fecale (SOF) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	22,6 (21,9-23,4)
Eseguita una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	9,0 (8,4-9,6)
Ha ricevuto la lettera dell'Asl	28,3 (27,7-28,9)
Ha ricevuto il consiglio di un medico o operatore sanitario	24,7 (23,8-25,5)
Ha visto una campagna informativa	41,7 (40,6-42,6)

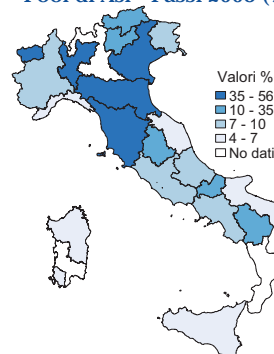
- ▶ Circa il 23% delle persone intervistate ha riferito di avere effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo (Sof) in accordo con le linee guida (ultimi due anni).
- ▶ Il 9% degli intervistati ha riferito di avere effettuato una retto-sigmoidoscopia/colonscopia preventiva nel corso degli ultimi cinque anni.
- ▶ Analizzando tutte insieme le caratteristiche della tabella tramite un modello logistico multivariato si osserva che:
 - la ricerca del sangue occulto è meno frequente nelle persone 50-59enni e con molte difficoltà economiche;
 - la colonscopia è meno frequente, nei 50-59enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con qualche difficoltà economica.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto* (50-69 anni) - Passi 2008 (n=13.364 per ricerca sangue occulto; n=13.497 per colonscopia)		
Caratteristiche	ricerca sangue occulto fecale % (IC 95%)	colonscopia% (IC 95%)
Totale	22,6 (21,9-23,4)	9,0 (8,4-9,6)
Classi di età		
50 - 59	20,4	7,5
60 - 69	25,0	10,5
Sesso		
uomini	21,9	10,5
donne	23,3	7,6
Istruzione		
nessuna/elementare	22,3	8,9
media inferiore	22,1	8,1
media superiore	23,6	8,9
laurea	22,2	12,4
Difficoltà economiche		
molte	14,2	10,2
qualche	20,1	8,1
nessuna	28,0	9,4
* ricerca del Sof negli ultimi due anni; retto-sigmoidoscopia/colonscopia negli ultimi cinque anni		

Quanti hanno eseguito un esame per la diagnosi di tumore del colon-retto in accordo con le linee guida?

- ▶ La prevalenza delle persone di 50-69 anni che hanno eseguito un Sof negli ultimi due anni mostra un gradiente territoriale con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale (range: 4% Sicilia - 56% Emilia-Romagna).

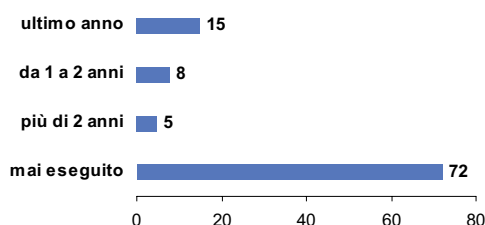
Ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



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

- ▶ Rispetto all'ultima ricerca del sangue occulto, il 15% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, l'8% da uno a due anni, il 5% da più di due anni e il 72% non ha mai eseguito l'esame.
- ▶ Rispetto all'ultima colonscopia preventiva, il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 5% da uno a cinque anni, il 2% da sei o più anni e l'89% non ha mai eseguito l'esame.

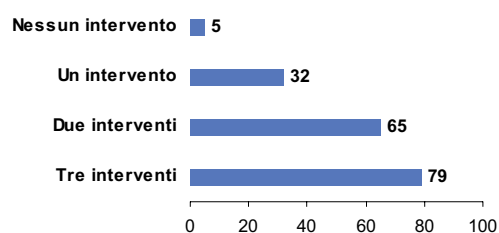
Sangue occulto e periodicità
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Quale efficacia della promozione della diagnosi precoce dei tumori colorettali?

- ▶ Il 28% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla Asl per eseguire un esame per la prevenzione dei tumori colorettali, il 25% di essere stato consigliato da un medico o un operatore sanitario e il 42% di aver visto o sentito una campagna informativa.
- ▶ L'efficacia degli interventi di promozione sia per l'esecuzione del Sof che della rettoscopia/colonscopia è maggiore quando questi sono tra loro associati.

Effettuazione degli esami per la prevenzione colorettale nei tempi raccomandati, per interventi di promozione
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni

Nonostante la dimostrata efficacia della diagnosi precoce nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, nelle Asl del Pool Passi solo una modesta percentuale di persone si è sottoposta ai test preventivi. La ricerca del sangue occulto è molto più frequente là dove sono attivi programmi strutturati. La combinazione di più interventi di promozione dei test, come nei programmi di screening organizzati, è associata a una maggior adesione alle raccomandazioni. L'attuazione di questo screening è una sfida difficile, ma entusiasmante. Per molte Asl è prioritario ridurre i casi di cancro del colon retto e la relativa mortalità.

Vaccinazione antinfluenzale

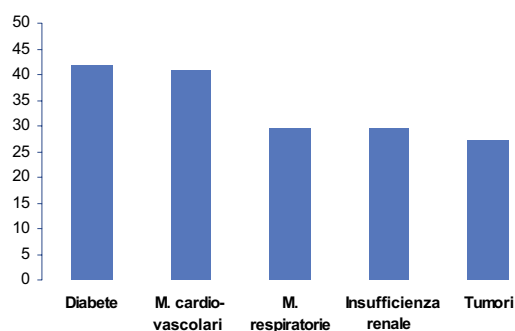
L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di patologie croniche), che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche (mortalità, ospedalizzazioni ecc). La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata ai soggetti a rischio (in particolare: persone con oltre 64 anni e adulti di 18-64 anni con malattie croniche).

Vaccinazione antinfluenzale Pool di Asl	% (IC 95%)
Vaccinati 18-64 (campagna antinfluenzale 2007-08)	11,3 (10,7-12,0)
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia	29,8 (27,6-32,0)

La copertura vaccinale tra i portatori di malattie croniche

- ▶ Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni, portatori di almeno una patologia cronica, solo il 30% ha dichiarato di essersi vaccinato, durante la campagna antinfluenzale 2007-2008.
- ▶ Si osserva una discreta variabilità da Regione a Regione.
- ▶ La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra gli ammalati di tumore (27%), di patologie respiratorie croniche (29%) e di insufficienza renale (30%);
 - poco più elevati i valori tra le persone affette da malattie cardiovascolari (41%) e diabete (42%).

Copertura vaccinale nelle persone (18-64 anni) con diverse patologie croniche
Pool di Asl - Passi 2008 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere elevate coperture vaccinali delle categorie a rischio.

Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute (obiettivo di copertura minima fissato al 75%), negli ultimi anni è stato possibile vaccinare la maggior parte degli ultrasessantatrenni (65% nella campagna 2007-2008, secondo i dati del Ministero).

Tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, tuttavia, la copertura stimata è ancora molto insufficiente (si è vaccinata poco più di una persona su quattro). Esiste quindi un potenziale guadagno di salute, estendendo la vaccinazione in questi gruppi di popolazione.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza.

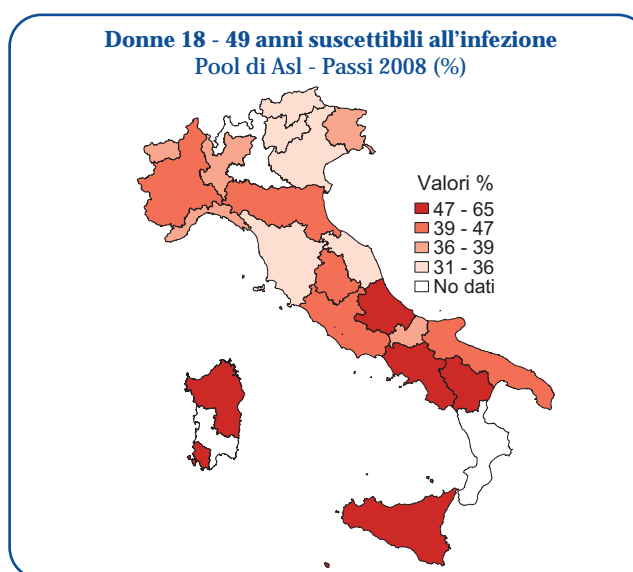
La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare con un esame (rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino.

Per eliminare la rosolia congenita, si ritiene che la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Vaccinazione antirosolia - Pool di Asl	% (IC 95%)
Donne vaccinate (18-49 anni)	33,3 (32,3-34,3)
Donne suscettibili* (18-49 anni)	43,8 (42,7-44,9)
<i>*Donna suscettibile = non ha effettuato il rubeotest e non è stata vaccinata, oppure ha il rubeotest negativo</i>	

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

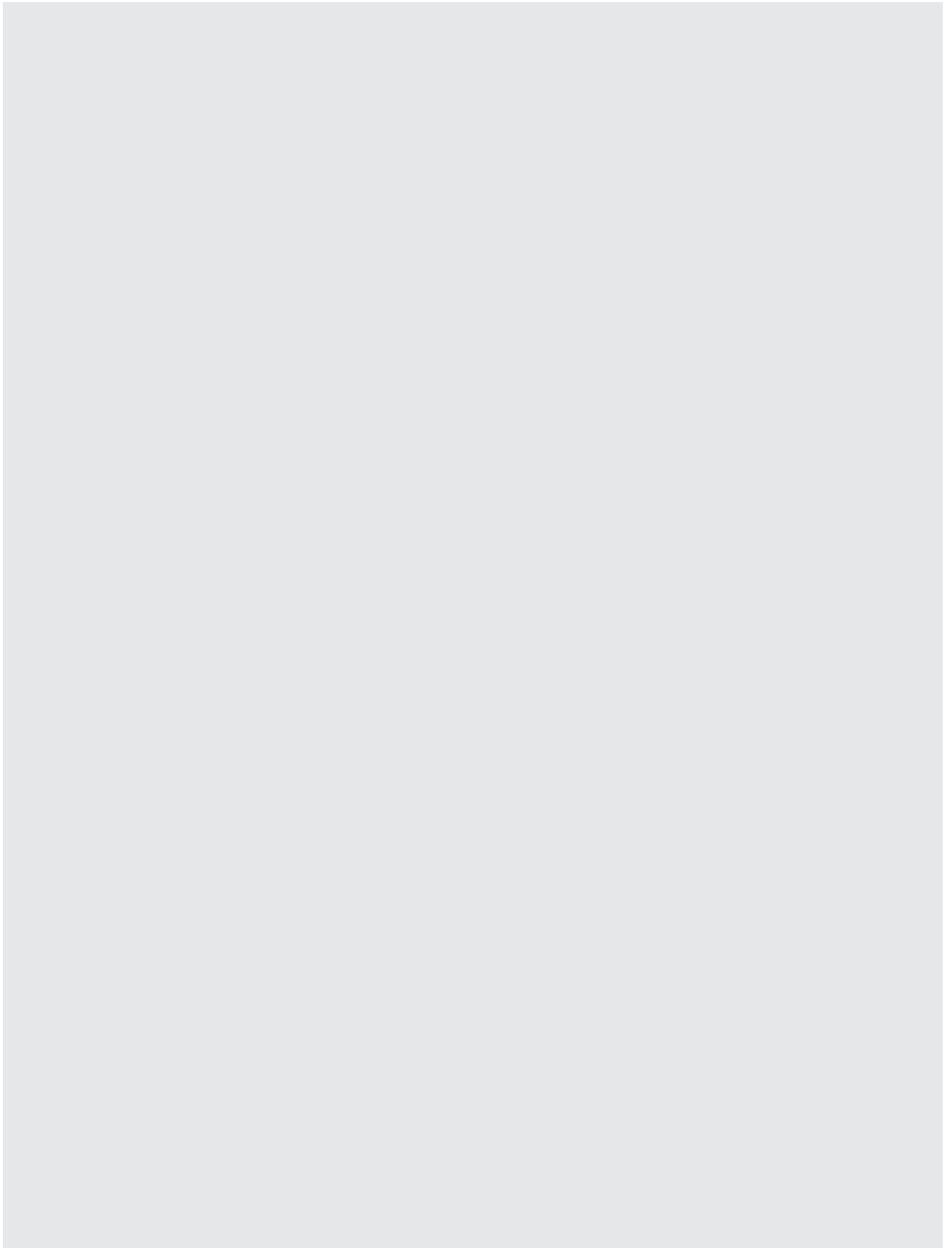
- ▶ Secondo quanto riferito dalle donne intervistate di 18-49 anni, il 56% è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (33%) o per copertura naturale, rilevata dal rubeotest positivo (23%).
- ▶ Il 3% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con rubeotest negativo.
- ▶ Nelle donne in cui lo stato immunitario non è conosciuto (41%), lo si considera presuntivamente come negativo.
- ▶ Lo stato di suscettibilità (certa e presunta) varia nelle diverse Regioni (range: 31% Veneto - 65% Basilicata).



Conclusioni e raccomandazioni

La percentuale di donne in età fertile che sono (certamente o presuntivamente) suscettibili alla rosolia è ancora molto alto, con differenze sensibili da Regione a Regione.

Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita, è necessario che le Asl pianifichino programmi d'intervento finalizzati all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili, grazie al coinvolgimento e alla collaborazione di diverse figure professionali: medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche.



benessere

percezione dello stato di salute	52
depressione	54

Percezione dello stato di salute

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona. Nel sistema di sorveglianza Passi la salute percepita viene valutata col metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*), 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 nelle attività abituali.

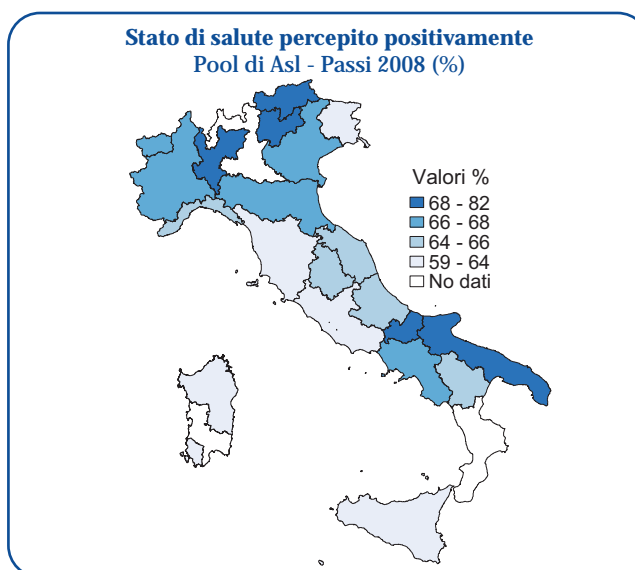
Percezione dello stato di salute - Pool di Asl	% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	65,7 (65,1-66,2)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica	
0 giorni	81,5
1-13 giorni	14,7
≥14 giorni	3,8

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- ▶ Il 66% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 30% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- ▶ In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie croniche severe.
- ▶ Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l’effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si osserva che la percezione positiva dello stato di salute è associata in maniera statisticamente significativa con tutte le caratteristiche considerate: classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche e presenza di patologie croniche severe.

Stato di salute percepito Pool Asl - Passi 2008 (n=37.539)	
Caratteristiche	percezione positiva stato di salute* % (IC 95%)
Totale	65,7 (65,1-66,2)
Classi di età	
18 - 34	85,2
35 - 49	68,9
50 - 69	45,7
Sesso	
uomini	70,9
donne	60,6
Istruzione	
nessuna/elementare	39,9
media inferiore	60,4
media superiore	73,3
laurea	76,7
Difficoltà economiche	
molte	49,0
qualche	61,8
nessuna	74,3
Patologie croniche severe**	
almeno una	34,9
assenti	72,2
* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda su come va la propria salute	
** almeno una delle seguenti patologie: infarto e altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, tumori, insufficienza renale	

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che percepiscono positivamente (bene/molto bene) il proprio stato di salute nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 59% della Sardegna all'82% della P.A. di Bolzano.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte degli intervistati ha riferito di essere in buona salute. La percezione negativa del proprio stato di salute è maggiormente diffusa nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o in presenza di patologie severe.

A parità di gravità, una determinata malattia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona.

La misura dello stato di salute percepito, e in particolare il suo monitoraggio nel tempo, possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Asl: il "sentirsi male" più che lo "star male", infatti, è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema sanitario.

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, lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Le patologie mentali comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini sia per la società e sono in crescita a livello mondiale. Tra le patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'Oms ritiene che entro il 2020 diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia, si stima che ogni anno oltre un milione e mezzo di persone adulte soffrano di un disturbo di tipo depressivo (fonte: studio Eseméd).

Sintomi di depressione - Pool di Asl	% (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane ¹	7,6 (7,2-7,9)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²	57,9 (55,4-60,3)
Figure di ricorso per sintomi di depressione	
nessuno	42,1
medico/operatore sanitario	31,0
famiglia/amici	18,1
entrambi	8,8

¹ Classificazione basata su un punteggio ≥ 3 del Patient Health Questionnaire (Phq-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime due settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentita giù di morale, depressa o senza speranza.

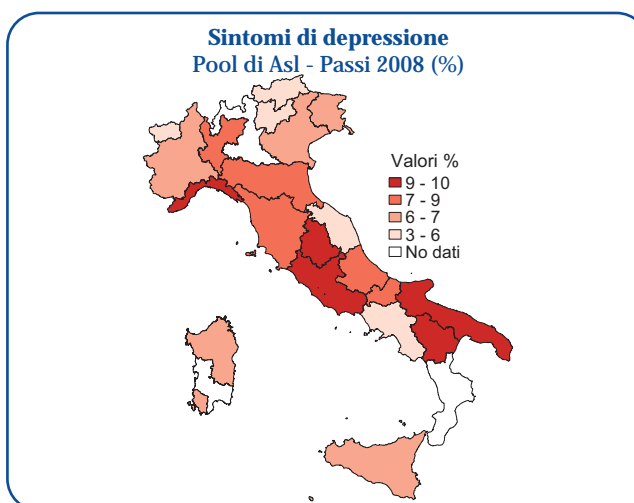
² La domanda è stata fatta a un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.

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

- ▶ Circa l'8% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.
- ▶ A essere più colpite dai sintomi di depressione sembrano essere le persone di età più avanzata, le donne (più del doppio rispetto agli 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 insieme tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata si conferma l'associazione dei sintomi di depressione con il sesso, il livello di istruzione, le difficoltà economiche, lo stato lavorativo e la presenza di malattie croniche. Non è invece confermata l'associazione tra sintomi di depressione ed età.

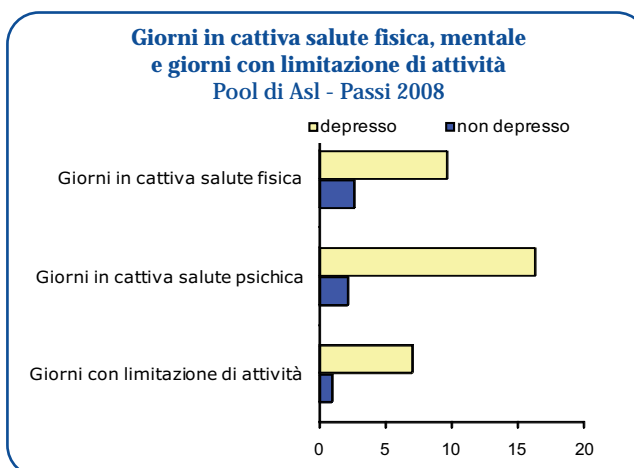
Sintomi di depressione Pool di Asl - Passi 2008 (n=36.580)	
Caratteristiche	persone con sintomi di depressione (Score Phq-2 ≥ 3) % (IC 95%)
Totale	7,6 (7,2-7,9)
Classi di età	
18 - 34	5,9
35 - 49	7,2
50 - 69	9,4
Sesso	
uomini	4,9
donne	10,2
Istruzione	
nessuna/elementare	12,9
media inferiore	7,9
media superiore	6,6
laurea	5,0
Difficoltà economiche	
molte	17,0
qualche	7,5
nessuna	4,8
Stato lavorativo	
Lavora	5,8
Non lavora	10,3
Malattie croniche	
Almeno una	15,2
Nessuna	5,9

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2008 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia tra il 3% della P.A. di Bolzano e il 10% della Liguria.
- ▶ Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione?

- ▶ Il 35% di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, contro il 68% delle persone non depresse.
- ▶ La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi di depressione.
- ▶ Anche la media dei giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Tra le persone con sintomi di depressione, più della metà (58%) si è rivolta a qualcuno: il 31% è stata da un medico, il 18% ha chiesto aiuto ai familiari e il 9% si è rivolta sia a un medico sia ai familiari.

Conclusioni e raccomandazioni

I sintomi depressivi nel pool di Asl riguardano quasi una persona su dieci. Per la presa in carico e il trattamento dei disturbi mentali, il ruolo dei servizi sanitari è ancora limitato, tanto che una significativa quota di bisogno non giunge alla loro attenzione. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una quota rilevante del carico complessivo di malattia (perdita di anni di vita in buona salute) nei Paesi industrializzati, colpisce il limitato ricorso, da parte delle persone con sintomi di depressione, all'assistenza del servizio sanitario. Questo è un campo in cui appare quanto mai opportuno attivare interventi efficaci.

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 prioritariamente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie, aggiornate al 31/12/2007, delle 136 (su un totale di 161) Aziende Sanitarie Locali partecipanti a Passi (in cui risiede oltre l'84% della popolazione italiana). Criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio della Asl e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza Passi. Nel 2008 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Calabria, per un totale di più di 37.500 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool Passi", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza.

Di conseguenza, oltre alla Calabria non fanno parte del pool i seguenti territori:

- in Sardegna e in Lombardia partecipano solo una parte delle Asl;
- mentre in altre Regioni sono state escluse alcune singole Asl.

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.

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 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è stata pari a circa 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 22% degli intervistatori ha utilizzato nel 2008 il 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. Il dataset del pool di Asl partecipanti a Passi è stato consolidato dopo verifiche rivolte a garantire qualità, uniformità e confrontabilità dei risultati. 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, sul sito di servizio www.passidati.it.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5 e STATA 9.0. Per garantire idonea rappresentatività, sono stati aggregati in ciascuna Regione i dati delle Asl, opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando di regola le stime puntuali, con gli intervalli di confidenza al 95% solo per le variabili principali. 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, e le più rilevanti significatività statistiche sono state riportate nel testo.

Per rappresentare i confronti tra le Regioni/P.A. sono state predisposte mappe che evidenziano in modo immediatamente percepibile, tramite scale di colori, la situazione nelle Regioni. Per definire le soglie si sono utilizzati opportuni quantili di distribuzione.

Alcune stime riguardano solo porzioni limitate della popolazione, e ciò comporta la riduzione della numerosità dei casi su cui viene eseguita l'analisi. Di conseguenza, per alcune Regioni, i dati disponibili relativi al 2008 sono risultati insufficienti per produrre stime pienamente attendibili: in tali casi i relativi valori non sono stati riportati nella mappa.

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).

Il sistema Passi è stato valutato 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.

I dati del monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza Passi (www.passidati.it).

Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali.

Si riportano di seguito le principali definizioni.

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.

Risposta: proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.

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.

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).

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per le Regioni che hanno partecipato alla raccolta dati nel 2008 che hanno confermato l'ottima performance già fatta registrare nel 2007 (si veda ultima riga della tabella per un confronto).

Regione	Risposta	Rifiuto	Non reperibilità	Eleggibilità
Piemonte	84,1	12,3	3,7	95,9
Valle d'Aosta	72,3	17,3	10,4	95,2
Lombardia	86,4	11,9	1,7	94,4
P. A. Bolzano	81,6	16,6	1,8	93,9
P. A. Trento	87,3	9,0	3,7	95,4
Veneto	87,9	8,7	3,4	96,0
Friuli-V. Giulia	90,8	6,0	3,2	95,7
Liguria	84,3	11,1	4,6	95,0
Emilia-Romagna	90,0	6,6	3,4	94,8
Toscana	82,5	12,4	5,1	96,6
Umbria	94,6	3,8	1,6	96,6
Marche	87,9	10,8	1,3	96,6
Lazio	86,1	7,6	6,2	93,8
Abruzzo	93,2	4,4	2,4	96,9
Molise	69,9	21,1	9,1	96,4
Campania	93,4	5,7	0,9	96,4
Puglia	82,7	9,3	8,0	91,8
Basilicata	82,0	17,6	0,4	95,2
Sicilia	90,5	6,4	3,2	94,1
Sardegna	78,7	10,1	11,2	95,0
Pool di Asl 2008	86,7	9,4	3,9	95,4
Pool di Asl 2007	85,0	11,0	4,0	95,3

Maggiori informazioni sugli aspetti metodologici e i particolari tecnici sono contenute nel rapporto Istisan 07/30, dedicato a Passi, scaricabile (insieme con altro materiale sul progetto) dal sito www.epicentro.iss.it/passi.

Referenti e coordinatori Passi

Abruzzo

Referente regionale T. Agostini.

Vice-Referente regionale V. Cofini.

Coordinatore regionale G. Diodati.

Vice-Coordinatore regionale C. Turchi

Coordinatori aziendali: I. Taglione (Asl Pescara); A. Savino (Asl Chieti); P. Natali (Asl Teramo); V. Colorizio (Asl L'Aquila); P.A. Farello (Asl L'Aquila); C. Turchi (Asl Lanciano-Vasto); C. Mancini (Asl Avezzano-Sulmona)

Basilicata

Referente regionale G. Cauzillo.

Coordinatore regionale M. Gallo

Coordinatori aziendali: A. Bochicchio (Asl 1); C. Rubino (Asl 2); P. Ammirati (Asl 3); T. Russo (Asl 4); G. Amendolara (Asl 5)

Bolzano P. A.

Referente provinciale C. Melani.

Coordinatore provinciale A. Fanolla.

Vice-Coordinatore provinciale S. Weiss

Coordinatore aziendale P. Corazza (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige)

Calabria

Referente regionale T. Pelaggi.

Coordinatore regionale F. Sconza.

Vice-Coordinatore regionale M.B. Grasso

Coordinatori aziendali: A. Sutura Sardo (Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro); G. Paduano (Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia); F. Sconza, V. Gigli (Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza); N. Guccione (Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza); A. Bisbano (Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona); F. Zappia (Azienda Sanitaria di Locri); P. Condello (Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria)

Campania

Referente regionale R. Pizzuti.

Coordinatore regionale A. D'Argenzio.

Coordinatore regionale G. De Lorenzo

Coordinatori aziendali: E. Bianco (Asl AV1); M. A. Ferrara (Asl AV2); E. Fossi (Asl BN1); C. Bove (Asl CE1); A. D'Argenzio (Asl CE2); L. Esposito (Asl NA1); G. D'Orsi (Asl NA2); F. Sibilio (Asl NA3); M. Isernia (Asl NA4); F. Giugliano (Asl NA5); A.L. Caiazzo (Asl SA1); C. Ronga (Asl SA2); G. Della Greca (Asl SA3)

Emilia-Romagna

Referenti regionali: A.C. Finarelli, P. Angelini

Coordinatori regionali: N. Bertozzi, G. Carrozzi

Coordinatori aziendali: A.R. Sacchi (Ausl Piacenza); A. Nieddu (Ausl Parma); A. M. Ferrari (Ausl Reggio Emilia); G. Carrozzi, L. Bolognesi, L. Sampaolo (Ausl Modena); P. Pandolfi, G. Blundo, S. De Lisio (Ausl Bologna); I. Stefanelli (Ausl Imola); A. De Togni (Ausl Ferrara); O. Mingozzi (Ausl Forlì); N. Bertozzi, D. Sangiorgi, P. Vitali (Ausl Cesena); G. Silvi, M. Morri (Ausl Ravenna); F. Fabbri, E. Bakken, P. Cesari (Ausl Rimini)

Friuli-Venezia Giulia

Referente/Coordinatore regionale T. Gallo.

Vice-coordinatore regionale I. Osquino

Coordinatori aziendali: D. Germano (Ass 1 Triestina); M. Longobardi (Ass 2 Isontina); A. Iob (Ass 3 Alto Friuli); T. Gallo (Ass 4 Medio Friuli); S. Stel (Ass 5 Bassa Friulana); I. Osquino (Ass 6 Friuli Occidentale)

Lazio

Referente regionale E. Turi.

Vice-referente regionale A. Capon.

Coordinatore regionale M.O. Trinito.

Vice-coordinatori regionali S. Iacovacci e A. Lancia

Coordinatori aziendali: B. Giudiceandrea (Asl Rm A); M. Di Fabio (Asl Rm B); M.O. Trinito (Asl Rm C); U. D'amico (Asl Rm D); A. Pendenza (Asl Rm E); A. Martelli (Asl Rm F); F. Alicata (Asl Rm G); R. Giammattei (Asl Rm H); S. Iannone (Asl Fr); S. Iacovacci (Asl Lt); G. Bartolomei (Asl Ri); O. Micali (Asl Vt)

Liguria

Referente regionale P. Oreste.

Coordinatore regionale C. Culotta.

Vice-coordinatore regionale R. Cecconi

Coordinatori aziendali: M. Picasso (Asl 1 Imperiese); R. Carloni (Asl 2 Savonese); R. Cecconi (Asl 3 Genovese); M. Ferrari Bravo (Asl 4 Chiavarese); R. Baldi (Asl 5 Spezzino)

Lombardia

Referente e Coordinatore regionale C. Zocchetti.

Vice-coordinatore regionale M.E. Pirola

Coordinatori aziendali: A. Silvestri (Asl Milano Città); G. Rocca (Asl 2 Bergamo); R. Salaroli (Asl 3 Lecco); L. Camana (Asl 4 Pavia); R. Bardelli (Asl 5 Varese)

Marche

Referente regionale G. Tagliavento.

Coordinatore regionale F. Filippetti.

Vice-coordinatore regionale R. Passatempo

Coordinatori aziendali: G. Raschi (ZT 1); M. Pompili (ZT 2); A. Vaccaro (ZT 3); R. Rossini (ZT 4); F. Pasqualini (ZT 5); D. Cimini (ZT 6); M. Morbidoni (ZT 7); R. Passatempo (ZT 8); L. Marinelli (ZT 9); F. Filippetti (ZT 10); R. Belfiglio (ZT 11); F. Picciotti (ZT 12); M. Baffoni (ZT 13)

Molise

Referente regionale A. D'Alò.

Coordinatore regionale G. Di Giorgio.

Vice-coordinatore regionale S. Rago

Coordinatori aziendali: G. Ponzio (Asl Campobasso); V. Antonelli (Asl Isernia); C. Montanaro (Asl Temoli)

Piemonte

Referente regionale D. Tiberti.

Coordinatore regionale M.C. Antoniotti.

Vice-coordinatore regionale P. Ferrari

Coordinatori aziendali: M. Meda (Asl TO1-TO2); A. Gallone (exAsl 5); S. Stanzione (ex Asl 6); D. Greco (ex Asl 7); G. Valenza (Asl TO5); M.P. Alibrandi (ex Asl 9); P. Laurenti (ex Asl 10); G. Bagnasco (Asl VC); A. Giacomini (Asl BI); E. Moia (Asl NO); P. Ferrari (Asl VCO); L. Orione (ex Asl 15); M.T. Puglisi (ex Asl 16); A. Repposi (ex Asl 17); L. Marinaro (Asl CN2); D. Rivetti (Asl AT); M. A. Brezzi (ex Asl 20); A. Galiano (ex Asl 21); R. Prospero (ex Asl 22)

Puglia

Referente regionale V. Pomo.

Coordinatore regionale V. Aprile.

Vice-coordinatore regionale C.A. Germinario

Coordinatori aziendali: V. Di Martino (Asl Foggia); E. Coviello (Asl Bari); A. De Luca (Asl Bat); R. Cipriani (Asl Taranto); S. Termiti (Asl Brindisi); V. Aprile (Asl Lecce)

Sardegna

Referente regionale R. Masala.

Coordinatore regionale M. Melis

Coordinatori aziendali: E. Tavera (Asl 1 Sassari); M. Usala (Asl 3 Nuoro); M.A. Aini (Asl 2 Olbia); A. Loddo (Asl 4 Lanusei); R. Murgia (Asl 5 Oristano); F. Congiu (Asl 6 Sanluri); G. Pala (Asl 7 Carbonia); M. S. Floris (Asl 8 Cagliari)

Sicilia

Referente regionale M.A. Bullara.

Coordinatore regionale S. Scodotto.

Vice-coordinatori regionali P. Miceli, G. Dardanoni

Coordinatori aziendali: A.M. Cardinale (A. Usl 1 Agrigento); R. Milisenna (A. Usl 2 Caltanissetta); M. Cuccia (A. Usl 3 Catania); F. Belbruno (A.Usl 4 Enna); G. Fiumanò (A.Usl 5 Messina); M.A. Randazzo (A.Usl 6 Palermo); G. Ferrera (A.Usl 7 Ragusa); M.L. Contrino (A.Usl 8 Siracusa); R. Candura (A.Usl 9 Trapani)

Toscana

Referente regionale E. Balocchini.

Vice-referente regionale M.L. Duratorre.

Coordinatore regionale G. Garofalo.

Vice-coordinatori regionali F. Mazzoli Marradi, R. Cecconi

Coordinatori aziendali: V. Meriadri (Asl 1); A. Scacchiotti (Asl 2); W. Wanderlingh (Asl 3); M. Lo Tito (Asl 4); L. Carneglia (Asl 5); A. Barbieri (Asl 6); A. Bevilacqua (Asl 7); A. Beltrano (Asl 8); P. Piacentini (Asl 9); R. Cecconi (Asl 10); M. Chiti (Asl 11); C. Raffaelli (Asl 12)

Trento P. A.

Referente provinciale L. Pontalti.

Coordinatore provinciale P. Fateh-Moghadam.

Vice-coordinatore provinciale L. Ferrari

Coordinatore aziendale P. Fateh-Moghadam (Asl 1)

Umbria

Referente regionale A. Tosti.

Coordinatore regionale C. Bietta.

Vice-coordinatore regionale M. Cristofori

Coordinatori aziendali: D. Felicioni (Asl 1); C. Bietta (Asl 2); U. Bicchielli (Asl 3); M. Cristofori (Asl 4)

Valle d'Aosta

Referente regionale E. Rovarey.

Coordinatore regionale S. Bongiorno.

Vice-coordinatore regionale R.M. Cristaudo

Coordinatori aziendali: S. Bongiorno e R. Cristaudo (Ausl Valle D'Aosta)

Veneto

Referente regionale F. Michieletto.

Coordinatore regionale S. Milani.

Vice-coordinatore regionale M. Ramigni

Coordinatori aziendali: F. Russino (Aulss 1); L. Cazzola (Aulss 2); M. C. Bonotto (Aulss 3); E. Chiesa (Aulss 4); P. Colussi (Aulss 6); T. Menegon (Aulss 7); G. Lustro (Aulss 8); M. Ramigni (Aulss 9); A. Favaretto (Aulss 10); G. Marchese (Aulss 12); S. Milani (Aulss 13); A. Olivieri (Aulss 15); L. Gottardello (Aulss 16); C. Schiavinato (Aulss 17); P. Casale (Aulss 18 e 19); S. Manservisi (Aulss 20); G. Blengio (Aulss 22)

Finito di stampare nel mese di settembre 2009
da Iacobelli, Via Catania 8, Pavona (RM)