



LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE
LAZIO



Sistema di Sorveglianza PASSI

Rapporto Regionale Lazio 2010



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

LAZIO

I risultati del Sistema di Sorveglianza nel 2010



Progressi delle **A**ziende **S**anitarie per la **S**alute in **I**talia

Redazione e impaginazione a cura di:

Massimo O. Trinito, Andreina Lancia (*Dipartimento di Prevenzione Azienda USL Roma C*)
Silvia Iacovacci (*Dipartimento di Prevenzione Azienda USL Latina*)

Collaborazione grafica:

Paola Giannantonio (*Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica*)

Roma, luglio 2012

Il rapporto è disponibile all'indirizzo web www.asplazio.it

A cura di:

Massimo O. Trinito^{*°}, Andreina Lancia^{*°}, Silvia Iacovacci ^{*°}

Carla Perria[^], Alessandra Capon [^]

Roberto Boggi[°], Paola Abetti[°], Maria Di Fabio[°], Rosanna Trivellini[°], Domenico Follacchio[°], Anna Bisti[°],
Alessio Pendenza[°], Alessandra Martelli[°], Francesca Alicata[°], Vito Ruscio[°], Roberto Giammattei[°],
Daniele Gentile[°], Oretta Micali[°], Gianluca Fovi[°], Felicetta Camilli[°], Sonia Iannone[°]

^{*}*Coordinamento regionale PASSI*

[^]*Vice Referente regionale PASSI*

[°]*Coordinatori e Vice Coord. aziendali PASSI*

Hanno contribuito alla realizzazione:

• a livello nazionale:

Paolo D'Argenio, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Alberto Perra, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Stefania Salmaso, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzì, Angelo D'Argenio, Sandro Baldissera, Pirous Fateh-Moghadam, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli
(*Gruppo Tecnico PASSI nazionale*)

• a livello regionale:

Francesca Fei - *Area Promozione della Salute e Screening*
(*Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale*)
Domenico Di Lallo, Carla Perria, Alessandra Capon, Alessandra Barca, Sara Farchi, Andrea Gaddini, Maurizio D'Amato, Anteo Di Napoli, Fabrizio Perrelli
(*Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica*)

- **Coordinatori e Intervistatori a livello aziendale:**

AUSL Roma A	Roberto Boggi, Paola Abetti, Massimo Napoli, Giuliana Ravelli, Anna Teresa Ruggeri, Stefano Zannini
AUSL Roma B	Maria Di Fabio, Sandra Vaccarello, Alessandra Arcangeli, Barbara Baccari, Stefano Bruni, Massimo Valenti, Irene Verrone
AUSL Roma C	Massimo O. Trinito, Andreina Lancia, Cecilia Calia, Sonia Cardillo, Anna Fabi, Marina Salvagni, Paola Tunesi <i>(per 6 mesi Simonetta Fortini e Carmela Prisco)</i>
AUSL Roma D	Rosanna Trivellini, Domenico Follacchio, Patrizia Battilocchi, Angelo Colaiacomo, Rosa Dacchille, Giustina Faparelli, Maria Paola Filippi, Roberto Picchiorri, Angela Staglianò
AUSL Roma E	Anna Bisti, Alessio Pendenza, Antonella De Marchis, Maria Rosaria Nappi
AUSL Roma F	Alessandra Martelli, Giuliana Cecati, Loria Delle Monache, Antonella Fiorentini, Patrizia Fracassa, Manuela Moretti, Katuscia Privitera, Franca Spadone
AUSL Roma G	Rosa Francesca Alicata, Vito Ruscio, Luigia Amati, Umberto Marini, Margherita Montecchi, Stefania Pescetelli
AUSL Roma H	Roberto Giammattei, Daniele Gentile, Marina Di Geronimo, Roberta Iaboni, Rosa Pacini, Laura De Felici, Claudia Dettori, Concetta Macelletti, Cristina Mastrocesare, Laura Pucci
AUSL Viterbo	Oretta Micali, Patrizia Carpentieri, Maria Casali, Anna Fersini, Anna Fiorani, Anna Liberati, Maria Domenica Pelosi, Donatella Perazzoni, Rina Nicoletta Pulcinelli, Ilaria Scrocchia
AUSL Rieti	Gianluca Fovi, Felicetta Camilli, Maddalena Morante, Marina Casanica, Donatella Imperatori, Anna Rita Campelli, Michela Grillotti, Maria Grazia Pipitone, Eleonora Tarquini, Annalisa Testa
AUSL Latina	Silvia Iacovacci, Fausta Manzan, Francesca Palombi, Paola Petroni, Manuela Visentin
AUSL Frosinone	Sonia Iannone, Giovanna Fontana, Loredana Pagliaroli, Maria Luisa Parisella, Patrizia Tatangelo

Si ringraziano Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AUSL del Lazio ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

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

INDICE

Introduzione	<i>pag. 7</i>
Obiettivi	<i>pag. 8</i>
Metodi	<i>pag. 10</i>
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE	<i>pag. 13</i>
GUADAGNARE SALUTE	<i>pag. 19</i>
Abitudine al fumo	<i>pag. 20</i>
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	<i>pag. 27</i>
Attività fisica	<i>pag. 32</i>
Consumo di alcol	<i>pag. 35</i>
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	<i>pag. 41</i>
Iperensione arteriosa	<i>pag. 43</i>
Ipercolesterolemia	<i>pag. 46</i>
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare	<i>pag. 50</i>
PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE	<i>pag. 53</i>
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	<i>pag. 54</i>
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	<i>pag. 58</i>
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	<i>pag. 62</i>
Vaccinazione antinfluenzale	<i>pag. 66</i>
Vaccinazione antirosolia	<i>pag. 68</i>
SICUREZZA STRADALE E DOMESTICA	<i>pag. 71</i>
Uso dei dispositivi di sicurezza	<i>pag. 72</i>
Alcol e guida	<i>pag. 75</i>
Sicurezza domestica	<i>pag. 78</i>
BENESSERE	<i>pag. 79</i>
Percezione dello stato di salute	<i>pag. 80</i>
Sintomi di depressione	<i>pag. 83</i>
APPENDICI	<i>pag. 87</i>
Monitoraggio	<i>pag. 88</i>
Utilizzo della pesatura	<i>pag. 92</i>
Analisi per ricerca effetto intervistatore	<i>pag. 93</i>

Introduzione

Il sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), è attivo anche nel Lazio dal 2007 e monitora in continuo la popolazione adulta locale per rilevare il suo stato di salute, il quadro epidemiologico relativo ai principali fattori di rischio comportamentali e l'adozione di misure preventive proposte all'interno della comunità.

Il solo fatto che in una situazione generale di estrema difficoltà e nell'ambito delle limitazioni determinate dal "Piano di Rientro", cui è soggetta la nostra Regione, PASSI sia riuscito a mantenere viva la propria attività rappresenta di per sé un successo che ha due elementi portanti, oltre il bassissimo costo d'esercizio.

Il primo è senz'altro l'impegno degli operatori, quasi tutti dei Dipartimenti di Prevenzione, che, a fronte di un sempre maggiore carico di lavoro che il blocco del turn-over ovviamente induce, continuano ogni mese a raggiungere gli obiettivi previsti.

Il secondo elemento alla base del successo della Sorveglianza PASSI è il suo affermarsi quale importante contribuente al substrato epidemiologico per l'agire in sanità pubblica in ambito di prevenzione soprattutto contro le malattie non trasmissibili. Ecco, quindi, che i risultati del sistema di Sorveglianza PASSI vengono utilizzati per la programmazione e, a volte, valutazione, degli interventi sull'incidentalità, sugli screening oncologici, sui temi di "Guadagnare Salute" (alcol, fumo, eccesso ponderale e sedentarietà), ecc..

L'informazione prodotta sullo stato di salute della popolazione a livello di Asl e di Regione e sulla sua distribuzione sociodemografica, mette anche i servizi sanitari in grado di svolgere il ruolo di "avvocati della salute" della propria comunità, presso sedi extra sanitarie ove può fornire strumenti atti a favorire la centralità della salute in tutte le politiche.

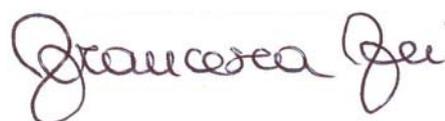
Ciò motiva perché la Sorveglianza PASSI costituisca un elemento portante del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-12 e della sua conseguente declinazione a livello regionale. Dei 22 progetti che costituiscono il Piano Regionale di Prevenzione 2010-12 adottato dalla Regione Lazio, PASSI raccoglie dati relativi a 14 di essi.

La Regione Lazio sostiene con forza il Sistema di Sorveglianza PASSI, conscia che la sua manutenzione e la sua tenuta in termini di stabilità e durevolezza, richiede un costante impegno, che non deve venir meno, da parte di tutte Asl; per tale motivo la comunicazione dei dati PASSI raccolti nell'anno costituisce uno specifico progetto Piano Regionale di Prevenzione 2010-12, obiettivo, quindi, dei Direttori Generali.

Nel ringraziare tutti gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e di altre strutture delle Aziende sanitarie che contribuiscono alla realizzazione della Sorveglianza PASSI, desidero ricordare il contributo determinante fornito dall'Agenzia di Sanità Pubblica e quello fornito dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL Roma C e Latina che coordinano il sistema di sorveglianza a livello regionale.

*Il Dirigente Responsabile
Regione Lazio - Area Promozione della Salute e Screening*

Dott.ssa Francesca Fei



Obiettivi della sorveglianza PASSI

Obiettivo generale del Sistema di sorveglianza PASSI è quello di monitorare in continuo alcuni aspetti della salute della popolazione residente di 18-69 anni, relativi alla percezione del proprio stato di salute, ai principali fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive.

In tali ambiti è stimata la prevalenza di specifici indicatori che attengono ciò che gli adulti praticano, percepiscono e su cui ricevono consigli.

Obiettivo della sorveglianza PASSI è, altresì, individuare i gruppi a rischio ai quali indirizzare gli interventi di promozione della salute, comunicare tali risultati ai decisori, essere parte attiva nella definizione degli interventi prioritari di prevenzione da condurre.

La sorveglianza PASSI indaga alcuni aspetti specifici relativi ai seguenti temi:

- **Quadro socio-demografico**
 - Aspetti socio-demografici
- **Percezione dello stato di salute**
 - Giorni in cattiva salute percepiti al mese e limitazione delle attività
- **Attività fisica**
 - Attività fisica nella popolazione
 - Promozione attività fisica
 - Percezione del proprio livello di attività fisica
 - Sedentarietà e fattori di rischio
- **Abitudine al fumo**
 - Abitudine al fumo nella popolazione
 - Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario
 - Consigli sullo smettere di fumare
 - Modalità di dismissione dal tabagismo negli ex fumatori
 - L'abitudine al fumo in ambito domestico
 - L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici
 - Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
- **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**
 - Indice di Massa Corporea nella popolazione
 - Percezione del peso
 - Distribuzione del consumo di frutta e verdura giornaliero
 - Consigli di perdere peso
 - Consigli di fare attività fisica
 - Cambiamento di peso nell'ultimo anno
 - Cambiamento di alcune abitudini
- **Consumo di alcol**
 - Consumo di alcol nella popolazione
 - Bevitori a rischio
 - Bevitori "binge"
 - Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario
- **Sicurezza stradale**
 - L'uso dei dispositivi di sicurezza
 - Guida in stato di ebbrezza

- **Sicurezza domestica**
 - Percezione del rischio
- **Vaccinazione antinfluenzale**
 - Vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale
- **Vaccinazione antirosolia**
 - Vaccinate nella popolazione
 - Stato immunitario
- **Fattori individuali di rischio cardiovascolare**
 - Misurazione della pressione arteriosa
 - Ipertesi
 - Trattamento dell'ipertensione
 - Misurazione del colesterolo
 - Ipercolesterolemici
 - Trattamento dell'ipercolesterolemia
 - Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare
- **Diagnosi precoci delle neoplasie**

Sui TEST di screening (*per prevenzione delle neoplasie del collo dell'utero, della mammella, del colon-retto*):

 - Esecuzione
 - Periodicità di esecuzione
 - Consigliato test
 - Percezione dell'influenza della promozione test
 - Efficacia nella promozione per l'effettuazione test
 - Costo ultimo test
 - Motivi di non effettuazione del test
- **Sintomi di depressione**
 - Sintomi di depressione nella popolazione
 - Conseguenze dei sintomi di depressione
 - Condizioni di salute nelle persone con sintomi di depressione

Nella Lazio sono indagati, dal 2010, anche aspetti relativi alla sicurezza sul lavoro e, dal 2011, aspetti relativi alla prevenzione delle complicanze delle persone con diabete. I risultati su questi ambiti d'indagini esulano dal presente rapporto.

Per ogni capitolo relativo agli argomenti indagati è disponibile una bibliografia essenziale di riferimento consultabile sul sito www.epicentro.iss.it/passi/

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie (aggiornate al 31.12.2009) delle 12 Aziende Sanitarie della Regione Lazio. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

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 AUSL. Dieci Aziende sanitarie hanno realizzato un numero d'interviste considerato sufficiente, in termini di rappresentatività e numerosità, da permettere la redazione di un report locale.

Le interviste valide realizzate nel Lazio sono così suddivise:

AUSL	Interviste (18-69 anni)
Roma A	276
Roma B	377
Roma C	326
Roma D	330
Roma E	304
Roma F	91*
Roma G	274
Roma H	205
Viterbo	384
Rieti	274
Latina	260
Frosinone	172*
Lazio	3273

* non raggiungimento della rappresentatività aziendale

A livello nazionale nel 2010 sono state intervistate 36.319 persone di tutte le Regioni e Province Autonome, con rappresentatività pari all'85% della popolazione totale nella fascia di età compresa tra 18 e 69 anni.

Nel presente rapporto il dato di riferimento nazionale è denominato "pool PASSI" e fa riferimento al territorio coperto nel 2010. La mappa illustra la copertura per ASL; sono escluse dalla rilevazione alcune asl della Sardegna, della Calabria e della Lombardia.

Pool PASSI 2010
Distribuzione territoriale



Interviste

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

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

Hanno partecipato alla rilevazione anche unità afferenti a Distretti ed Ospedali, ma le interviste alla popolazione in studio sono state condotte quasi esclusivamente dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione con cadenza mensile; l'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

Luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. Il rapporto si riferisce ai dati delle interviste condotte nelle 11 mensilità del 2012.

La somministrazione del questionario del 2010 è stata preceduta da un *retraining* degli intervistatori che ha avuto per oggetto: modalità del contatto e del rispetto della privacy, metodo dell'intervista telefonica e somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (www.passidati.it); un approfondimento sui dati di monitoraggio regionali è riportato in Appendice.

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

I risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli Intervalli di Confidenza al 95%.

La rappresentatività regionale è stata ottenuta per aggregazione dei dati di tutte le Aziende USL del Lazio utilizzando un'opportuna pesatura. Le analisi hanno tenuto conto sia della complessità del campione sia del sistema di pesatura adottato; ulteriori approfondimenti sull'utilizzo dei pesi sono riportati nel seguito dell'Appendice.

Accanto alle tabelle dell'analisi univariata, il testo riporta i gruppi di popolazione che presentano una diffusione del fenomeno in studio significativamente diversa, sul piano statistico, rispetto alla prima modalità per ciascuna categoria delle variabili citate nelle varie tabelle (es. le donne rispetto agli uomini).

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; nel testo, per brevità, compare solo una sintesi. Con questa analisi sono analizzati i vari fattori di studio “depurandoli” degli effetti delle altre variabili, principalmente l'età e il genere, che possono giocare un ruolo di confondente o di modificatore d'effetto.

Nel presente rapporto per gli indicatori di principale interesse vengono mostrati grafici per confrontare il dato regionale negli anni di rilevazione del PASSI (dal 2008 al 2010) introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (IC95%) per la variabile considerata.

Etica e privacy

Il sistema Passi agisce secondo le norme tese a garantire il rispetto dei principi etici e della privacy dei cittadini. Il protocollo è stato valutato dal comitato etico dell'Istituto superiore di sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico. 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).

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 supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su PC.

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

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

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE

La popolazione in studio è costituita da 3.759.677 residenti di 18-69 anni, iscritti al 31/12/2009 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 12 ASL del Lazio.

Da gennaio a dicembre 2010, sono state intervistate 3273 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno contribuito al monte-interviste realizzato e tutte, ad eccezione dell'Asl Roma F e dell'Asl di Frosinone, hanno effettuato un numero di interviste considerato sufficiente per poter costruire, con accettabile precisione, stime locali relative alle principali variabili indagate.

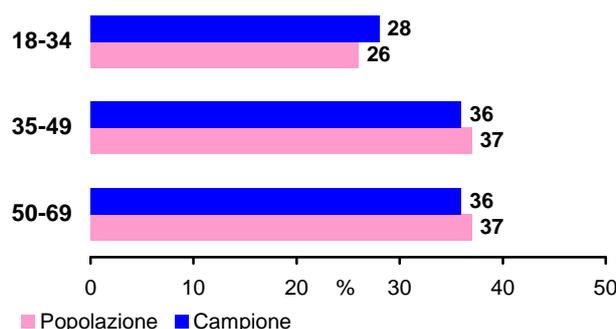
Tra i soggetti eleggibili, il tasso di risposta¹ è risultato dell'85%, il tasso di sostituzione² del 15% e quello di rifiuto³ del 9% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

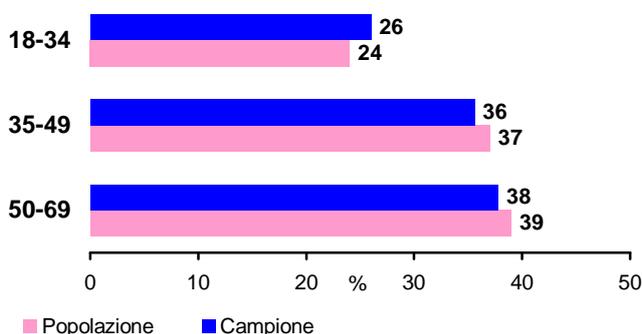
L'età e il sesso

- Nel Lazio, il campione intervistato (3273 persone) è risultato composto per il 52 % da donne e per il 48% da uomini; l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 27 % da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 36 % da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 37 % da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata quasi perfettamente sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
LAZIO - PASSI 2010 (n=1695)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
Lazio - PASSI 2010 (n=1578)



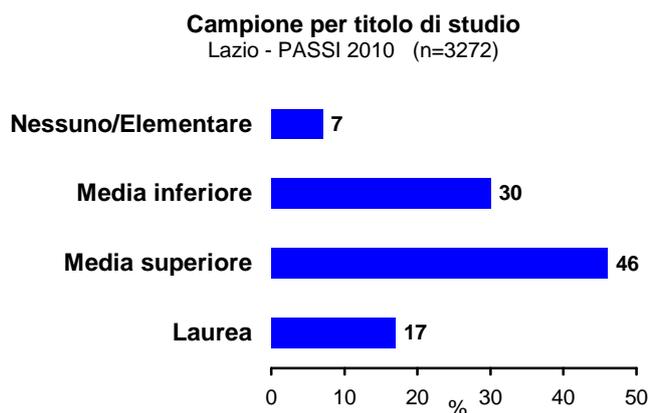
¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

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

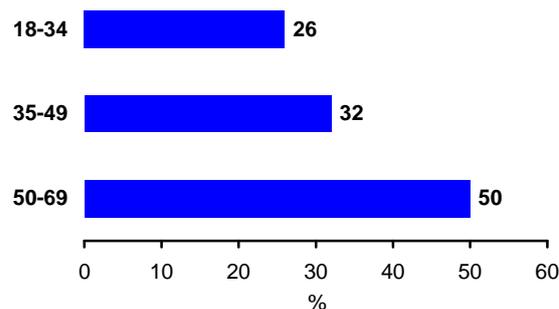
Il titolo di studio

- Nel Lazio il 7 % del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30 % la licenza media inferiore, il 46 % la licenza media superiore; il 17 % degli intervistati è laureato.
- Nella nostra regione le percentuali di donne e uomini che hanno conseguito un alto livello d'istruzione (Diploma di Scuola Media Superiore o quello di Laurea) sono simili (63%).



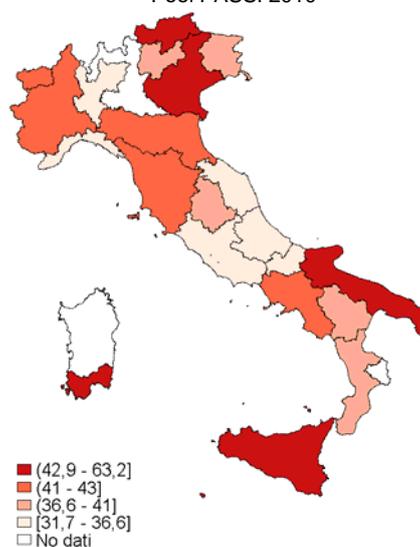
- L'istruzione è, come atteso, fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.
- Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

Prevalenza di scolarità medio-bassa (licenza media inferiore) per classi di età
Lazio- PASSI 2010 (n=3272)



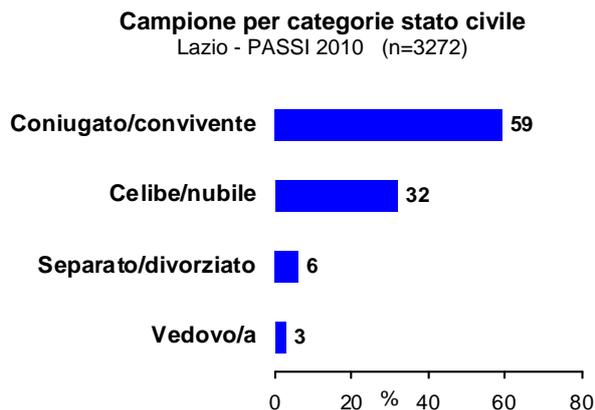
- Nel pool di ASL PASSI 2010 la scolarità medio-bassa (nessuna licenza, licenza elementare o licenza media inferiore) è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2010



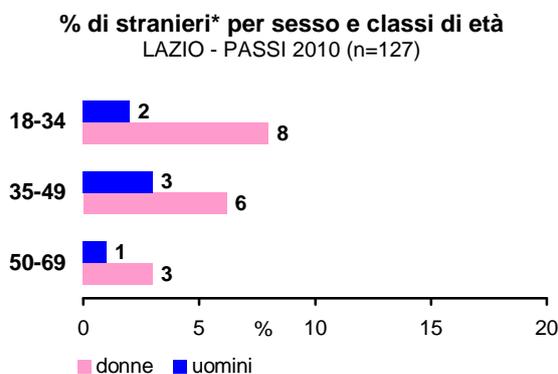
Lo stato civile

- Nel Lazio i coniugati/conviventi rappresentano il 59 % del campione, i celibi/nubili il 32 %, i separati/divorziati il 6 % ed i vedovi il 3 %.
- Nel pool di ASL PASSI 2010 queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.



Cittadinanza

- Nel Lazio il campione è costituito dal 96 % di cittadini italiani, 4 % di stranieri. La classe d'età con la percentuale di stranieri più bassa è quella 50-69 anni. Nella fascia 18-34 anni l'8 % delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.



- Nel pool di ASL PASSI 2010 le persone con cittadinanza straniera rappresentano nel 2010 il 3 % degli intervistati con differenze territoriali.

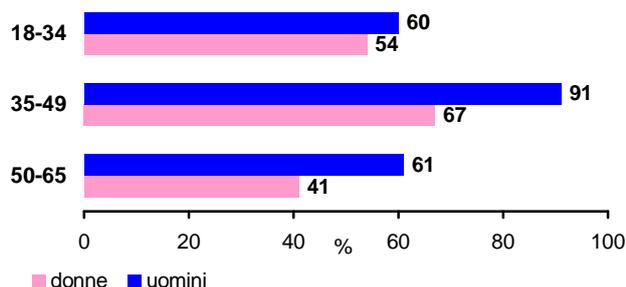


* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

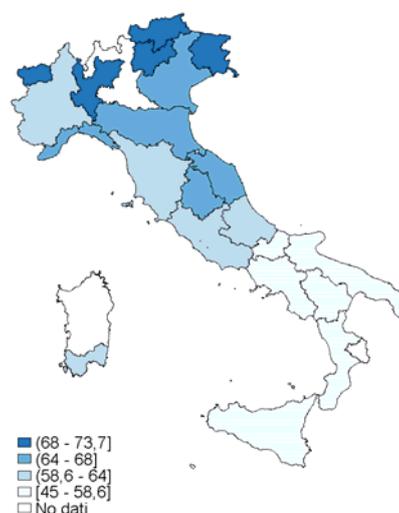
Il lavoro

- Nel Lazio il 62 % di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (il 53% vs il 72%). Si riscontrano infatti **differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi**, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale
- Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità.
- Nel pool di ASL PASSI 2010 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 60%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Lazio - PASSI 2010



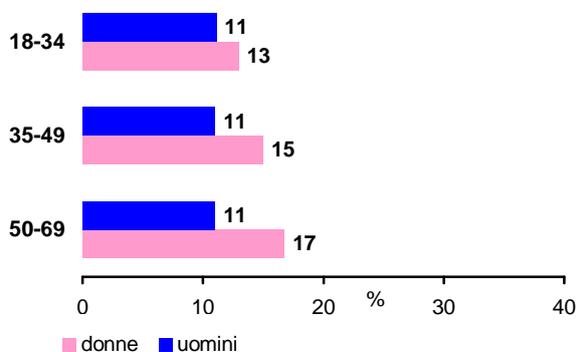
% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2010



Difficoltà economiche

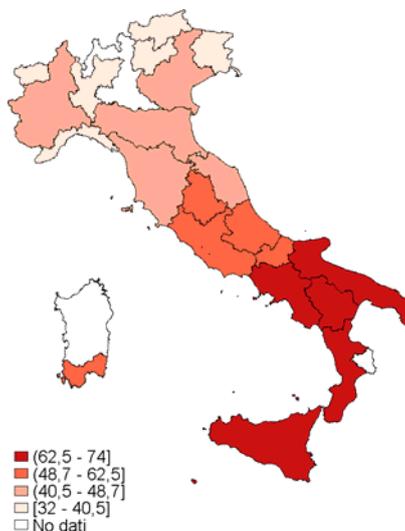
- Nel Lazio:
 - il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 42% qualche difficoltà
 - il 13% molte difficoltà economiche.
- La percentuale di donne che ha dichiarato molte difficoltà economiche è **significativamente maggiore di quella degli uomini (15 % contro 11 %)**.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
LAZIO - PASSI 2010



- Nel pool di ASL PASSI 2010 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2010



Conclusioni

Nel Lazio, l'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti testimoniano il forte **impegno profuso dagli intervistatori e la loro professionalità**, oltre alla buona disponibilità della popolazione ad essere intervistata dall'Asl su tematiche di prevenzione.

Il **campione nel Lazio è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato**, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale. **La popolazione straniera è verosimilmente sotto rappresentata soprattutto nelle Asl metropolitane.**

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

Guadagnare Salute



guadagnare
salute

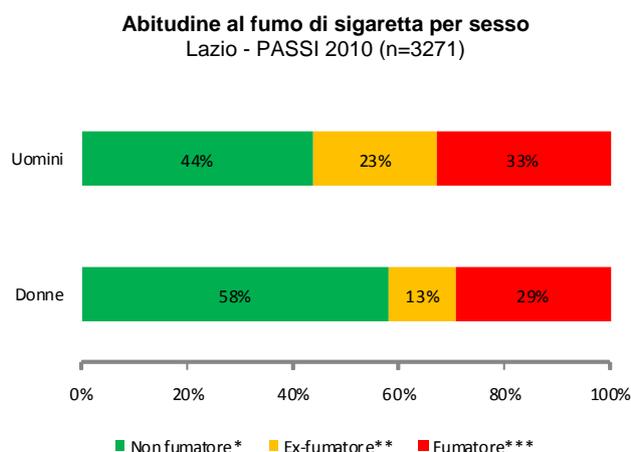
rendere facili le scelte salutari

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio di numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta nel Lazio:
 - il 51% degli intervistati ha riferito di essere non fumatore
 - il 31% di essere fumatore
 - il 18% di essere un ex fumatore.
- L' 1,2% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono l'1%.
- L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 29%) ma al limite della significatività statistica con un divario molto inferiore alla media nazionale (34% vs 23%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (58% versus 44%).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 54% è non fumatore.



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

***Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi.

****Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

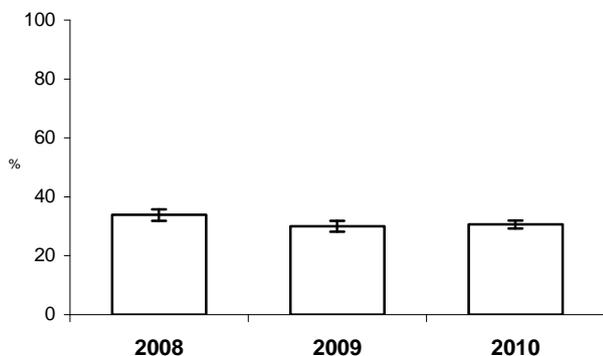
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto i 50 anni (soprattutto nella fascia 25-34 anni)
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **l'abitudine al fumo si mantiene significativamente associata alle classi di età sotto i 50 anni, a chi ha un basso livello d'istruzione e chi ha difficoltà economiche. L'associazione con il sesso maschile è ai limiti della significatività statistica.**
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, l'8% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).
- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone che riferiscono di essere fumatori è sostanzialmente identica.

Fumatori	Lazio - PASSI 2010 (n=3271)	
	Fumatori ^o	
Caratteristiche	%	(IC95%)
Totale	30,8	29,1-32,5
Classi di età		
18 - 24	32,1	26,2-38,0
25 - 34	41,7	37,4-46,1
35 - 49	31,9	29,1-34,8
50 - 69	23,2	20,7-25,7
Sesso		
uomini	32,5	29,9-34,9
donne	29,2	26,8-31,5
Istruzione		
nessuna/elementare	20,9	15,3-26,6
media inferiore	38,3	34,9-41,7
media superiore	29,9	27,4-32,5
laurea	24,2	20,4-28,0
Difficoltà economiche		
molte	39,1	33,9-44,3
qualcuna	33,4	30,6-36,1
nessuna	26,1	23,7-28,5

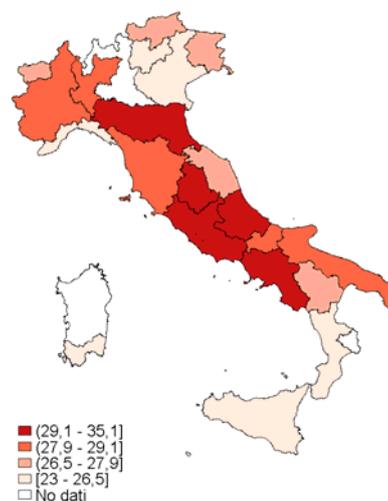
^ofumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi)

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, la prevalenza di persone che riferiscono di essere fumatori è pari al 28%.
- Il confronto interregionale, mostra il Lazio quale una delle regioni con maggior prevalenza di fumatori.

Fumatori (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



% di fumatori
Pool Asl - PASSI 2010



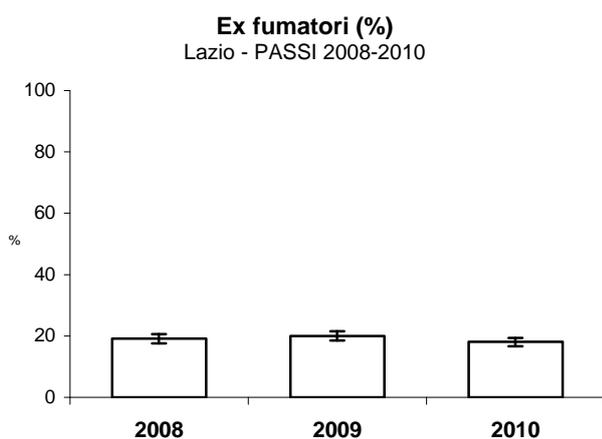
Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

- Si è osservata una prevalenza più elevata di ex fumatori:
 - tra le persone comprese nella fascia d'età fra i 50 e i 69 anni
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione più bassa;
 - tra le persone senza difficoltà economiche
- Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, **queste caratteristiche, si confermano associate significativamente alla condizione di ex fumatore (escluso il livello d'istruzione).**

Ex fumatori	Lazio - PASSI 2010 (n=606)	
	Caratteristiche	Ex fumatori* % (IC95%)
Totale		18,1 16,7-19,5
Classi di età		
18 - 24	6,0	2,6-9,5
25 - 34	11,3	8,6-14,1
35 - 49	16,7	14,4-19,0
50 - 69	26,7	24,1-29,3
Sesso		
uomini	23,2	21,0-25,4
donne	13,2	11,6-14,9
Istruzione		
nessuna/elementare	20,4	14,9-25,8
media inferiore	15,5	13,0-17,9
media superiore	19,1	17,1-21,2
laurea	18,9	15,5-22,5
Difficoltà economiche		
molte	12,9	9,4-16,6
qualcuna	17,8	15,6-19,9
nessuna	19,9	17,8-22,0

*Ex fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che ha smesso di fumare da almeno sei mesi

- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone che riferiscono di essere ex fumatori è sostanzialmente identica.



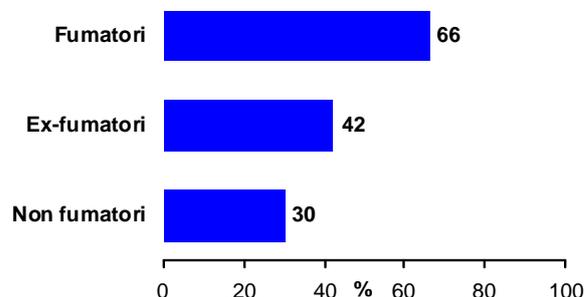
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, il 18% degli intervistati ha riferito di essere ex fumatore-
- Il confronto interregionale, sempre relativo al 2010, presenta un evidente gradiente territoriale.



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

- Circa il 43% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
 - il 66% dei fumatori
 - il 42% degli ex fumatori
 - il 30% dei non fumatori.

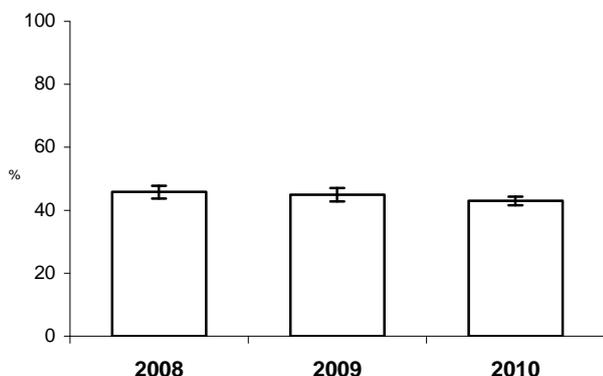
% di persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario
Lazio - PASSI 2010 (n=2967)*



* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

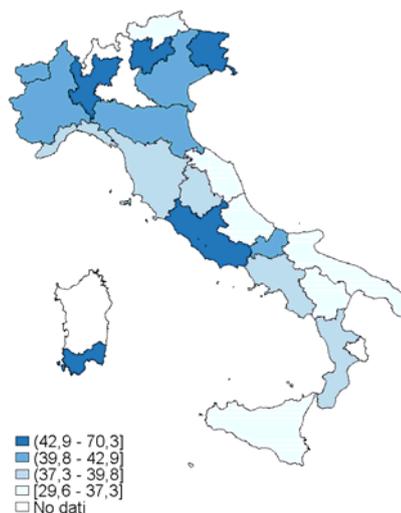
- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone che riferiscono che nell'ultimo anno un operatore sanitario si è informato sulle abitudini al fumo, è sostanzialmente identica.

Persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, la prevalenza di persone che riferiscono che nell'ultimo anno un operatore sanitario si è informato sulle abitudini al fumo, è stata pari al 41%.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
Pool PASSI 2010

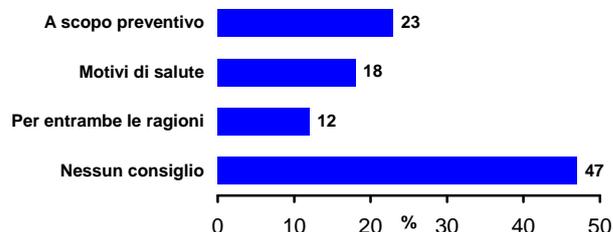


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Tra i fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 53% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (23%).

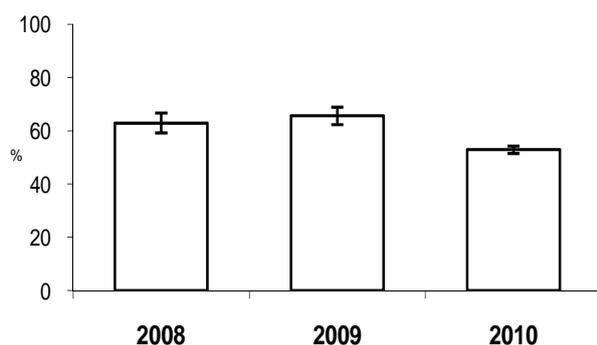
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

Lazio - Passi 2010 (n=862)



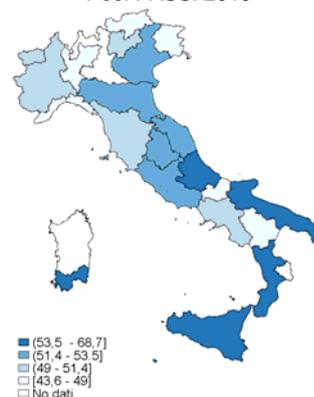
- Nel Lazio la prevalenza di persone che riferiscono che nell'ultimo anno un operatore sanitario gli ha consigliato di smettere di fumare si è ridotta nel 2010, rispetto al biennio 2008-2009.

Fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



- Nel 2010, nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono che nell'ultimo anno un operatore sanitario gli ha consigliato di smettere di fumare è risultata pari al 52%.

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare
Pool PASSI 2010

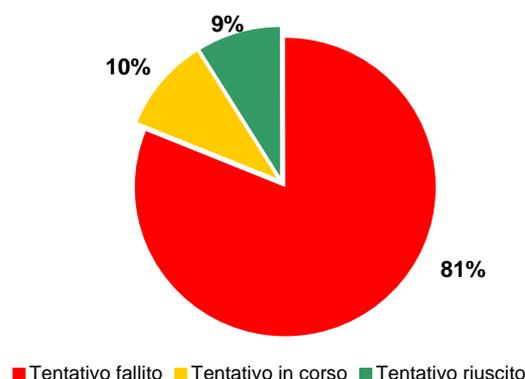


Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

- Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 41% ha tentato di smettere.
- Tra tutti coloro che hanno tentato:
 - l'81% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
 - il 9% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
 - il 10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi

Lazio - PASSI 2010 (n=413)

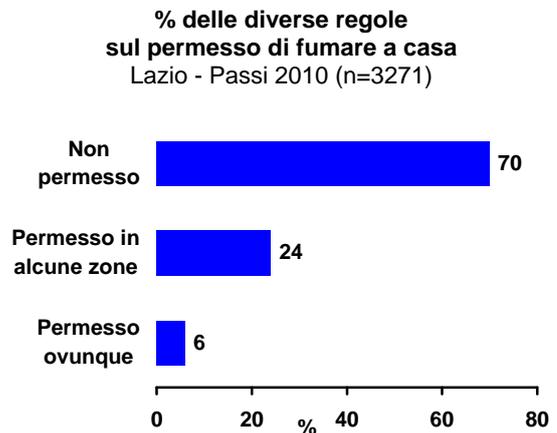


Nella Regione Lazio, tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 94% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci, l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati (dalle ASL o da altri Enti), il rimanente 2% non ha specificato o non ricorda.

Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci, meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL, il rimanente 2% non ha specificato o non ricorda.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella Regione Lazio:
 - il 70% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 24% che si fuma in alcuni luoghi;
 - il 6% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'81% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).



Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

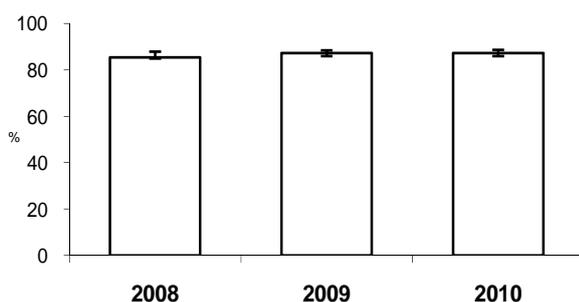
- L'87% delle persone intervistate, che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni, ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (63%) o quasi sempre (24%).
- Il 13% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (10%).



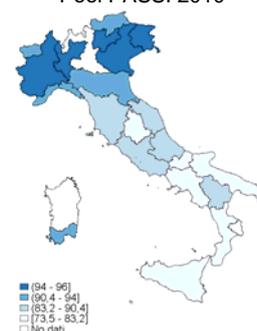
- Nel Lazio la prevalenza di persone che ritengono che il divieto del fumo nei locali pubblici sia rispettato sempre/quasi sempre è sostanzialmente identica nel triennio 2008-10.

- Nel 2010, nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Lazio - PASSI 2008-2010



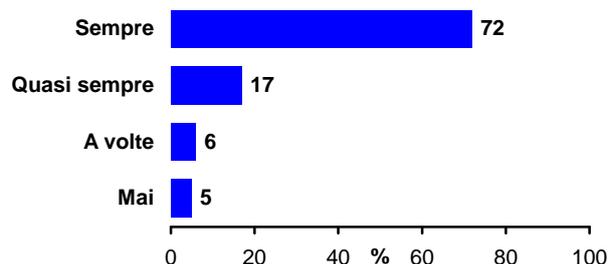
% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Pool PASSI 2010



Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo), il 90% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (72%) o quasi sempre (18%).
- Il 10% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (4%) o lo è raramente (6%).

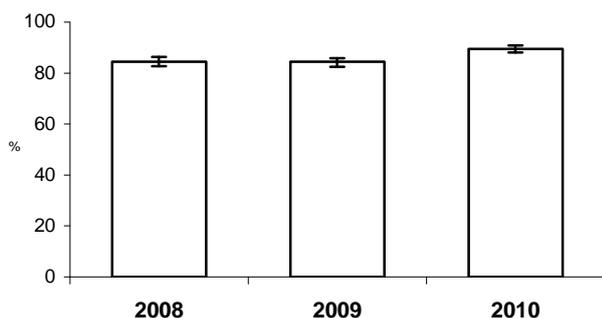
Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
Lazio - Passi 2010 (n= 1838)*



*lavoratori che operano in ambienti chiusi, escluso chi lavora solo.

- Nel Lazio la prevalenza di persone che ritengono che il divieto del fumo nei luoghi di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre è aumentata nel 2010 (89,5%) rispetto al biennio 2008-2009 (84,5%).
- Nel 2010, nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Lazio - PASSI 2008-2010



% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Pool PASSI 2010



Conclusioni

Nel Lazio, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare **le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni**. Nel **Piano Regionale della Prevenzione 2010-12 sono previsti degli interventi di promozione della salute**, per il contrasto al tabagismo, che hanno come target sia studenti che lavoratori.

Quasi un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la **necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL**.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

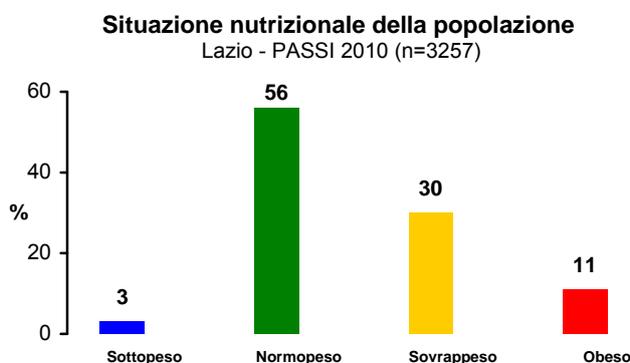
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Ne Lazio il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 30% sovrappeso e l'11% obeso.
- Complessivamente si stima che il 41% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

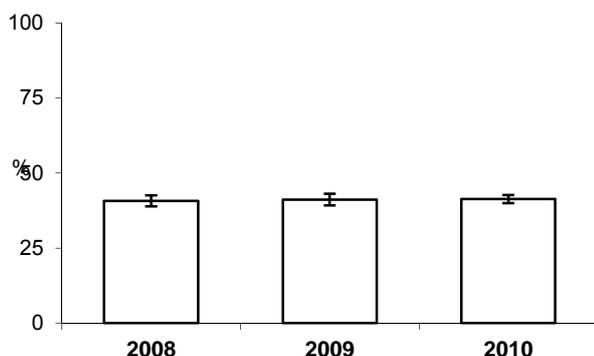
- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - al crescere dell'età
 - negli uomini (40% vs 21% nelle donne)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
- Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **le differenze rilevate si mantengono significative.**

Popolazione in eccesso ponderale
Lazio - PASSI 2010 (n=3273)

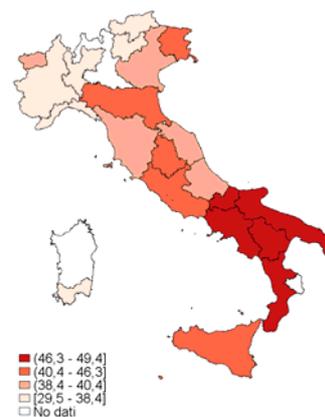
Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Totale	30,5	28,9-32,2	10,8	9,7-11,9
Classi di età				
18 - 34	18,6	15,7-21,4	5,1	3,5 - 6,6
35 - 49	33,3	30,4-36,2	9,0	7,2-10,8
50 - 69	37,9	35,1-40,7	17,5	15,3-19,8
Sesso				
uomini	40,1	37,5-42,7	10,4	8,8-12,0
donne	21,5	19,4-23,5	11,2	9,6-12,8
Istruzione				
nessuna/elementare	41,4	34,6-48,1	27,4	21,3-33,4
media inferiore	33,5	30,2-36,8	13,8	11,4-16,3
media superiore	28,8	26,3-31,2	8,8	7,3-10,3
laurea	26,0	22,1-29,8	4,2	2,5- 6,0
Difficoltà economiche				
molte	28,3	23,5-33,1	18,5	14,5-22,5
qualche	32,3	29,6-35,0	11,3	9,5-13,2
nessuna	29,7	27,3-32,1	8,2	6,7 - 9,6

- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza delle persone in eccesso ponderale non è variata.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010 il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale con un evidente gradiente territoriale.

Percentuale di persone in eccesso ponderale
Lazio - PASSI 2008-2010



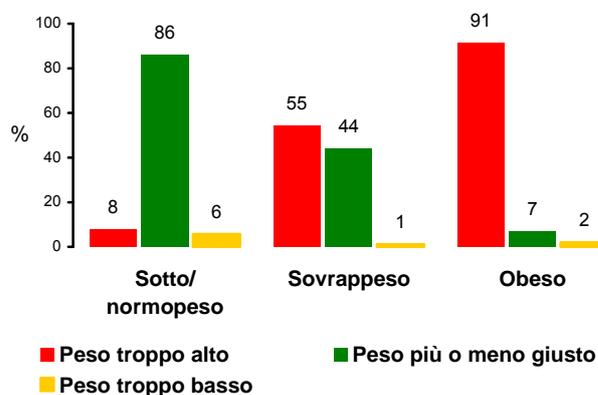
% di persone in eccesso ponderale
Lazio - PASSI 2010



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con l' IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella Regione Lazio si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (91%) e nei normopeso (86%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 44% ritiene il proprio peso giusto.

Percezione del proprio peso per stato nutrizionale
Lazio - PASSI 2010 (n=3257)

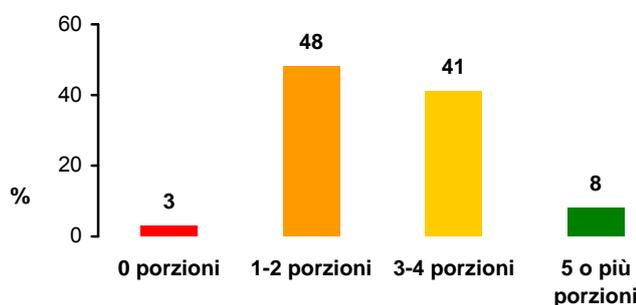


Nella popolazione in sovrappeso emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: infatti, tra le donne in sovrappeso il 30% considera il proprio peso più o meno giusto mentre tale percezione distorta sale al 52% fra gli uomini.

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

- Nella Regione Lazio il 48% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 41% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'8% le 5 porzioni raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Lazio - PASSI 2010 (n=3257)



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:
 - o nelle persone sopra ai 50 anni
 - o nelle donne (10%)
 - o nelle persone con alto livello d'istruzione (11%)
 - o nelle persone obese (9%).

Non emergono differenze legate alla condizione economica.

- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'adesione al “five a day” rimane significativamente associata con la classe d'età maggiore, il sesso femminile e l'alto livello d'istruzione.

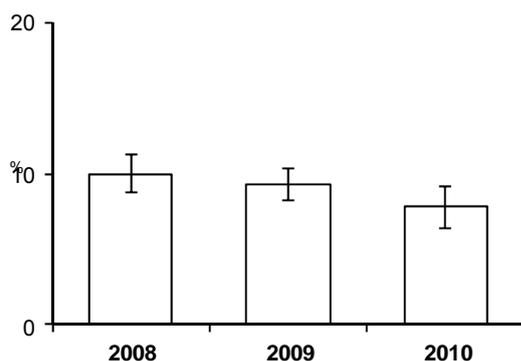
Consumo di frutta e verdura - Lazio - PASSI 2010 (n=3257)

Caratteristiche	Adesione al five-a-day °	
	%	(IC95%)
Totale	7,7	6,8-8,7
Classi di età		
18 - 34	5,8	4,2-7,5
35 - 49	7,0	5,6-8,6
50 - 69	10,2	8,4-11,9
Sesso		
uomini	5,6	4,4-6,7
donne	9,9	8,4-11,4
Istruzione		
nessuna/elementare	8,1	4,3-11,9
media inferiore	6,8	5,2-8,4
media superiore	7,2	5,9-8,6
laurea	10,9	8,2 -13,7
Difficoltà economiche		
molte	6,6	4,2-8,9
qualche	7,8	6,3-9,3
nessuna	8,2	6,7-9,6
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	7,8	6,6-9,1
sovrappeso	7,1	5,5-8,7
obeso	9,4	6,2-12,6

° Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

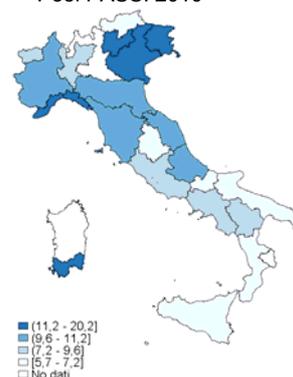
- Nel Lazio, la percentuale di persone che aderiscono al “five a day” è diminuita dal 2008 al 2010, anche se non in maniera significativa.

% persone che aderiscono al five-a-day
Lazio - PASSI 2008-2010



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010 ha aderito al “five a day” l'8% del campione.

% persone che aderiscono al five-a-day
Pool PASSI 2010

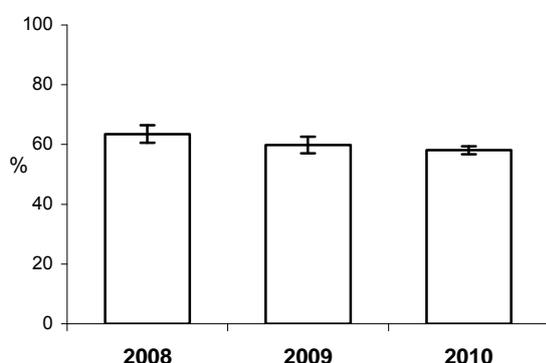


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

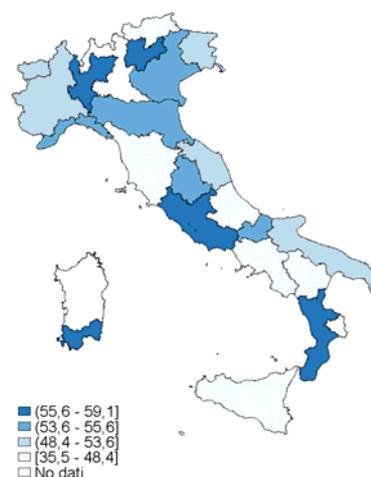
Nella Regione Lazio il 58% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 49% delle persone in sovrappeso e l'83% delle persone obese.

- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario è lievemente ma costantemente diminuita.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Lazio - PASSI 2008-2010



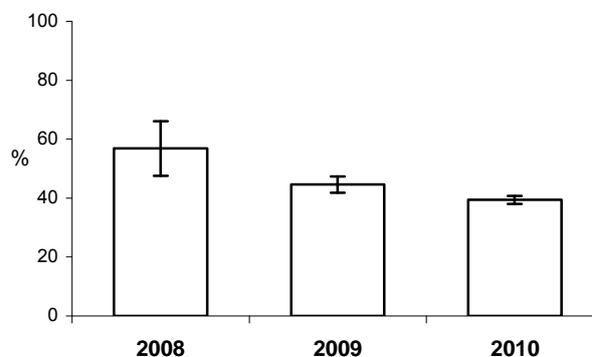
% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Pool PASSI 2010



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nel 2010, nel Lazio, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 35% delle persone in sovrappeso e il 51% di quelle obese.
- Tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone in eccesso ponderale che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario è significativamente diminuita.

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica da un operatore sanitario
Lazio - PASSI 2008-2010

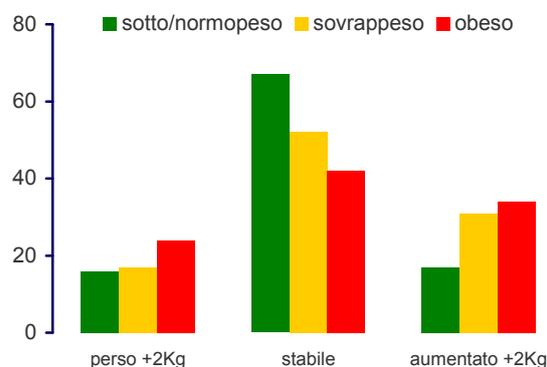


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nel Lazio il 23% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nelle donne (27% vs 20% negli uomini)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (34% obesi e il 31% sovrappeso vs 17% normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti nelle diverse classi d'età.

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
Lazio - PASSI 2010 (n=3257)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, **nel Lazio quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.**

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e quasi una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 28% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (64%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: quasi la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante è senz'altro, inoltre, il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

I Medici di Medicina Generale del Lazio, pur con ampi margini di miglioramento, risultano fra i più attenti a tale tematica.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

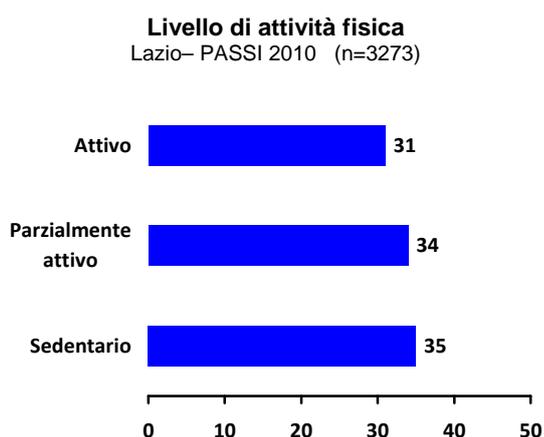
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme* (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- Nella Regione Lazio il 31% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 34% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 35% è completamente sedentario.



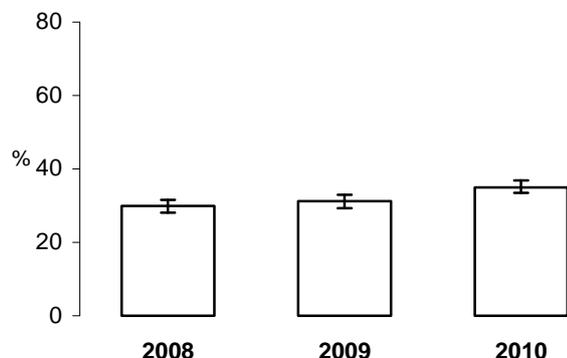
Sedentari		
Lazio - PASSI 2010 (n=3255)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Totale	35,3	33,5-36,9
Classi di età		
18-34	32,2	28,8-35,6
35-49	33,6	30,8-36,4
50-69	39,5	36,7-42,3
Sesso		
uomini	30,4	28,0-32,8
donne	40,0	37,5-42,4
Istruzione		
nessuna/elementare	52,2	45,5-58,9
media inferiore	39,4	36,0-42,7
media superiore	33,3	30,8-35,9
laurea	26,3	22,4-30,2
Difficoltà economiche		
molte	48,7	43,5-54,0
qualche	37,6	34,9-40,3
nessuna	29,4	26,9-31,9

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

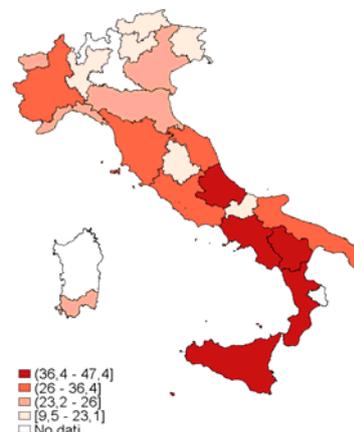
Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'aumentare dell'età non appare associata ad un rischio maggiore di sedentarietà mentre le donne, il basso livello d'istruzione e la presenza di maggiori difficoltà economiche si confermano significativamente associati alla sedentarietà.

- Nel Lazio la percentuale di persone sedentarie è significativamente aumentata nel 2010 rispetto al biennio precedente.
- Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale.

% di persone sedentarie
Lazio - PASSI 2008-2010



% di persone sedentarie
Pool PASSI 2010

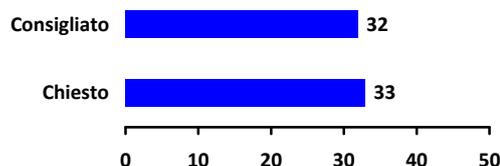


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella Regione Lazio solo il 33% degli intervistati* ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

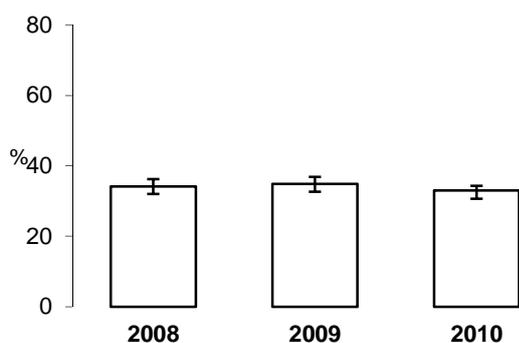
* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Promozione dell'attività fisica* da parte degli operatori sanitari - Lazio - PASSI 2010 (n=2915)



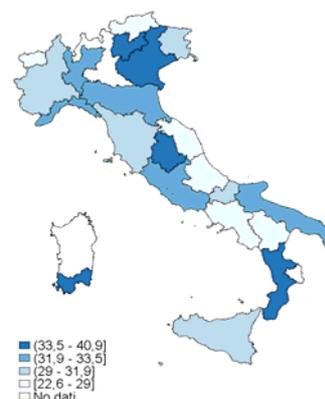
- Nel Lazio la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto consiglio, da un operatore sanitario, di svolgere attività fisica non è sostanzialmente cambiata negli anni 2008-10.

% di persone consigliate da un operatore sanitario di fare attività fisica - Lazio - PASSI 2008-2010



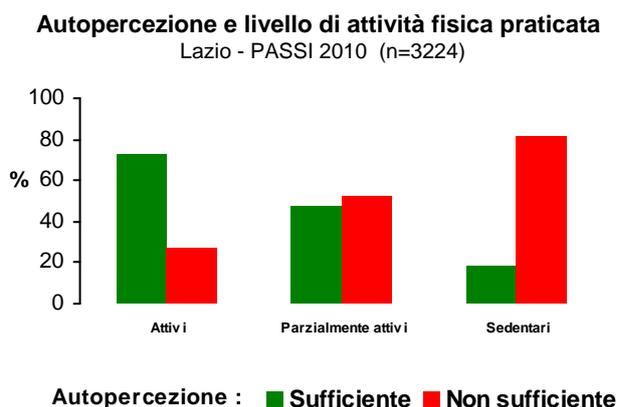
- Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 32%, distribuito in maniera disomogenea fra le regioni.

% di persone consigliate da un operatore sanitario di fare attività fisica - Pool PASSI 2010



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

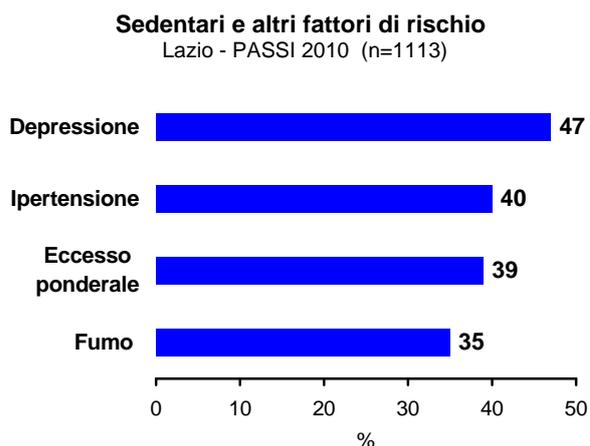
- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante poiché condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 27% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 48% delle persone parzialmente attive ed il 18% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.



I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale: ritiene sufficiente il livello di attività fisica praticata il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari.

Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 47% delle persone depresse
 - il 40% degli ipertesi
 - il 39% delle persone in eccesso ponderale.
 - il 35% dei fumatori



Conclusioni e raccomandazioni

Nel Lazio si stima che solo una persona adulta su tre (31%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 35% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario **gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo** tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione d'interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità assunte. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata in PASSI, è pari, in media, a due unità alcoliche al giorno per gli uomini ed una per le donne; al di sopra di tale limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

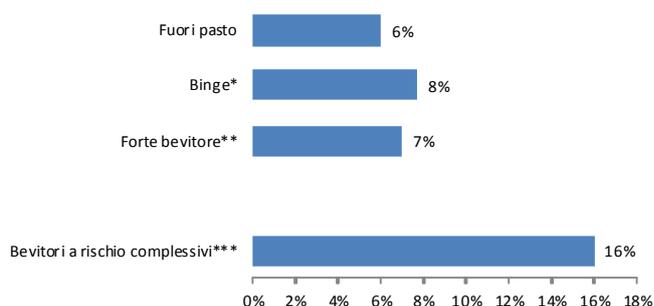
Di conseguenza, in base ai limiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai pattern di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che assumono bevande alcoliche sono classificati in gruppi a rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol: forti consumatori, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*).

Quante persone consumano alcolici?

Nel Lazio la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (bevitori) è risultata del 50%.

- Rispetto al consumo a rischio:
 - il 7% degli intervistati è classificabile come un forte bevitore, che negli ultimi 30 giorni, ha consumato giornalmente, 2 o più unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne);
 - il 6,0% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto;
 - l'8% è classificabile come bevitore *binge*, che negli ultimi 30 giorni, ha consumato anche in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) o 4 o più unità alcoliche (donne);
 - il 48% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

Bevitori a rischio per categorie°
Lazio - PASSI 2010



° Ogni variabile considerata indipendentemente dalle altre.

* Chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne).

** Chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 3 o più unità alcoliche (uomini) e 2 o più unità alcoliche (donne).

*** Forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*.

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- Complessivamente il 16% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa (i forti bevitori, i bevitori fuori pasto e i bevitori *binge*)
- Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:
 - nelle classi di età più giovani 18-24 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con un livello di istruzione medio-alto.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **si mantiene significativa l'associazione del consumo di alcol a rischio con la classe d'età più giovane e il sesso maschile.**
- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono un consumo alcolico a rischio nell'ultimo mese è lievemente diminuito tra il 2008 ed il 2010, ma in maniera non significativa nell'ultimo biennio

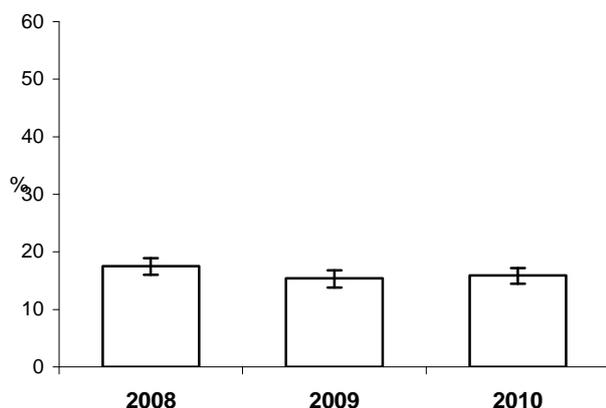
Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)

Lazio - PASSI 2010 (n=3238)

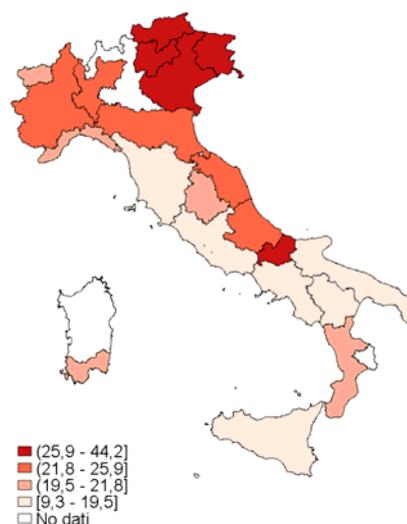
Caratteristiche	% (IC95%)	
Totale	15,9	14,6-17,2
Classi di età		
18 - 24	31,7	26,1-37,3
25 - 34	24,0	20,3-27,8
35 - 49	12,5	10,4-14,5
50 - 69	10,4	8,6-12,2
Sesso		
uomini	19,6	17,5-21,7
donne	12,4	10,7-14,0
Istruzione		
nessuna/elementare	10,7	6,4 -14,9
media inferiore	14,7	12,2-17,1
media superiore	16,3	14,3-18,3
laurea	19,0	15,5-22,4
Difficoltà economiche		
molte	13,8	10,3-17,3
qualche	15,5	13,3-17,6
nessuna	16,9	14,8-18,8

- Nel Pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19% (9% consumo forte, 9% consumo *binge*, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.

Bevitori a rischio (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Bevitori a rischio
Pool PASSI 2010 (%)



Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

- Nel 2010, questa modalità di consumo di alcol, ritenuta ad alto rischio, ha riguardato l'8% degli intervistati e risulta significativamente più diffusa:
 - tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (12%)
 - negli uomini (12% vs 4% nelle donne)
 - nei livelli d'istruzione più alti
- Non si rilevano differenze riguardo le condizioni economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, il consumo *binge* risulta più elevato in modo statisticamente significativo i tra i 18-24enni e negli uomini.

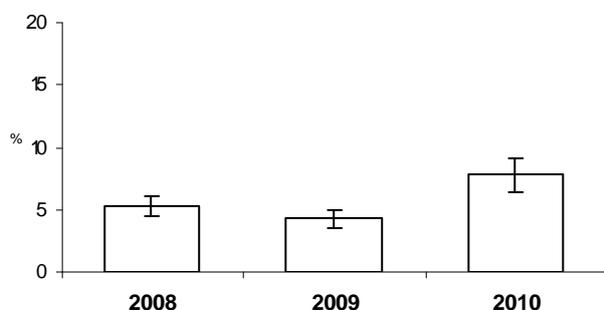
Consumo binge* (ultimo mese)			
Lazio - PASSI 2010 (n=3229)			
Caratteristiche	Bevitori <i>binge</i> *	%	(IC95%)
Totale		7,8	6,8-8,8
Classi di età			
	18 - 24	12,4	8,5-16,4
	25 - 34	10,6	7,8-13,5
	35 - 49	7,7	6,0-9,4
	50 - 69	5,0	3,7-6,3
Sesso			
	uomini	12,0	10,2-13,8
	donne	3,8	2,9-4,8
Istruzione			
	nessuna/elementare	3,8	1,2-6,5
	media inferiore	8,1	6,2-10,0
	media superiore	7,5	6,0-9,0
	laurea	9,8	7,1-12,4
Difficoltà economiche			
	molte	7,6	4,9-10,4
	qualche	8,0	6,4-9,7
	nessuna	7,5	6,1-8,9

* Chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche, se uomini, e 4 o più unità alcoliche, se donne.

- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono un consumo alcolico nell'ultimo mese di tipo *binge* è lievemente aumentata tra il biennio 2008-2009 ed il 2010, ma occorre considerare che questa variazione è in gran parte da ascrivere alla modifica della definizione INRAN di *binge*.

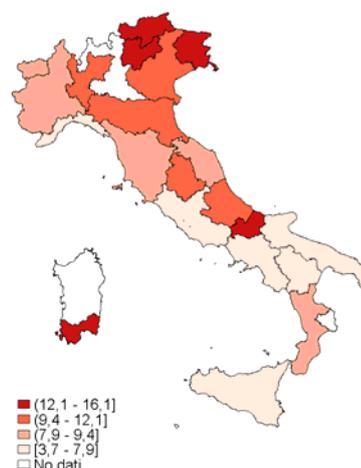
Infatti nel 2008-2009 si definiva consumo *binge* l'assunzione di 6 o più Unità di bevande alcoliche in un'unica occasione mentre dal 2010 il consumo è pari a 5 Unità di bevande alcoliche (negli uomini) e 4 (nelle donne), in un'unica occasione.

Bevitori *binge* (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



- Nel Pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 7%.
- Il confronto interregionale presenta un evidente gradiente territoriale nord-sud.

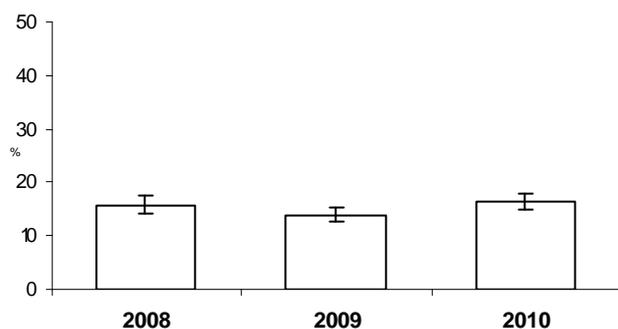
Bevitori *binge*
Pool ASL Lazio 2010



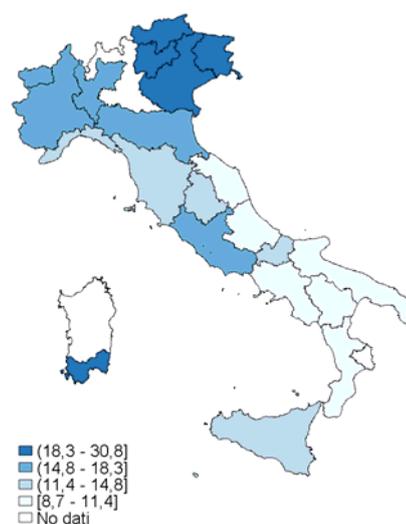
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nel Lazio solo il 17% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol non risulta significativamente differente negli anni.
- Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 15% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

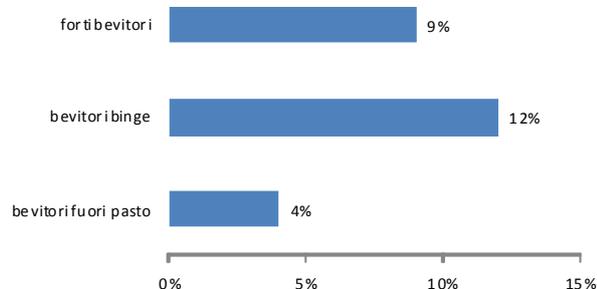
Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
Pool PASSI 2010



Categorie di bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Lazio - PASSI 2010 (n=2936)



Solo il 7% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

La percentuale sale al 9% per i forti bevitori e al 12% per i bevitori *binge*, mentre in quelli fuori pasto è del 4%.

* Il denominatore comprende solo coloro che dichiarano di essere stati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

Conclusioni

La maggior parte degli intervistati nella regione Lazio non beve alcol o beve moderatamente. Tuttavia, si stima che più di un adulto su sei abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i bevitori a rischio sono circa uno su cinque e, tra i giovani, quasi uno su tre.

Nonostante, in letteratura, la capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, i dati Passi mostrano che **l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari nei confronti del consumo di alcol dei propri assistiti resta molto bassa**; inoltre, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

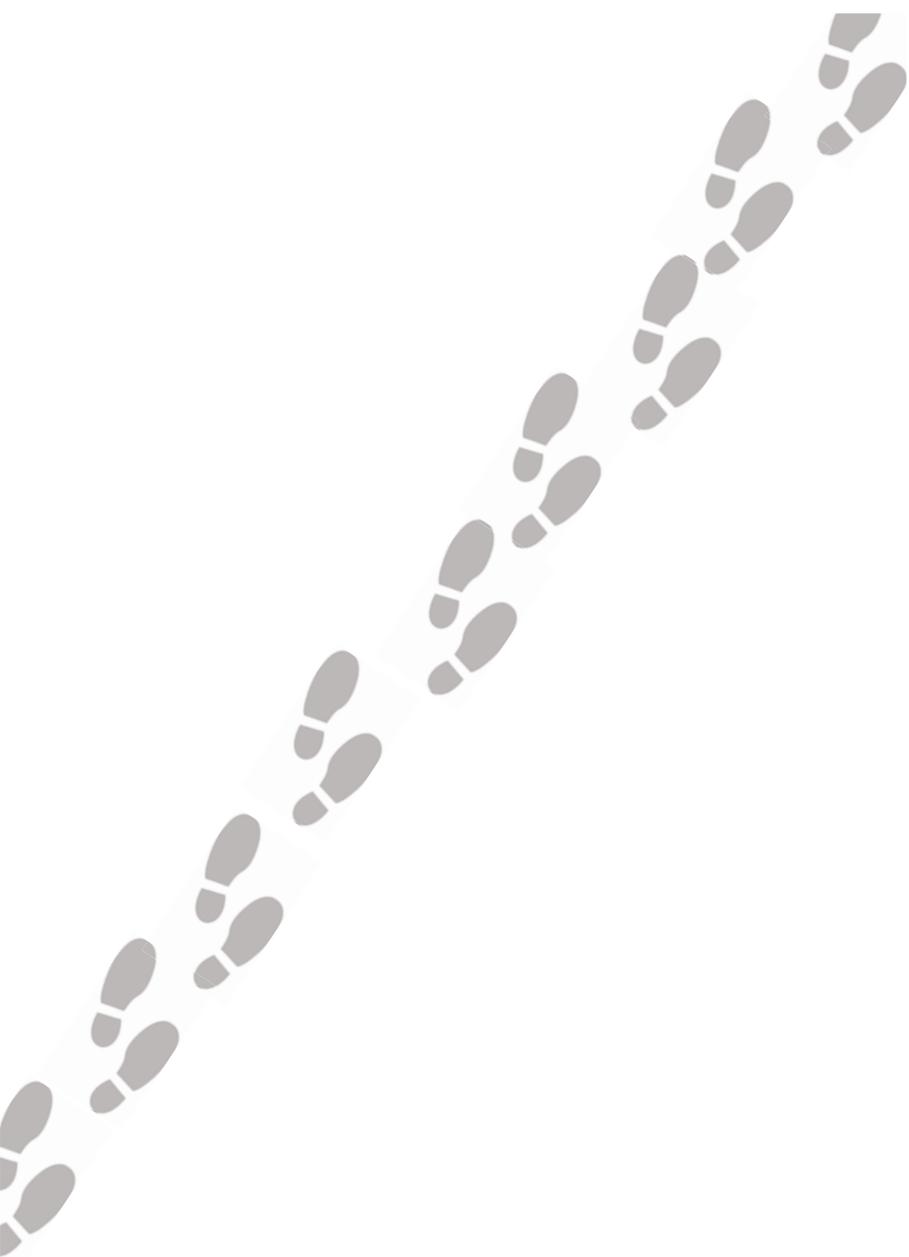
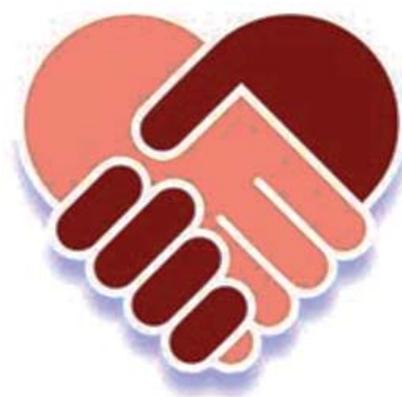
Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, **le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave** nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Infatti nel **Piano Regionale della Prevenzione 2010-12 sono previsti degli interventi di promozione della salute**, per la riduzione del consumo alcolico, che hanno come target sia studenti che i lavoratori.

Infine nell'ottica del **programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari**: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Rischio cardiovascolare



RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta e verdura e di pesce; negativo: eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, ecc.).

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità ed isolamento sociale.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale.

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative ed amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute".

L'approccio individuale, invece, è volto ad identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione.

PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene anche presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

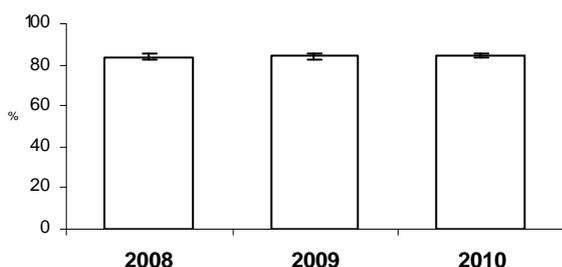
- Nel Lazio l'85% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre il restante 8% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle persone con il più basso livello d'istruzione
 - nelle donne
 - in chi ha qualche/nessuna difficoltà economica
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica multivariata*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **tutte le associazioni si mantengono significative ad eccezione del livello di istruzione.**
- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, è rimasta sostanzialmente identica la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni
LAZIO - PASSI 2010 (n=3269)

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
Totale	84,5	83,2-85,8
Classi di età		
18 - 34	73,2	70,0-76,4
35 - 49	86,6	84,6-88,8
50 - 69	91,8	90,2-93,4
Sesso		
uomini	82,4	80,4-84,4
donne	86,5	84,8-88,3
Istruzione		
nessuna/elementare	91,2	87,2-95,1
media	82,0	79,3-84,8
superiore	84,4	82,4-86,4
laurea	86,4	83,4-89,3
Difficoltà economiche		
molte	76,1	71,5-80,6
qualche	86,1	84,1-88,2
nessuna	85,4	83,6-87,3

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010 la percentuale di persone controllate negli ultimi 2 anni è risultata pari all'83%.
- Il confronto interregionale, calcolato sull'intero quadriennio 2007-10, mostra un gradiente nord-sud.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Pool ASL omogeneo - PASSI 2007-2010



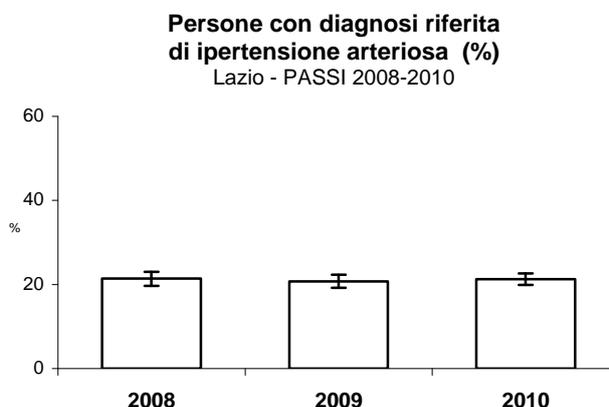
Quante persone sono ipertese?

- Nel Lazio il 21% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (41% nella fascia 50-69 anni),
 - nelle persone con basso livello di istruzione,
 - nelle persone con difficoltà economiche,
 - nelle persone con eccesso ponderale.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **rimane significativa la maggior diffusione dell'ipertensione nelle classi di età più avanzate, nei non laureati e in chi è in eccesso ponderale.** Non risulta statisticamente significativa l'associazione con le difficoltà economiche.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*		
LAZIO - PASSI 2010 (n= 3010)		
Caratteristiche	%	Ipertesi (IC95%)
Totale	21,3	19,9-22,8
Classi di età		
18 - 34	3,9	2,4-5,5
35 - 49	13,6	11,4-15,7
50 - 69	41,2	38,3-44,2
Sesso		
uomini	22,4	20,4-24,5
donne	20,3	18,4-22,3
Istruzione		
nessuna/elementare	48,1	41,2-55,0
media inferiore	24,0	21,0-27,0
media superiore	18,6	16,5-20,7
laurea	13,0	10,1-15,9
Difficoltà economiche		
molte	24,4	19,8-28,9
qualcuna	24,1	21,7-26,6
nessuna	18,0	15,9-20,0
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	11,4	9,9-12,9
sovrappeso/obeso	34,8	32,1-37,5

* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni.

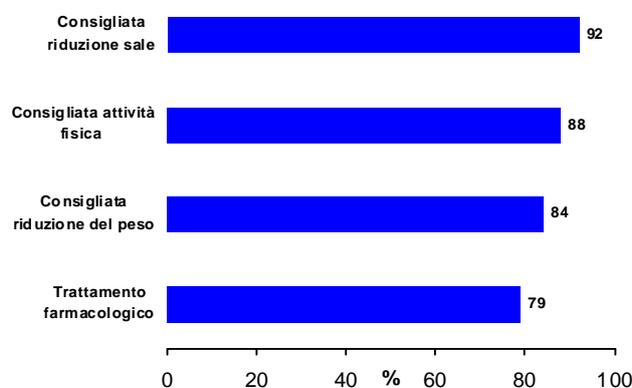
- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone che riferiscono di essere ipertese non si è sostanzialmente modificata.
- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.



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

- Nel Lazio il 79% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (92%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (84%)
 - svolgere regolare attività fisica (88%)

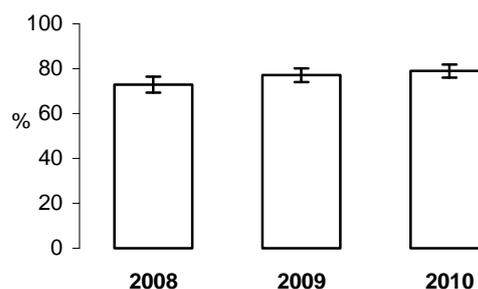
Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
Lazio - PASSI 2010 (n=659)



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, gli ipertesi che riferiscono di essere in trattamento farmacologico sono in costante ma non significativo aumento.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico nel 2010 è pari al 79%.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Lazio - PASSI 2008-2010



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nel Lazio, nella fascia d'età **18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa**; questa proporzione raddoppia nelle persone fra i 50 e i 69 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) **costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità**. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Nel Lazio si stima che circa una persona su sei non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni (sopra i 35 anni, circa una su dieci). Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. **Il consiglio dei medici di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa otto/ nove ipertesi su dieci.**

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardio.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

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

- Nel Lazio l'82% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 63% nel corso dell'ultimo anno
- il 12% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 7% l'ha misurata oltre 2 anni prima

Il 18% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

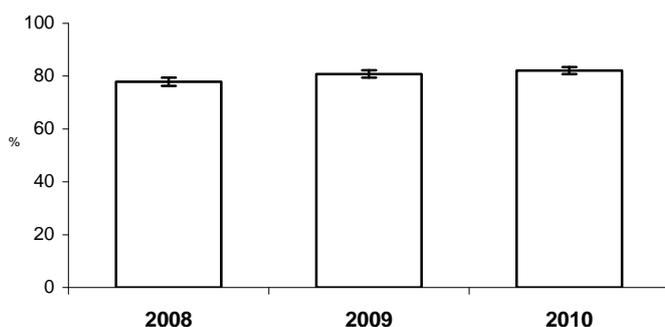
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 63% della fascia 18-34 anni al 94% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone livello di istruzione minimo o massimo
 - nelle persone senza alcuna difficoltà economica.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica multivariata*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **la misurazione del colesterolo risulta essere positivamente associata all'età, al livello d'istruzione, alle donne e alla difficoltà economica.**

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
Lazio - PASSI 2010 (n= 3270)

Caratteristiche	Colesterolo misurato %	Colesterolo misurato (IC95%)
Totale	82,2	80,8-83,5
Classi di età		
18 - 34	62,5	58,9-66,0
35 - 49	86,9	84,8-88,9
50 - 69	93,8	92,4-95,3
Sesso		
uomini	79,4	77,3-81,5
donne	84,8	83,1-86,5
Istruzione		
nessuna/elementare	87,2	82,5-92,0
media	79,3	76,5-82,1
superiore	81,5	79,4-83,5
laurea	86,8	83,8-89,8
Difficoltà economiche		
molte	78,4	74,0-82,8
qualche	83,6	81,4-85,7
nessuna	82,1	80,0-84,1

- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita è lievemente aumentata tra il 2008 ed il 2010, ma in maniera non significativa nell'ultimo biennio.
- Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è stata pari al 79%;
- Il confronto interregionale, calcolato sull'intero quadriennio 2007-10, presenta un evidente gradiente territoriale.

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Pool ASL omogeneo - PASSI 2007-2010



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

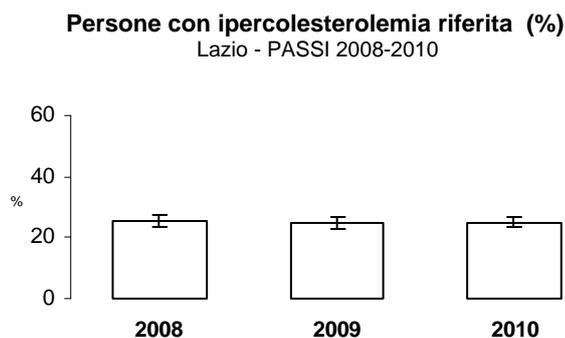
- Nel Lazio il 25% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone in eccesso ponderale
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica multivariata*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'ipercolesterolemia risulta essere significativamente associata con le classi di età più avanzate e con l'eccesso ponderale.

Ipercolesterolemia riferita*
Lazio - PASSI 2010 (n= 2693)

Caratteristiche	Ipercolesterolemia % (IC95%)	
	%	IC95%
Totale	24,9	23,3 -26,6
Classi di età		
18 - 34	10,1	7,2-13,0
35 - 49*	20,2	17,5-22,8
50 - 69*	37,7	34,7-40,6
Sesso		
uomini	25,3	22,8-27,8
donne	24,6	22,4-26,9
Istruzione		
nessuna/elementare	35,9	28,8-42,9
media	27,5	24,1-31,0
superiore	23,4	21,0-25,9
laurea	20,3	16,6-24,0
Difficoltà economiche		
molte	25,7	20,6-30,8
qualche	24,1	21,5-26,8
nessuna	25,5	23,0-28,0
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	19,6	17,6-21,7
sovrappeso/obeso	31,7	28,8-34,5

* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

- Nel Lazio, tra il 2008 ed il 2010, la prevalenza di persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche è rimasta sostanzialmente identica.
- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%.

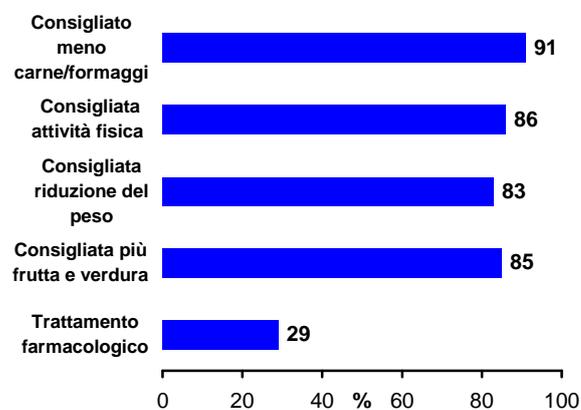


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nel Lazio il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (91%)
 - svolgere regolare attività fisica (86%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (83%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (85%)

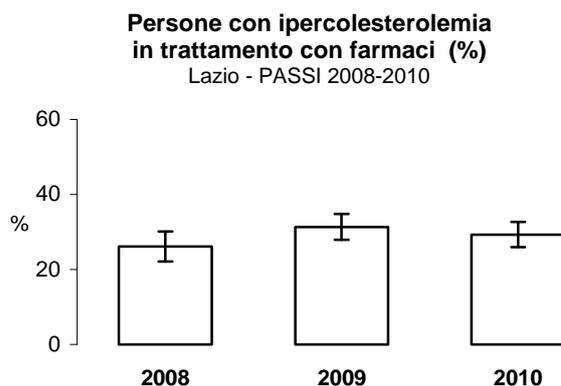
Trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia e consigli del medico*

LAZIO - PASSI 2010 (n=690)



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra il 2008 ed il 2010, nel Lazio, si osservano lievi differenze nella percentuale di ipercolesterolemici in trattamento farmacologico, ma non sono statisticamente significative.
- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 32%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nel Lazio, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia **valori elevati di colesterolemia**, fino a salire a oltre **una persona su tre sopra ai 50 anni**.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra i 40 anni) rappresenta un importante intervento di prevenzione individuale e di comunità: il 13% della popolazione con età fra i 35 e i 49 anni e il 6% dei 50-69enni non è mai stata sottoposto alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia poco meno del 30% ha riferito di effettuare una terapia farmacologica che, comunque, non può essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti. Infatti, in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Nel Lazio, l'80-90% delle persone con ipercolesterolemia ha ricevuto da un medico consigli sull'adozione di misure dietetiche e comportamentali, percentuale da ritenersi soddisfacente.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico 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.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

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

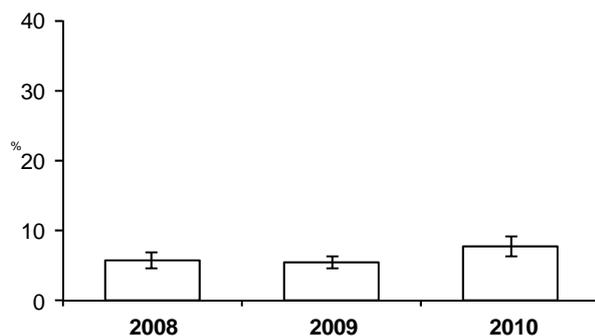
- Nel Lazio meno dell'8% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, pur se con valori comunque molto bassi:
 - nelle classi d'età più elevate
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica multivariata*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, ricevere una valutazione di punteggio di rischio cardiovascolare è significativamente associato con la classe d'età 50-69 anni e non con la presenza di fattori di rischio cardiovascolare.

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare Lazio - PASSI 2010 (n= 2241)			
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato		
	%	(IC95%)	
Totale	7,6	6,4-8,8	
Classi di età			
	35 - 39	2,2	0,6-3,8
	40 - 49	6,0	4,1-7,8
	50 - 59	10,0	7,4-12,6
	60 - 69	11,6	8,6-14,5
Sesso			
	uomini	8,1	6,4-9,9
	donne	7,1	5,6-8,7
Istruzione			
	bassa	9,0	7,0-11,0
	alta	6,7	5,2-8,1
Difficoltà economiche			
	sì	7,9	6,2-9,5
	no	7,0	5,4-8,7
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare^o			
	sì	8,4	7,0-9,9
	no	5,2	3,3-7,1

^o Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete.

- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto misurato il punteggio di rischio cardiovascolare è lievemente ma significativamente aumentata tra il 2009 e il 2010.
- Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone, senza malattie cardiovascolari, che hanno riferito che un medico ha calcolato il loro rischio cardiovascolare assoluto è poco meno dell'8%.

Persone di 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, cui è stato misurato il rischio cardiovascolare (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Persone di 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, cui è stato misurato il rischio cardiovascolare
Pool ASL omogeneo - PASSI 2007-2010



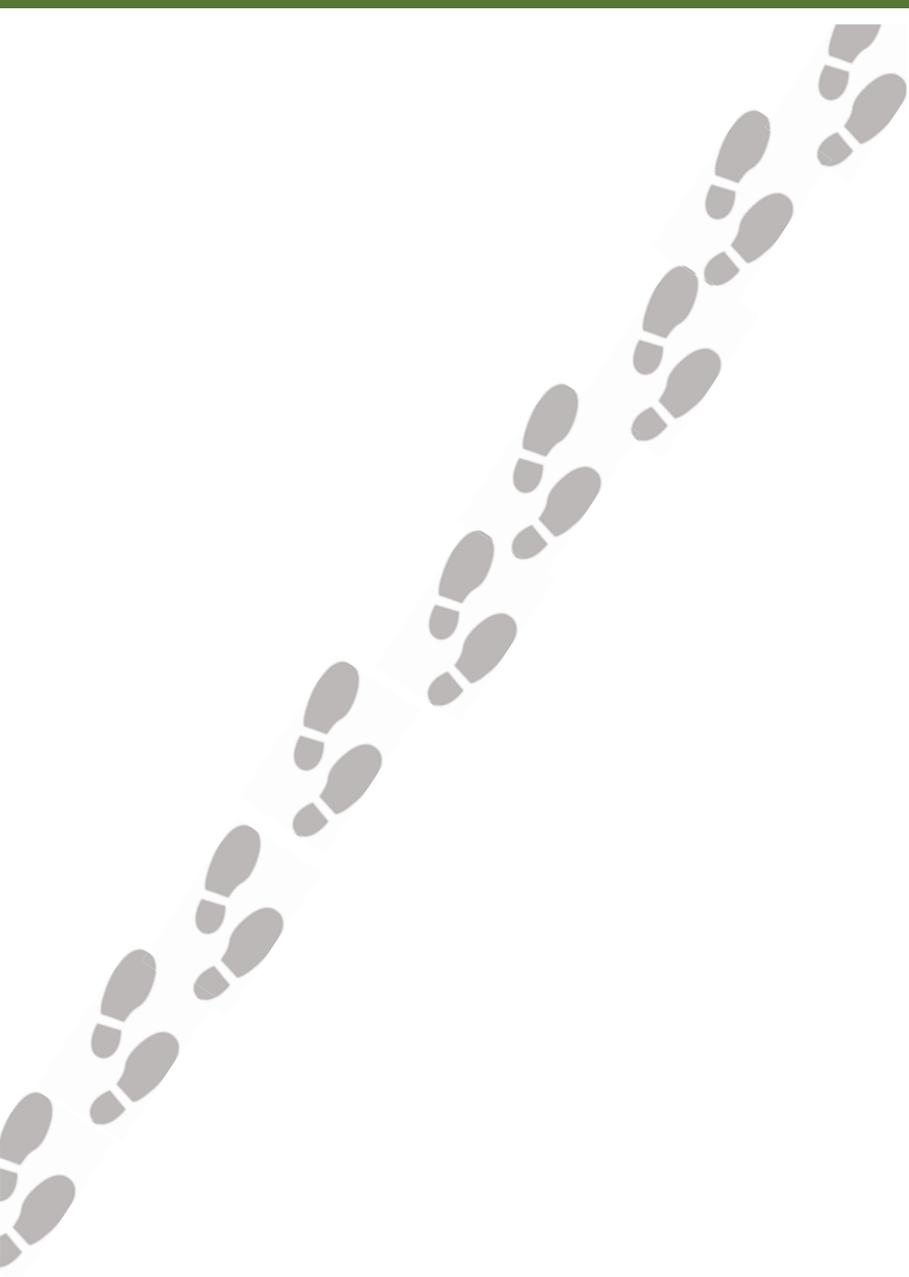
Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione che indica l'opportunità di affiancare ad un **approccio di popolazione**, come la promozione di stili di vita salutari, **appropriati interventi individuali**.

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio che necessitano di trattamento e consigli specifici.

Nel Lazio, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici. Il **Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo** in corso di avviamento sul territorio regionale **rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti**.

Programmi di prevenzione individuale



Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza delle forme invasive delle neoplasie del collo dell'utero e della mortalità da esse determinata.

Sebbene questo decremento riguardi anche l'Italia si stimano, tuttavia, circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi.

Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni e, la sua larga diffusione, ha permesso anche di rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati a questi tumori. Lo screening, gratuito ed offerto attivamente, favorisce l'equità di accesso a tutte le donne interessate.

Nel 2010 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 3.500.000 (63% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

Nella Regione Lazio il programma di screening è stato attivato nelle varie Aziende USL a partire dal 1999. I programmi hanno coinvolto nel triennio 2008-2010 oltre 1.100.000 donne.

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

- Nel Lazio, l'83% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni
 - con alto livello d'istruzione
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati si mantiene significativamente associata alla classe d'età 35-49 anni e all'alto livello d'istruzione. Scompare l'associazione con il non aver difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)

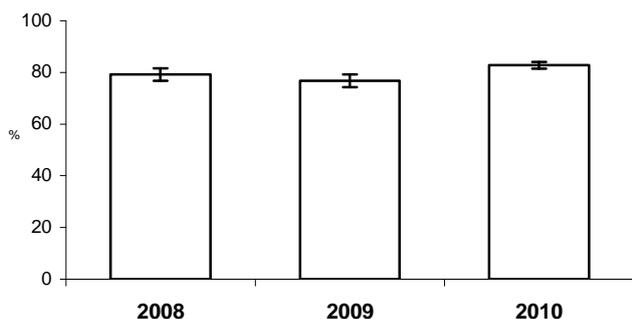
Lazio - PASSI 2010 (n=1354)

Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni ^o	
	%	IC95%
Totale	82,8	80,6-85,0
Classi di età		
25 - 34	79,7	74,4-84,9
35 - 49	87,7	84,8-90,6
50 - 64	78,6	74,8-82,5
Stato civile		
coniugata	85,0	82,4-87,6
non coniugata	78,4	74,4-82,4
Convivenza		
convivente	85,0	82,5-87,6
non convivente	77,9	73,7-82,1
Istruzione		
nessuna/elementare	65,6	55,4-75,8
media inferiore	76,3	71,6-81,1
media superiore	86,6	83,7-89,5
laurea	89,1	85,2-93,0
Difficoltà economiche		
molte	75,3	68,7-82,0
qualche	79,6	76,0-83,2
nessuna	88,6	85,8-91,3

^o in assenza di segni o sintomi

- Tra il 2008 ed il 2010, nel Lazio la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni si è mantenuta al di sopra del livello di copertura "accettabile", con un lieve ma significativo aumento nel 2010 rispetto al 2009.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel quadriennio 2007-10, il 76% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni.
- Il confronto interregionale, calcolato sull'intero quadriennio 2007-10, presenta un evidente gradiente territoriale.

Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Pool PASSI 2007-10



Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

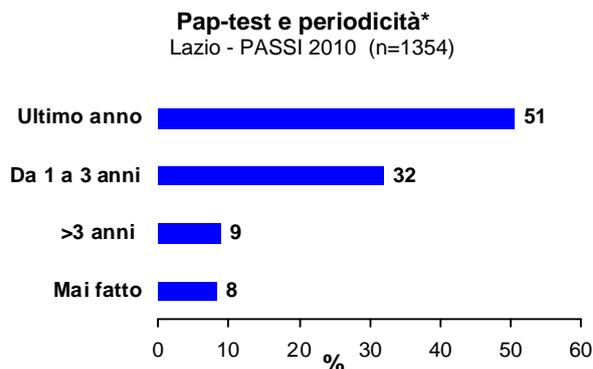
Sono state considerate interne al programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Tra le donne intervistate di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test secondo le linee guida (negli ultimi tre anni), il 29%* l'ha fatto all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 53% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

*Leggermente sovrastimato, perché esiste una piccola parte di donne che non ha pagato il ticket ma ha eseguito il pap-test al di fuori del programma di screening (esenzione prevista dalla legge finanziaria 2001 o per reddito)

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 51% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 32% da uno a tre anni
 - l' 9% da più di tre anni
- L' 8% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.



* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25-64 anni.

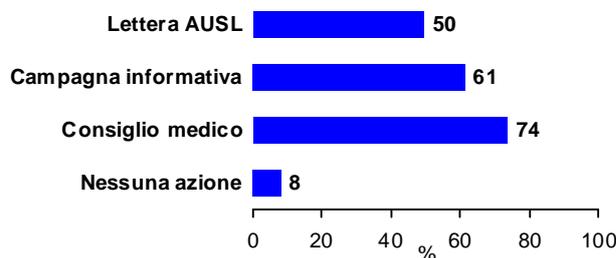
Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

Nel Lazio:

- Il 50% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL ;
- il 61% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test;
- il 74% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 68% ha visto una campagna informativa.

Promozione del Pap-test*

Lazio - PASSI 2010 (n=1339)

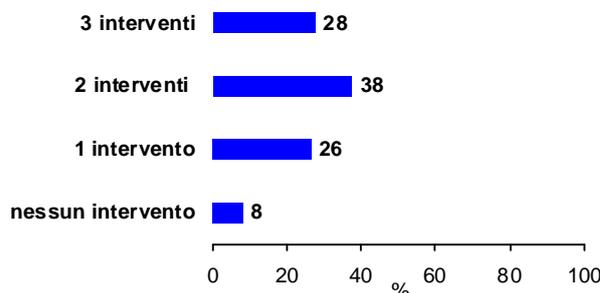


*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Nel Lazio il 28% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 38% da due interventi ed il 26% da un solo intervento; solo l' 8% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 31%, 35%, 24% e 10%.

Interventi di promozione dell'ultimo Pap-test che hanno raggiunto le donne di 25-64 anni

Lazio - PASSI 2010 (n=1339)

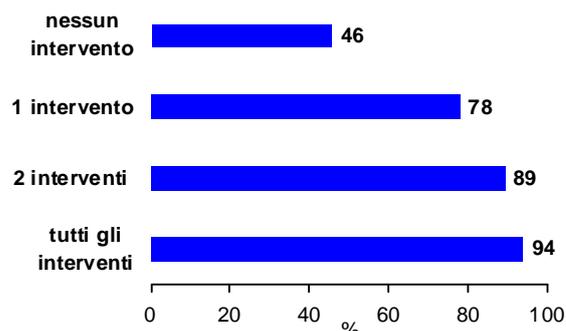


Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nel Lazio la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è solo del 46% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 94% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

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

Lazio - PASSI 2010



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

- Nel Lazio, il 17% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (8%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (9%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 22% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (5%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nel Lazio la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (83%) raggiunge e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati sia fuori da essi.

Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci per favorire l'adesione delle donne al test: tra quelle raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (uno su tre); **esiste** pertanto **una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato** (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie 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; nel 2011, sono stimati 45.000 nuovi casi e 12.000 decessi. Nel Lazio, nel 2010 sono stati stimati 4.400 nuovi casi, collocando la nostra regione al secondo posto in Italia per incidenza del tumore al seno (circa 156 casi per 100.000 donne residenti).

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%. Lo screening, gratuito ed offerto attivamente, favorisce l'equità di accesso a tutte le donne interessate.

Nella Regione Lazio il programma di screening si è attivato nelle varie AUSL a partire dal 1999, raggiungendo nel 2010 la totale estensione sul territorio. I programmi hanno coinvolto nel biennio 2009-2010 oltre 473.000 donne.

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

- Nel Lazio circa il 76% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è in linea con quella ritenuta "desiderabile" (75%).

- In particolare l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 50-59 anni
 - coniugate/conviventi
 - con maggiore livello di istruzione
 - senza rilevanti difficoltà economiche

Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni rimane significativamente associata con le donne senza rilevanti difficoltà economiche, quelle laureate e le coniugate/conviventi.

- Fra le 50-69enni l'età media della prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni.

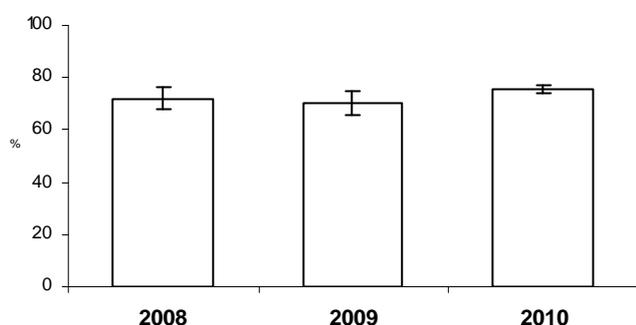
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)		
Lazio - PASSI 2010 (n=640)		
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni ^o	
	%	(IC95%)
Totale	75,8	72,2-79,4
Classi di età		
50-59	79,3	74,7-83,9
60-69	71,5	65,9-77,1
Stato civile		
coniugata	79,5	75,6-83,4
non coniugata	64,4	56,5-72,3
Convivenza		
convivente	79,4	75,4-83,4
non convivente	66,4	59,0-73,7
Istruzione		
nessuna/elementare	65,1	56,1-74,0
media inferiore	77,0	71,0-83,0
media superiore	76,8	70,8-82,8
laurea	88,8	81,3-96,3
Difficoltà economiche		
molte	58,2	48,1-68,4
qualche	76,8	71,6-82,0
nessuna	82,0	76,9-87,2

^o in assenza di segni o sintomi

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 75% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita. In questa fascia d'età, l'età media della prima mammografia è di 39 anni.

- Tra il 2008 ed il 2010, nel Lazio la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni si è mantenuta molto al di sopra del livello di copertura "accettabile" nel 2008 e nel 2009, arrivando a quello "desiderabile" nel 2010.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel quadriennio 2007-10, circa il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni, nel quadriennio 2007-10, ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni;
- Il confronto interregionale, calcolato sull'intero quadriennio 2007-10, presenta un evidente gradiente territoriale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni (%)
Pool PASSI 2007-10



Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

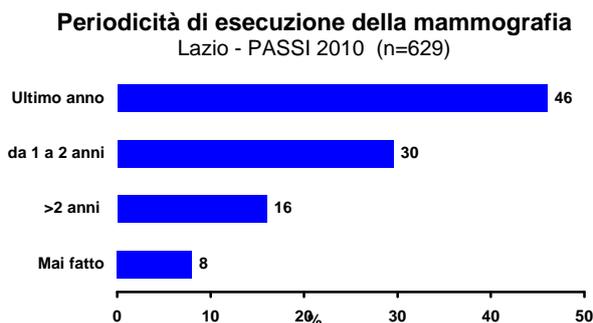
Sono state considerate interne al programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 47%* ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 28% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

*Leggermente sovrastimato, perché esiste una piccola parte di donne che non ha pagato il ticket ma ha eseguito la mammografia al di fuori del programma di screening (esenzione prevista dalla legge finanziaria 2001 o per reddito)

Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia* ?

- Rispetto all'ultima mammografia effettuata:
 - il 46% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 30% da uno a due anni
 - il 16% da più di due anni
- L'8% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.



* La campagna di screening prevede la mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

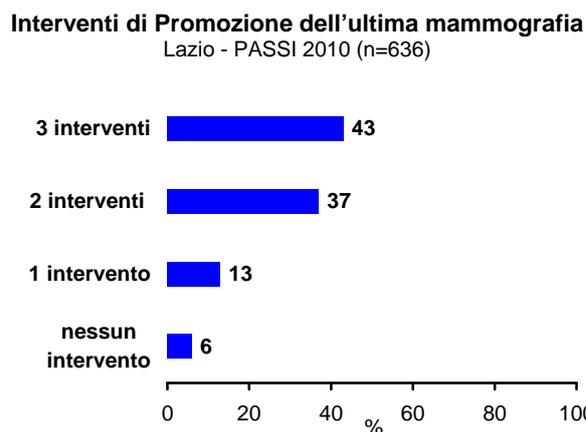
Nel Lazio:

- il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL;
- il 71% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
- il 76% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.



Nel Lazio:

- il 43% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa);
- il 37% da due interventi;
- il 13% da uno solo;
- il 6% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

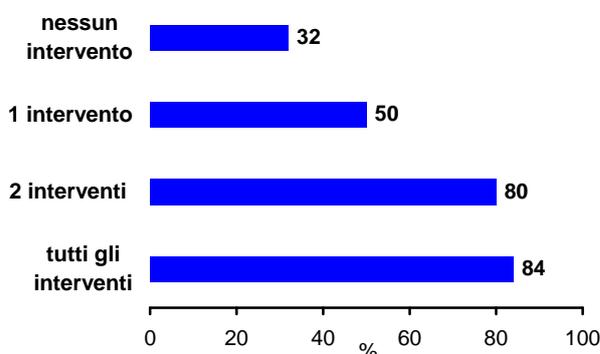


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 66% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.

Quale efficacia degli interventi di promozione della mammografia?

- Nel Lazio la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è del 32% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; tale percentuale sale al 84% tra le donne che sono state raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

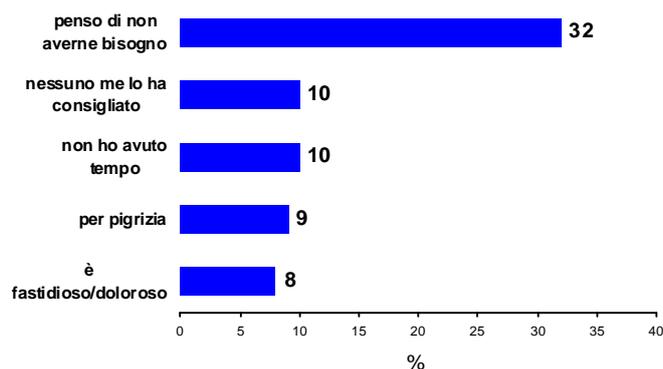
Interventi di promozione e effettuazione della mammografia negli ultimi 2 anni
Lazio - PASSI 2010



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nel Lazio il 24% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la mammografia (8%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (16%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 32% ritiene infatti di non averne bisogno.

Principali motivazioni della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida - Lazio - PASSI 2010 (n=142)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (24%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nel Lazio la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della mammografia negli ultimi due anni (76%), comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno che all'esterno dei programmi di screening organizzati, raggiunge i valori consigliati.

Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono gli strumenti più efficaci per favorire l'adesione delle donne al test: tra quelle raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito la mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso.

L'età media della prima mammografia rilevata è di 44 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile. Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nel Lazio i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto risultavano avviati, al 31.12.2010, in 6 Asl su 12. Il programma di screening regionale prevede, in accordo con le indicazioni nazionali, la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni e per coloro che hanno un test di screening positivo, l'effettuazione della colonscopia come esame di approfondimento diagnostico.

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

- Nel Lazio il 24% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni oppure colonscopia ogni cinque anni).
- Il 15% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone senza difficoltà economiche e laureate.
- Il 15% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni e fra i laureati.
- Circa il 6% ha eseguito a scopo preventivo sia la ricerca di sangue occulto sia una colonscopia nei tempi previsti dalle LL.GG..

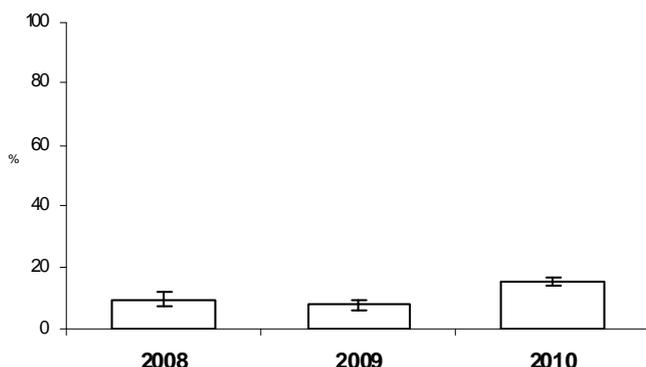
Diagnosi precoce delle neoplasie del Colon-retto secondo le Linee Guida (50-69 anni)				
Lazio - PASSI 2010 (n=1204)				
Caratteristiche	Sangue occulto fecale° % (IC95%)		Colonscopia° % (IC95%)	
Totale	15,1	13,0-17,3	14,6	12,5-16,6
Classi di età				
50 - 59	13,8	11,0-16,7	12,1	9,5-14,7
60 - 69	16,5	13,3-19,7	17,2	13,9-20,4
Sesso				
uomini	15,2	12,1-18,2	15,5	12,5-18,6
donne	15,1	12,1-18,1	13,7	10,9-16,5
Istruzione				
nessuna/elementare	11,1	6,4-15,9	12,0	7,4-16,6
media inferiore	16,4	12,4-20,3	14,2	10,6-17,7
media superiore	13,9	10,5-17,2	14,1	10,7-17,5
laurea	20,6	13,9-27,3	20,2	13,8-26,7
Difficoltà economiche				
molte	9,6	4,7-14,4	11,2	6,0-16,3
qualche	12,7	9,7-15,7	14,2	11,1-17,4
nessuna	19,3	15,7-23,0	16,1	12,9-19,3

° in assenza di segni o sintomi

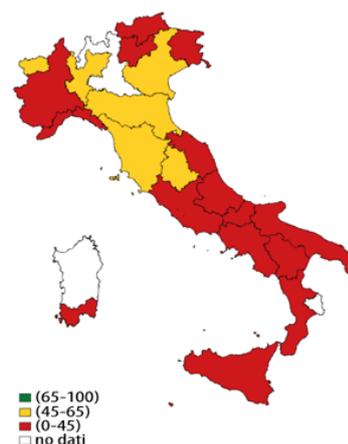
Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'aver eseguito la ricerca del sangue occulto si mantiene significativamente associata solo con l'essere senza difficoltà economiche; l'effettuazione della colonscopia rimane significativamente associata con il livello d'istruzione massimo e la fascia d'età 60-69 anni.

- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono di aver effettuato a scopo preventivo una ricerca di sangue occulto nei precedenti 2 anni è lievemente ma significativamente aumentata nel 2010 rispetto sia al 2008 sia al 2009.
- Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 29% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 12% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito una ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



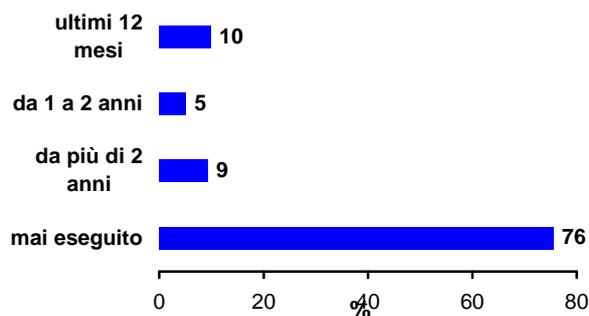
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito una ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
Pool Asl - Passi 2010



Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

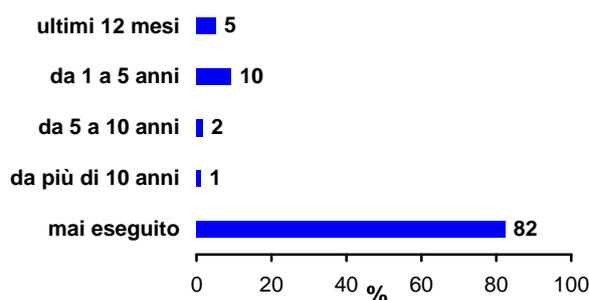
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 10% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 5% da uno a due anni
 - il 9% da più di 2 anni
- Il 76% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Sangue occulto e periodicità
Lazio - PASSI 2010 (n=1204)



- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 10% da uno a cinque anni
 - il 2% da cinque a dieci anni
 - l'1% da più di dieci anni.
- L'82% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Colonscopia e periodicità
Lazio - PASSI 2010 (n=1204)

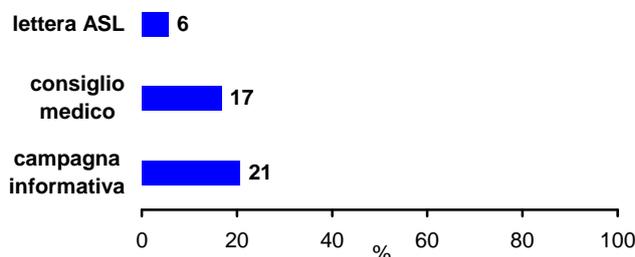


Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

Nel Lazio:

- il 6% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 21% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 17% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

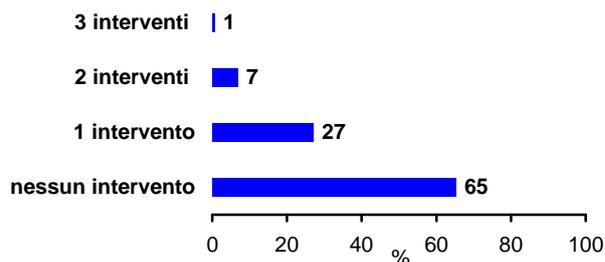
Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci
Lazio - PASSI 2010



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 33% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 35% ha visto una campagna informativa.

- Solo l'1% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 7% da due interventi di promozione ed il 27% da un solo intervento; il 65% non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 9%, 19%, 24% e 48%.

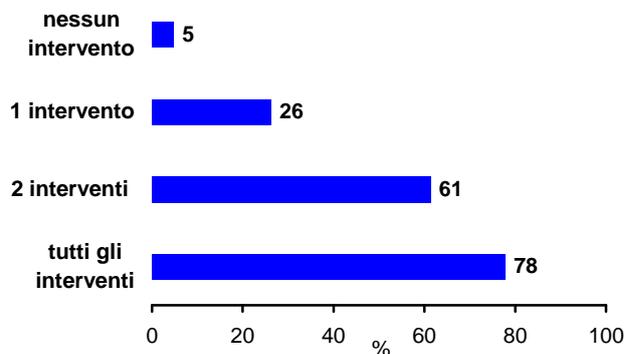
Interventi di promozione dell'ultima ricerca di sangue occulto nelle feci
Lazio - PASSI 2010 (n=1204)



Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

- Nel Lazio la percentuale di persone di 50-69 anni che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 5% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 78% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

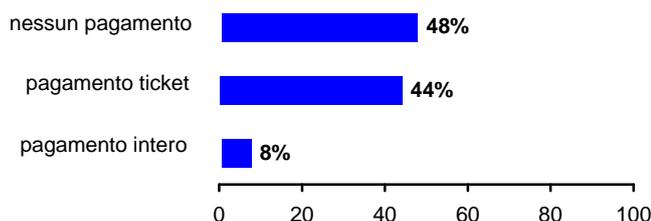
Interventi di promozione ed effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci entro i tempi raccomandati
Lazio - PASSI 2010 (n=1204)



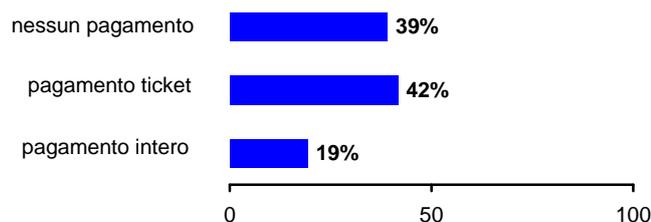
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nel Lazio il 48% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 44% ha pagato solamente il ticket e l'8% l'intero costo dell'esame.
- Il 39% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 42% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 19% l'intero costo dell'esame.

Costi ricerca del sangue occulto Lazio - PASSI 2010 (n=175)



Costi della colonscopia Lazio - PASSI 2010 (n=188)

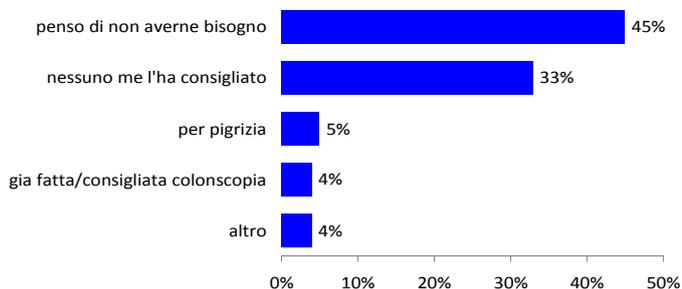


Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo?

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (45%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (33%). Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

Principali motivazioni della non effettuazione della ricerca di sangue occulto nelle feci*

Lazio - PASSI 2010 (n=882)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

Nel Lazio l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata molto recentemente e progressivamente; nel 2010 avevano avviato lo screening 6 Asl su 12. Ovviamente **il programma di screening nella regione si può complessivamente definire allo stadio iniziale** e quindi suscettibile di grandi miglioramenti: tuttavia il recente avvio consente, con i dati a disposizione, di evidenziare il raggiungimento di un **livello di copertura del test per la ricerca del sangue occulto** nella popolazione target che, pur modesto (15%), **è nel 2010 significativamente superiore al biennio precedente.**

Complessivamente 1 persona su 4, fra i 50 ed i 69 anni, ha effettuato un test di diagnosi precoce per i tumori del colon-retto, tramite la ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni oppure una colonscopia negli ultimi 5 anni.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socioeconomici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche. Conseguenze che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche in termini di mortalità, ospedalizzazioni, perdita di produttività e altri costi sociali.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio, in particolare: persone di 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti (per esempio, operatori sanitari) e persone con oltre 64 anni.

L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio Sanitario Nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno i tre quarti della popolazione target.

Tuttavia, mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni (per la presenza di dati affidabili sul numero di persone residenti in questa fascia di età), non esistono invece dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà a stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione e che quindi dovrebbero vaccinarsi. Al momento, Passi è l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche.

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

- L'11% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2009-2010.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 23%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
 - al crescere dell'età
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con almeno una patologia cronica.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **rimangono significative solo le associazioni con l'età e le persone con almeno una patologia cronica.**

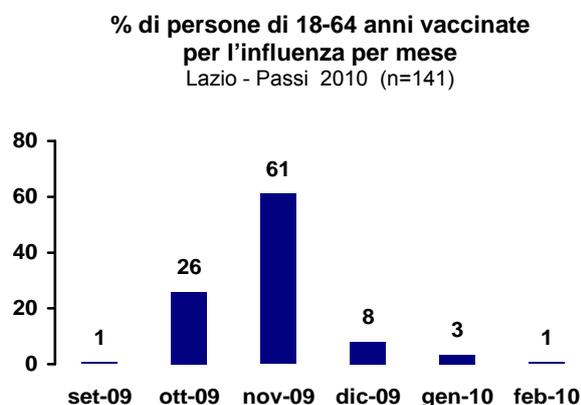
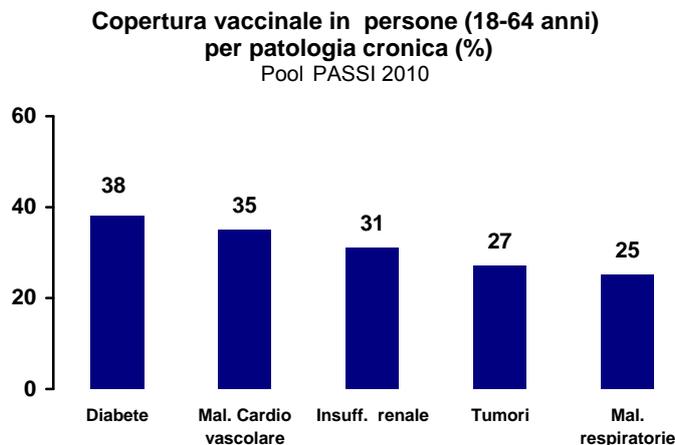
Vaccinazione antinfluenzale* (18-64 anni)		
Lazio - PASSI 2010 (n=1358)		
Caratteristiche	Vaccinati	
	%	(IC95%)
Totale	11,1	9,3-12,8
Classi di età		
18-34	6,0	3,7 - 8,3
35-49	10,3	7,6 - 13,0
50-64	17,9	13,9-22,0
Sesso		
uomini	12,2	9,6-14,2
donne	10,0	7,7-12,3
Istruzione		
bassa	13,6	10,2-17,1
alta	9,8	7,9-11,8
Difficoltà economiche		
sì	11,8	9,3-14,3
no	10,0	7,6-12,5
Patologie severe°		
almeno una	23,2	17,3-29,2
assente	8,6	6,9-10,2

* tra il 1° ottobre 2009 e il 31 marzo 2010

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

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del 30%.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra le persone affette da tumori (25%), da patologie respiratorie croniche (29%) e da insufficienza renale (29%);
 - poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (38%).
- Nel Lazio la maggior parte (61%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni nel Lazio hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone di età ≥ 65 anni. Infatti, i dati del sistema informativo della campagna di vaccinazione antinfluenzale mostrano che anche nella stagione influenzale 2009/10, come già da diverse stagioni, la maggioranza delle ASL ha raggiunto in questa fascia di età una copertura compresa tra il 65% ed il 75%. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come **nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente** rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che **solo una persona su quattro** si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna nell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Il Piano Strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita.

La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età, utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR.

Tuttavia, i dati routinari di copertura vaccinale rilevati dal ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%. Il Piano prevedeva inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

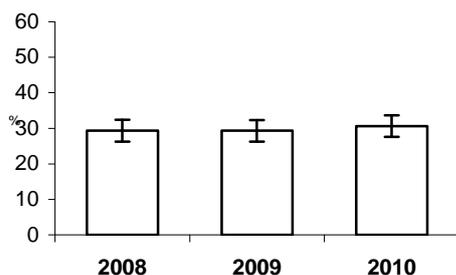
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nel Lazio il 30% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (49%).

Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **si mantiene significativa l'associazione fra le donne vaccinate contro la rosolia e la fascia d'età più giovane.**

- Nel Lazio, la prevalenza di donne che riferiscono di essersi vaccinate contro la rosolia è sostanzialmente identica nel triennio 2008-2010.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia (%)
Lazio - PASSI 2008-2010

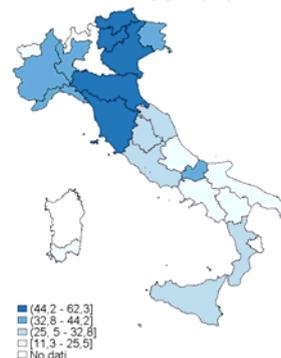


Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)
Lazio - PASSI 2010 (n=1023)

Caratteristiche	Vaccinate	
	%	(IC95%)
Totale	30,6	27,6-33,6
Classi di età		
18-24	48,8	39,9-57,6
25-34	32,4	26,9-38,0
35-49	24,6	20,9-28,3
Istruzione		
bassa	30,1	24,2-36,0
alta	30,8	27,2-34,3
Difficoltà economiche		
molte	26,2	18,0-34,5
alcune	30,0	25,5-34,6
nessuna	32,5	27,9-37,1

- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 36%.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Pool PASSI 2010



Qual è lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia?

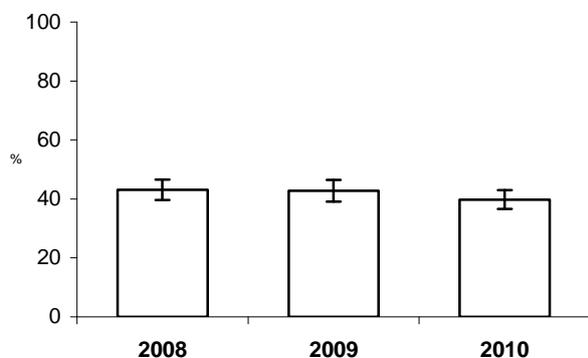
- Nel Lazio il 60% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (30%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (30%).
- Il 3% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 37% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.
- Tra le 419 donne di 18-49 anni che vivono con un bambino di età inferiore ai 14 anni (proxi di figlio), quelle immuni sono il 74%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (% donne 18-49 anni) - Lazio - PASSI 2010 (n=1054)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Immuni	60,2	57,0-63,4
Vaccinate	30,6	27,6-33,6
Non vaccinate con rubeotest positivo	29,6	26,7-32,6
Suscettibili oppure stato sconosciuto	39,8	36,6-43,0
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,4	2,2-4,6
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2,7	1,6-3,7
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	33,7	30,6-36,8

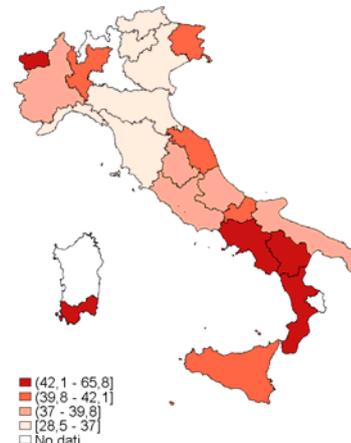
Nel Lazio, la prevalenza di donne che risulta essere non certamente immune alla rosolia è lievemente, ma non significativamente, più bassa nel 2010 (40%) rispetto al biennio 2008-2009 (43%).

Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne non certamente immune alla rosolia è pari al 40%.

Donne 18-49 anni non immuni con certezza alla rosolia (%) - Lazio - PASSI 2008-2010



Donne 18-49 anni non immuni con certezza alla rosolia - Pool PASSI 2010

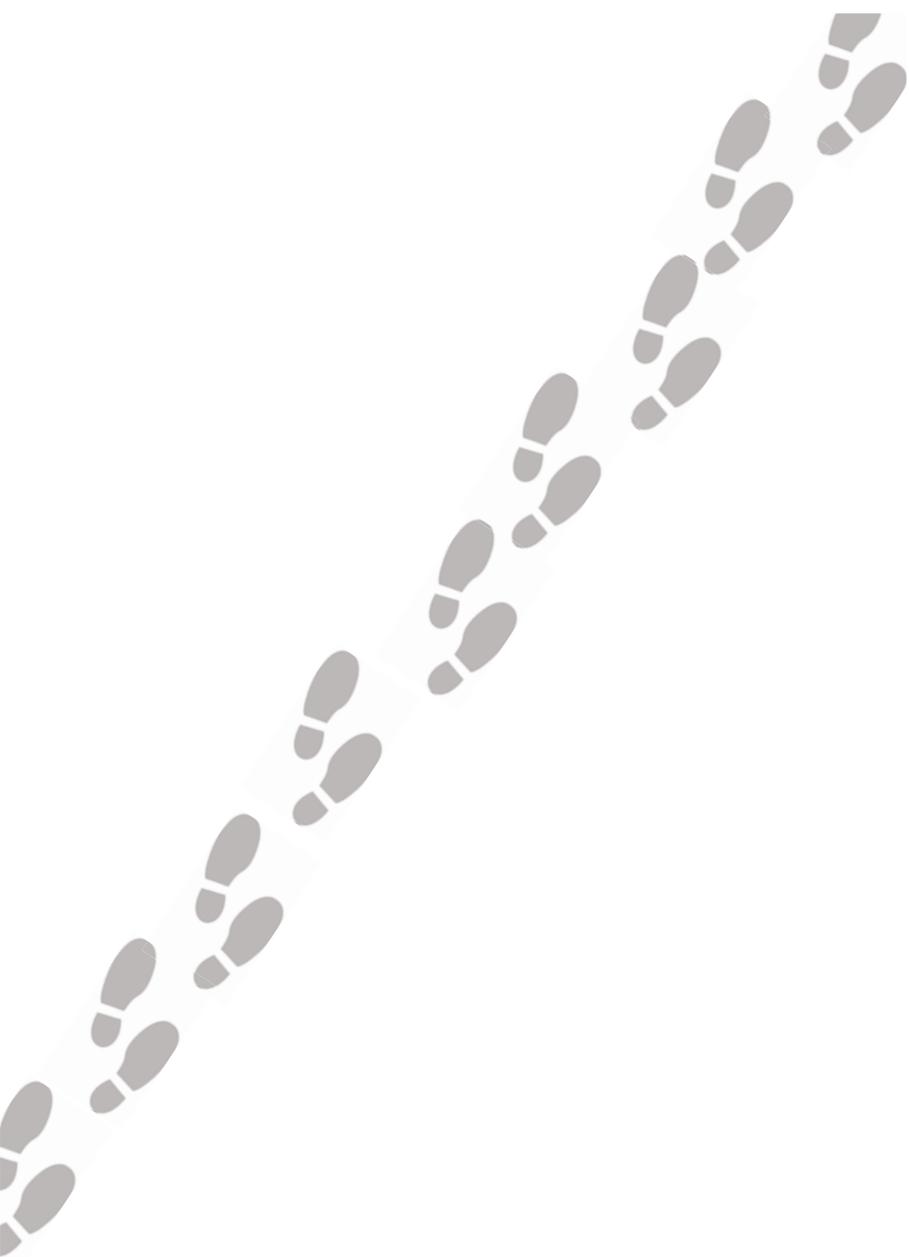


Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che il 3-4% delle donne in età fertile sia sicuramente suscettibile alla rosolia, ma è verosimile che un'altra quota di donne suscettibili sia presente in quel 30% di donne non vaccinate che non hanno effettuato il rubeotest e per le quali lo stato immunitario è quindi sconosciuto; **è pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).**

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

Sicurezza stradale e domestica



Uso dei dispositivi di sicurezza

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni. Nel 2010 l'ISTAT ha registrato in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. La categoria di veicolo più coinvolta in incidente stradale è costituita dalle autovetture (67,8%); seguono i motocicli (13,2%), i ciclomotori (5,6%) e le biciclette (3,9%).

Nel Lazio si sono verificati, nell'anno 2010, 27.810 incidenti con lesioni a persone che hanno causato il decesso di 450 persone ed il ferimento di 38.932.

L'Unione Europea nel 2001 si poneva l'obiettivo di ridurre la mortalità da incidenti stradali del 50% entro il 2010. L'Italia ha registrato nel 2010 una riduzione del numero dei morti per incidente stradale da 7096 del 2001, a 4090 nel 2010: un risparmio del 42% in vite umane.

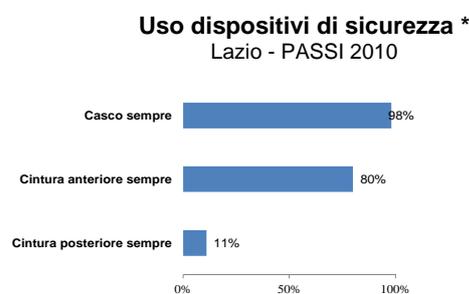
Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità, per prevenirli esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture, le condizioni del traffico e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

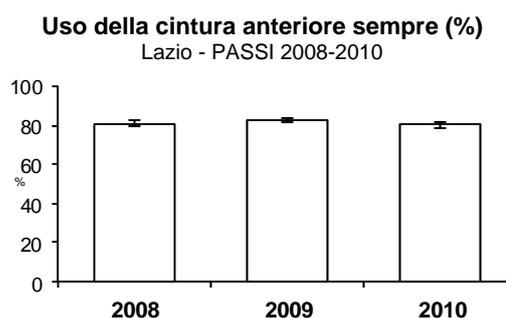
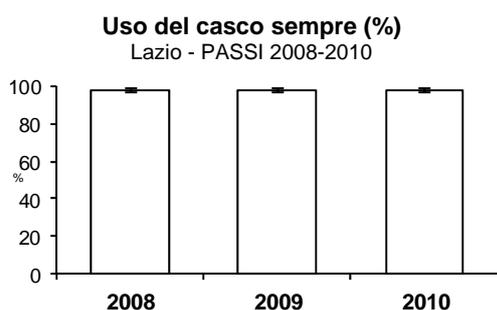
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel 2010, nel Lazio la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (80%) e il casco (98%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo l'11% degli intervistati, infatti, la usa sempre.
- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi d'età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni); non sono emerse differenze statisticamente significative per sesso, livello d'istruzione e difficoltà economiche riferite.

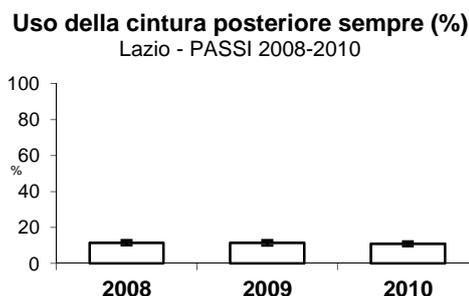


* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

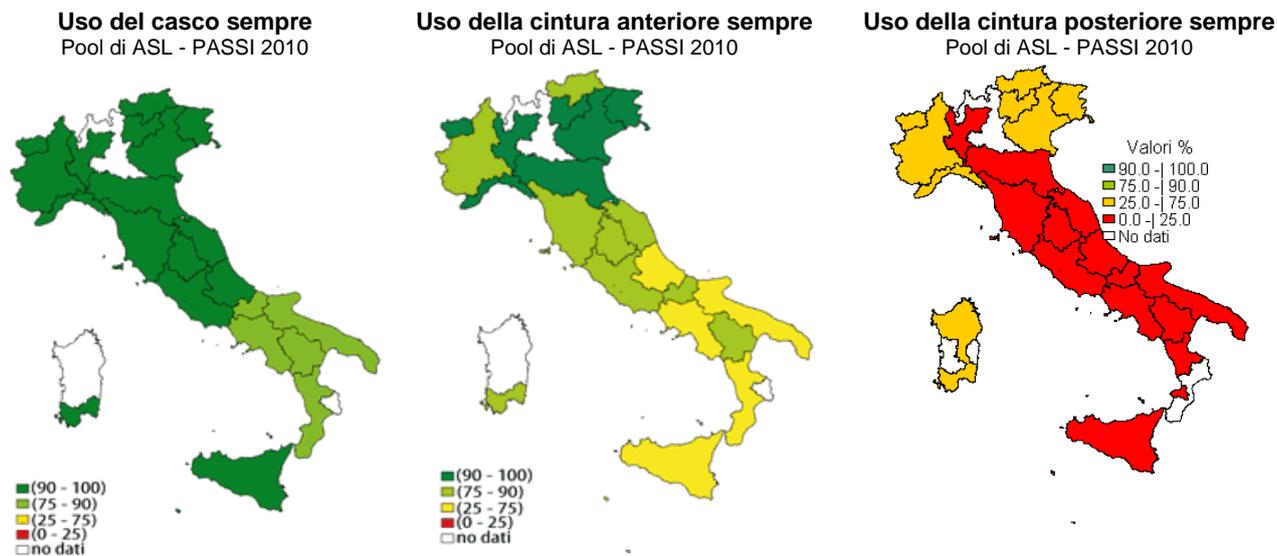
Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono di utilizzare il casco e la cintura anteriore sempre è molto alta e sostanzialmente stabile negli anni.



L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso e rimane stabile negli anni.



Fra le Asl partecipanti al PASSI a livello nazionale, nel 2010, si conferma un gradiente territoriale (Nord-Sud) statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza.

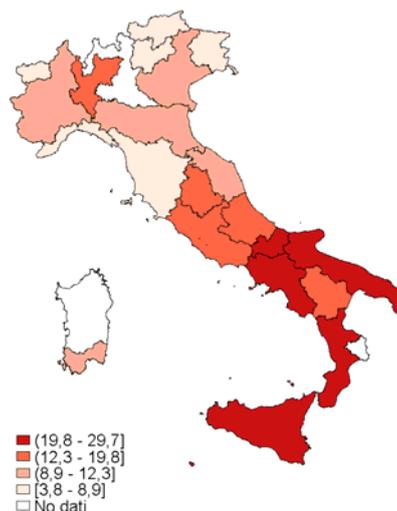


Utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei minori

Nel Lazio, nel 2010 tra gli intervistati (n. 774) che vivono insieme ad un bambino di età inferiore a 14 anni, il 14% ha riferito di non utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini; per tale indicatore l'effetto della "desiderabilità sociale" potrebbe indurre i genitori a riferire un uso maggiore dei dispositivi di sicurezza rispetto alla realtà.

- Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che non usa i dispositivi di sicurezza per bambini è del 16%.
- Esiste una grande variabilità tra le diverse regioni: si passa dal 4% del Friuli-Venezia Giulia al 30% della Puglia e della Sicilia.

Mancato utilizzo sempre dei dispositivi di sicurezza per bambini (%)
Pool di ASL - PASSI 2010



Nel Lazio, nel 2010 più della metà degli intervistati (60%) ha riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza in auto per bambini . Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che riferisce di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi è del 57%.

Conclusioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza individuali è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali.

Non indossare la cintura comporta l'aumento del rischio di morire in caso di incidente, non solo per chi guida, ma anche per i passeggeri. La maggior parte degli intervistati nella regione Lazio fa uso della cintura anteriore e del casco, ma solo una persona su dieci utilizza la cintura sui sedili posteriori.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nel ridurre la gravità degli incidenti stradali. Inoltre, sono importanti i programmi di supporto strutturali e ambientali, a cui è necessario affiancare interventi di controllo da parte delle Forze dell'Ordine e campagne educative e informative.

Alcol e guida

Nella maggior parte dei paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa il 20 % dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale si riscontra un eccesso di alcol nel sangue superiore al limite legale. In Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, tale limite è pari a 0,5 grammi per litro, mentre l'assunzione di alcol è totalmente interdetta nei neopatentati, conducenti professionali e guidatori di veicoli utilizzabili con patente di categoria C, D ed E.

Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nel periodo di riferimento, sia come conducenti sia come persone trasportate.

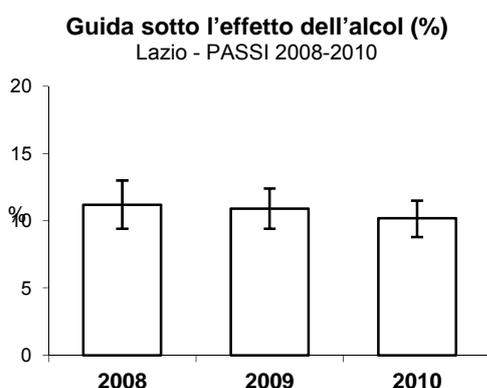
Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Un intervistato su dieci ha dichiarato di aver guidato, nell'ultimo mese, dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente*.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **si conferma significativa l'associazione tra guida in stato di ebbrezza e sesso.**

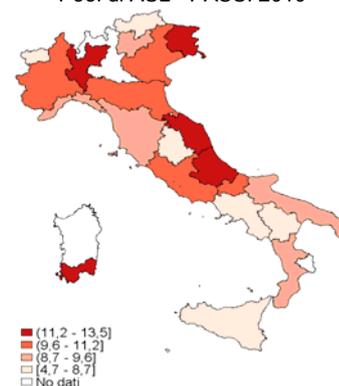
Guida sotto l'effetto dell'alcol*		
Lazio - PASSI 2010 (n=1565)		
Caratteristiche	Guida sotto effetto alcol (IC95%)	
	%	
Totale	10,2	8,5-11,9
Classi di età		
18 - 24	9,4	4,3-14,6
25 - 34	12,6	8,1-17,1
35 - 49	10,2	7,3-13,1
50 - 69	9,0	6,5-11,5
Sesso		
Uomini	13,8	11,3-16,3
Donne	3,9	2,1-5,6
Istruzione		
nessuna/elementare	6,2	0,7-11,9
media inferiore	13,6	9,6-17,6
media superiore	9,0	6,6-11,4
Laurea	9,7	6,2-13,3
Difficoltà economiche		
molte	11,3	5,6-17,0
qualche	10,5	7,6-13,4
nessuna	9,7	7,4-12,0

*aver guidato negli ultimi 30 giorni entro un'ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che, negli ultimi 30 giorni, dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica e aver guidato

- Nel Lazio, la prevalenza di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è lievemente diminuita nel 2010 rispetto al biennio 2008-2009, ma in maniera non significativa.
- A livello nazionale nel 2010, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali più alte al Nord e al Centro.



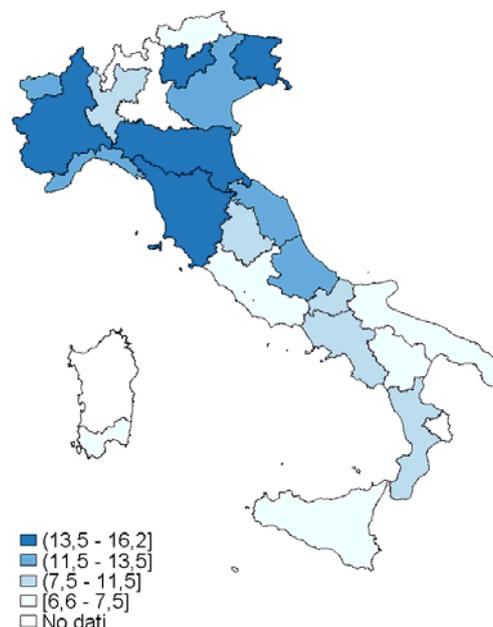
Guida sotto l'effetto dell'alcol
Pool di ASL - PASSI 2010



I controlli delle Forze dell'Ordine: ricorso all'etilotest

- Nel 2010, nel Lazio il 33% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di due volte negli ultimi 12 mesi.
- Il 7% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 14% dei 18-24enni al 2% dei 50-69enni.
- Nel 2010, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 34% e, tra chi è stato fermato, l'11% riferisce che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest.

Etilotest effettuato al guidatore
Pool di ASL - PASSI 2010



Conclusioni

Una minoranza (il 10% dei guidatori non astemi), piccola ma **consistente, mette ancora a rischio la vita propria e quella degli altri, guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.**

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma **risultano ancora poco diffusi**: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

- Nel Lazio la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 94% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
 - gli uomini
 - le persone senza difficoltà economiche
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare ed il livello d'istruzione non sembrano invece influenzare la percezione del rischio.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma che la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente al sesso maschile ed all'assenza di difficoltà economiche.

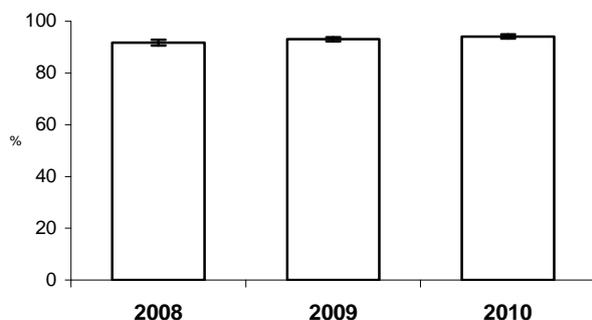
Caratteristiche	Rischio d'infortunio domestico percepito assente o basso Lazio - PASSI 2010 (n=3234)	
	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico°	
	%	(IC95%)
Totale	94,1	93,3-95,0
Età		
18 - 34	94,0	92,5-95,5
35 - 49	94,3	93,0-95,7
50 - 69	94,1	92,7-95,4
Sesso		
uomini	96,6	95,6-97,5
donne	91,8	90,5-93,2
Istruzione		
nessuna/elementare	94,6	91,8-97,5
media inferiore	93,9	92,3-95,4
media superiore	95,0	93,9-96,1
laurea	92,0	89,7-94,4
Difficoltà economiche		
molte	91,0	88,1-93,8
qualche	94,4	93,2-95,6
nessuna	94,8	93,7-96,0
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°°		
si	93,5	92,0-95,0
no	94,5	93,5-95,5

° possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

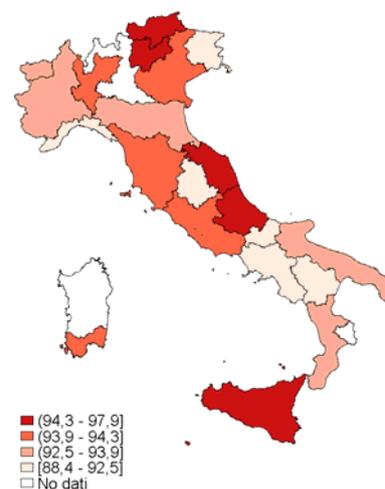
°° presenza di anziani e/o bambini

- Nel Lazio la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è rimasta sostanzialmente invariata nell'ultimo biennio analizzato.
- Nel pool di Asl PASSI 2010 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 94%.

Persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico (%)
Lazio - PASSI 2008-2010



% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Pool PASSI 2010



Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale sono dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

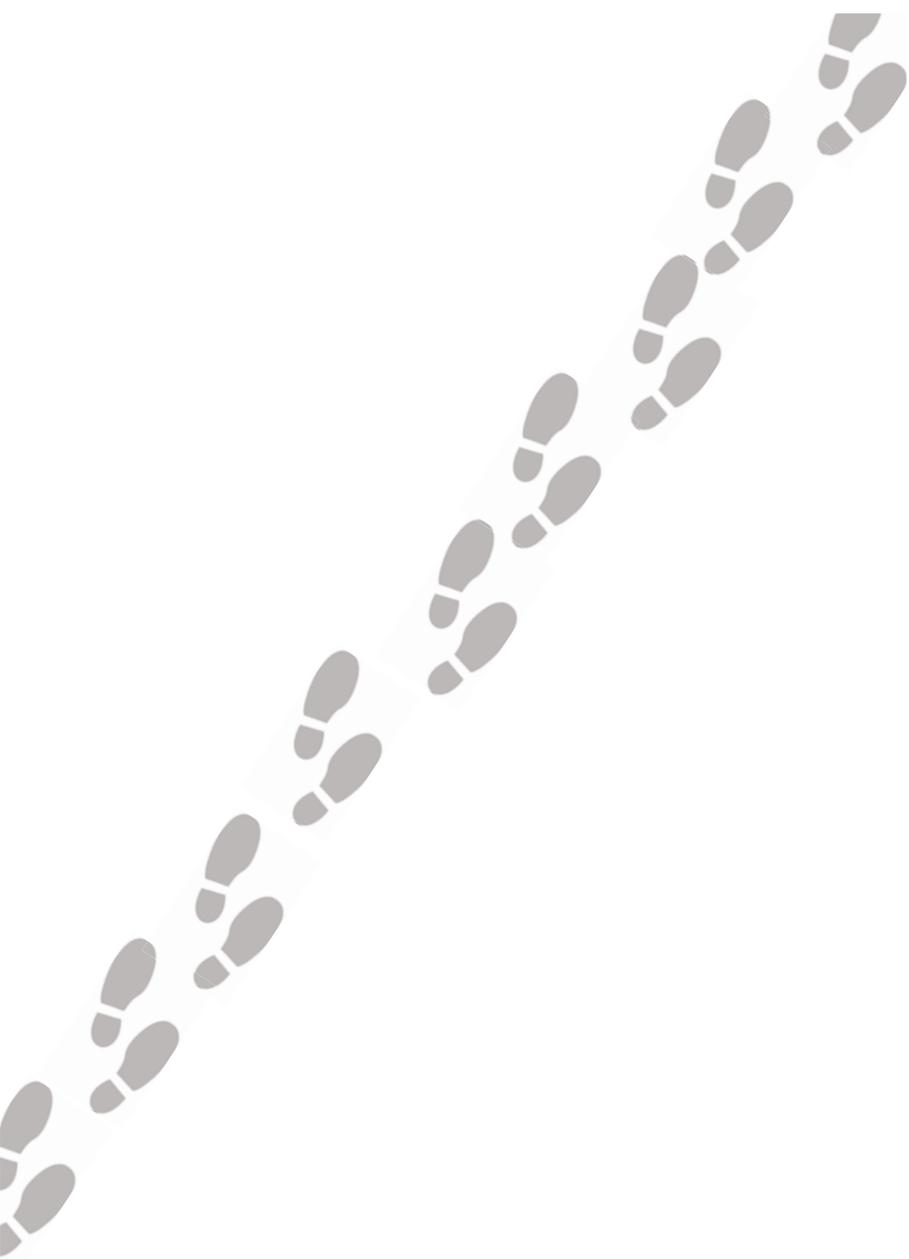
- Nei 12 mesi precedenti all'intervista, quasi il 3,5% degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione.
- Nel pool di Asl PASSI 2010 questa percentuale corrisponde al 3,7%.

Conclusioni e raccomandazioni

Le persone intervistate hanno **una bassa consapevolezza del rischio infortunistico** in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema nazionale linee guida (Snlg), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre nel **Piano Regionale della Prevenzione 2010-12 sono previsti degli interventi di prevenzione degli incidenti domestici** che hanno come target sia i bambini di età inferiore a 4 anni sia gli anziani.

Benessere



Percezione dello stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo 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 auto-riferito, 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 ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nel Lazio, il 67% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 28% ha riferito di sentirsi discretamente e il 5% 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 severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **si mantiene significativa l'associazione fra la percezione positiva della propria salute e tutti i suddetti gruppi di popolazione.**

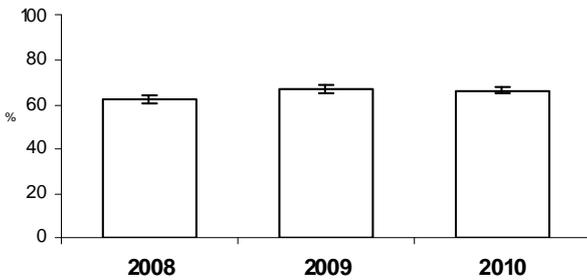
Stato di salute percepito positivamente [°] Lazio - PASSI 2010 (n=3273)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	66,5	64,9-68,2
Età		
18 - 34	83,4	80,8-86,0
35 - 49	72,3	69,6-75,0
50 - 69	46,7	43,7-49,6
Sesso		
uomini	71,0	68,8-73,3
donne	62,3	60,0-64,6
Istruzione		
nessuna/elementare	36,0	29,5-42,6
media inferiore	59,7	56,4-63,0
media superiore	72,7	70,3-75,0
laurea	74,6	70,8-78,3
Difficoltà economiche		
molte	56,1	49,0-59,2
qualcuna	61,3	58,6-64,0
nessuna	75,2	72,9-77,5
Patologie severe^{°°}		
almeno una	36,4	32,5-40,4
assente	74,0	72,3-75,7

[°] persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

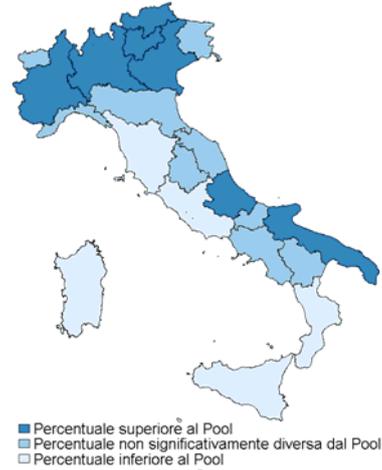
^{°°} almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Nel Lazio, la percentuale d'intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è rimasta invariata nell'ultimo biennio, essendo però, lievemente aumentata rispetto al 2008.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, il 68% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.
- Nel quadriennio 2007-2010, la percentuale degli intervistati che si percepisce in buona salute varia nelle diverse regioni.

% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Lazio - PASSI 2008-2010



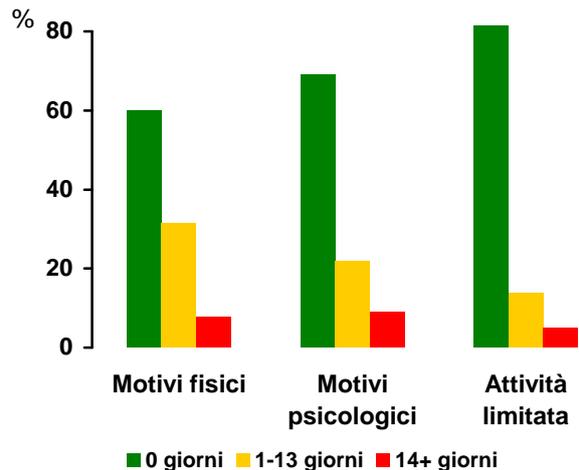
% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Pool PASSI 2007-10



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

- Nel Lazio maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (61% in buona salute fisica, 69% in buona salute psicologica e 82% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8%), per motivi psicologici (9%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Lazio - PASSI 2010



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
Lazio - PASSI 2010

Caratteristiche	N° gg/mese (IC95%) per					
	Motivi fisici	Motivi psicologici		Attività limitata		
Totale	3,0	2,8-3,2	3,1	2,8-3,4	1,5	1,3-1,6
Classi di età						
18 - 34	2,2	1,8-2,5	2,6	2,1-3,0	0,9	0,6-1,1
35 - 49	2,6	2,3-3,0	2,8	2,4-3,2	1,2	0,9-1,5
50 - 69	4,1	3,7-4,6	3,9	3,4-4,3	2,2	1,8-2,6
Sesso						
uomini	2,4	2,1-2,7	2,0	1,7-2,3	1,3	1,0-1,5
donne	3,6	3,3-4,0	4,1	3,7-4,5	1,6	1,4-1,9
Istruzione						
nessuna/elementare	5,6	4,5-6,8	4,9	3,7-6,0	3,8	2,8-4,8
media inferiore	3,7	3,2-4,2	3,6	3,1-4,2	1,8	1,4-2,2
media superiore	2,3	2,0-2,6	2,5	2,2-2,8	1,0	0,8-1,2
laurea	2,5	2,0-3,0	3,0	2,4-3,6	1,1	0,7-1,4
Difficoltà economiche						
molte	5,5	4,6-6,4	6,3	5,2-7,4	3,9	3,0-4,7
qualche	3,1	2,7-3,5	3,2	2,8-3,6	1,5	1,2-1,7
nessuna	2,2	1,9-2,5	2,0	1,7-2,3	0,7	0,6-0,9
Patologie severe^o						
almeno una	6,2	5,4-7,0	5,7	4,9-6,4	3,6	3,0-4,2
assente	2,2	2,0-2,4	2,5	2,2-2,7	0,9	0,8-1,1

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

- In media sono 3 i giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono risultate limitate in media per 2 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie severe.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

Conclusioni e raccomandazioni

Due terzi delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute.

Viene confermata una **maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.**

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti **il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e servizi sanitari.**

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) alle quali forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona esprime il proprio potenziale, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, può lavorare in modo utile e produttivo, ed è capace di apportare un contributo alla propria comunità.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante una versione modificata del *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose,
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Per ciascuna domanda, il numero di giorni viene utilizzato per calcolare un punteggio da 0 a 3. I punteggi vengono poi sommati per ottenere un punteggio complessivo da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati "persone con sintomi di depressione".

Ovviamente non si tratta di una diagnosi effettiva di depressione che richiede una valutazione clinica individuale approfondita.

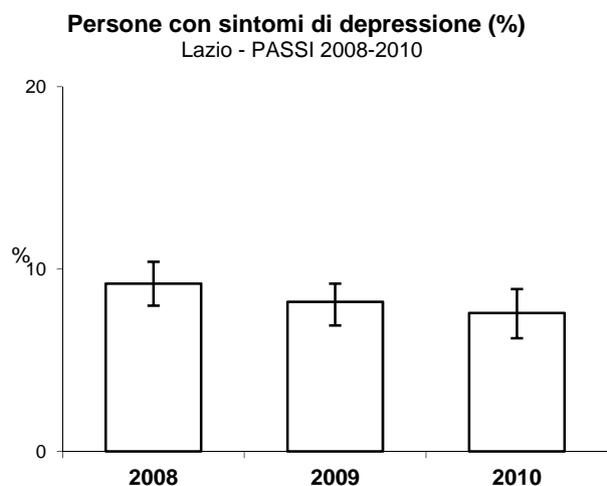
Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella Regione Lazio circa l'8% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica multivariata (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, **la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione rimane significativamente più elevata nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e con patologie severe.**

Sintomi di depressione Lazio - PASSI 2010 (n=3204)		
Caratteristiche	Persone con sintomi di depressione °	
	%	IC 95%
Totale	7,6	6,6-8,6
Classi di età		
18 - 34	5,9	4,2-7,5
35 - 49	7,5	5,8-9,1
50 - 69	9,3	7,5-11,0
Sesso		
uomini	4,0	2,9-5,0
donne	11,1	9,5-12,8
Istruzione		
nessuna/elementare	16,3	11,2-21,5
media inferiore	8,6	6,6-10,6
media superiore	6,1	4,8-7,4
laurea	6,4	4,3-8,6
Difficoltà economiche		
molte	19,6	15,5-23,8
qualche	7,3	5,8-8,7
nessuna	4,5	3,4-5,7
Stato lavorativo		
lavora	5,8	4,7-6,9
non lavora	10,2	8,5-12,0
Patologie severe		
almeno una	14,1	11,2-17,0
nessuna	6,0	5,1-7,0

°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

- Nel Lazio la prevalenza delle persone che riferiscono sintomi di depressione è in costante diminuzione dal 2008 (9,2%) al 2010 (7,6%).
- Nel quadriennio 2007-2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (Pool), la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 6%.

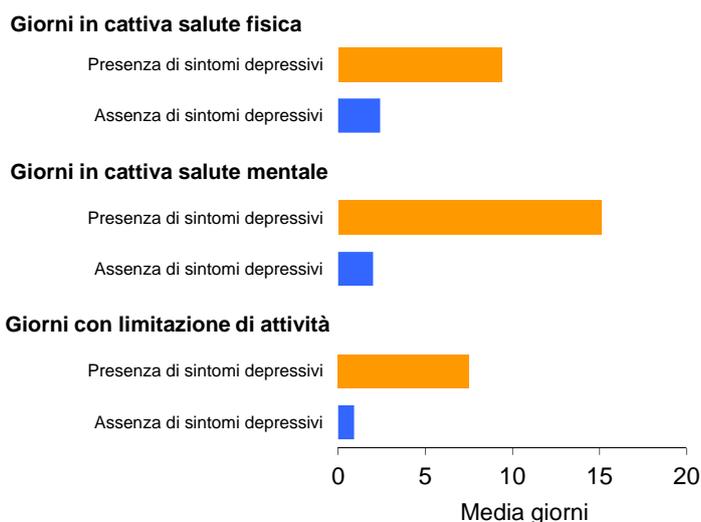


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - fra chi ha riferito sintomi di depressione, il 28% percepisce il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 69% di chi non ha riferito tali sintomi;
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

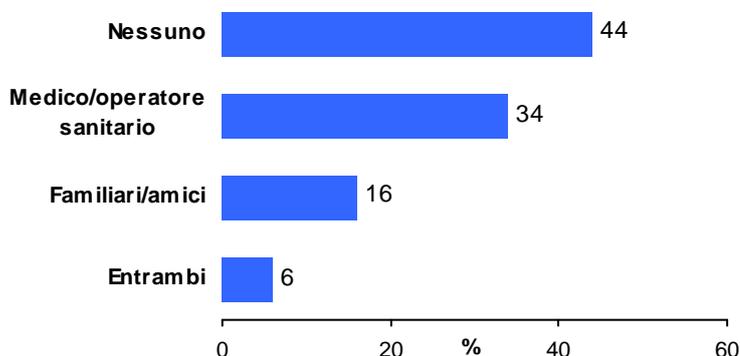
Lazio - PASSI 2010 (n=2117)



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Solo poco più della metà (56%) delle persone con sintomi di depressione[°] ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (34%), a familiari/amici (16%) o ad entrambi (6%).

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione[°]
Lazio - PASSI 2010 (n=230)



[°] Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

[°] Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

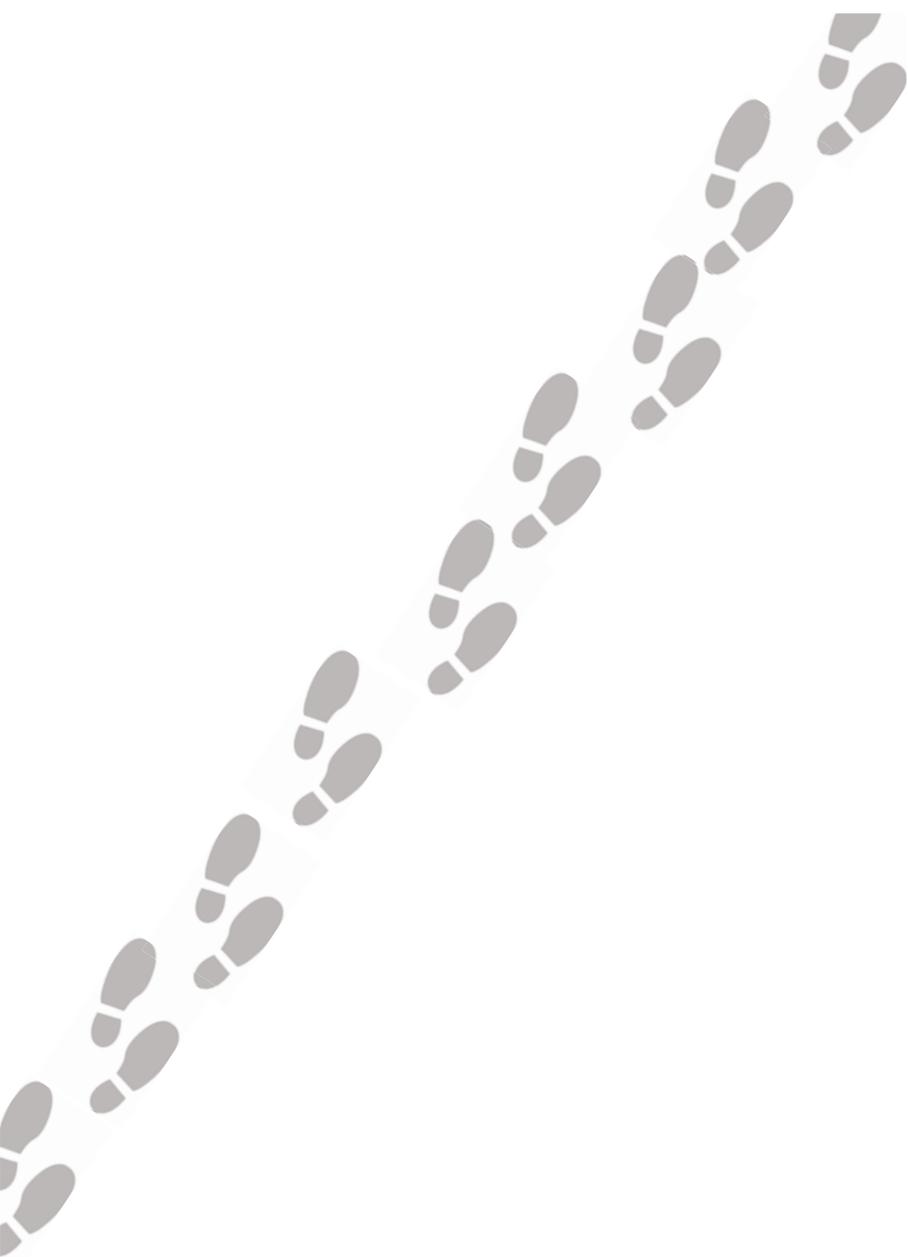
Conclusioni e raccomandazioni

Nel Lazio si stima che circa l'8% della popolazione compresa nella fascia d'età 18-69 anni abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche e nelle persone con patologie severe.

Ovviamente PASSI non fornisce una stima della condizione depressiva nel Lazio, e ancor meno può valutarne la gravità; tuttavia la presenza di sintomi di una possibile condizione depressiva associata a fattori clinici e non clinici, quale il disagio sociale, risulta non infrequente e necessita di approfondimenti.

I risultati descritti inducono riflessioni sul possibile carico assistenziale per i servizi sanitari preposti e sulla capacità del SSN di intercettare la parte del bisogno non trattato.

Appendici



APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

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

	Tasso di risposta	Tasso di Sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Az. USL Roma A	80,8	19,2	5,0	14,2	93,0
Az. USL Roma B	93,8	6,2	6,2	0	94,1
Az. USL Roma C	78,9	21,1	10,2	10,9	80,8
Az. USL Roma D	91,7	8,3	6,9	1,4	92,0
Az. USL Roma E	74,4	25,6	13,1	12,5	98,8
Az. USL Roma F	85,0	15,0	10,3	4,7	98,1
Az. USL Roma G	91,4	8,6	3,3	5,3	97,9
Az. USL Roma H	78,2	21,8	15,6	6,1	92,5
Az. USL Viterbo	87,1	12,9	10,2	2,7	93,5
Az. USL Rieti	85,2	14,8	10,2	4,6	95,4
Az. USL Latina	86,1	13,9	8,9	5,0	94,4
Az. USL Frosinone	95,6	4,4	3,3	1,1	98,3
Regione Lazio	85,3	14,7	8,7	6,0	93,2
Pool ASL nazionale	86,6	13,4	9,8	3,5	95,5

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

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- **Non eleggibilità:** le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.

- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Senza telefono rintracciabile:** le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

Tasso di risposta

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

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

$$RR1 = \left[\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

Tasso di sostituzione

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

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

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

Tasso di rifiuto

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

$$REF1 = \left[\frac{n^{\circ} \text{ rifiuti}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

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

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

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

Tasso di non reperibilità

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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

Tasso di eleggibilità "e"

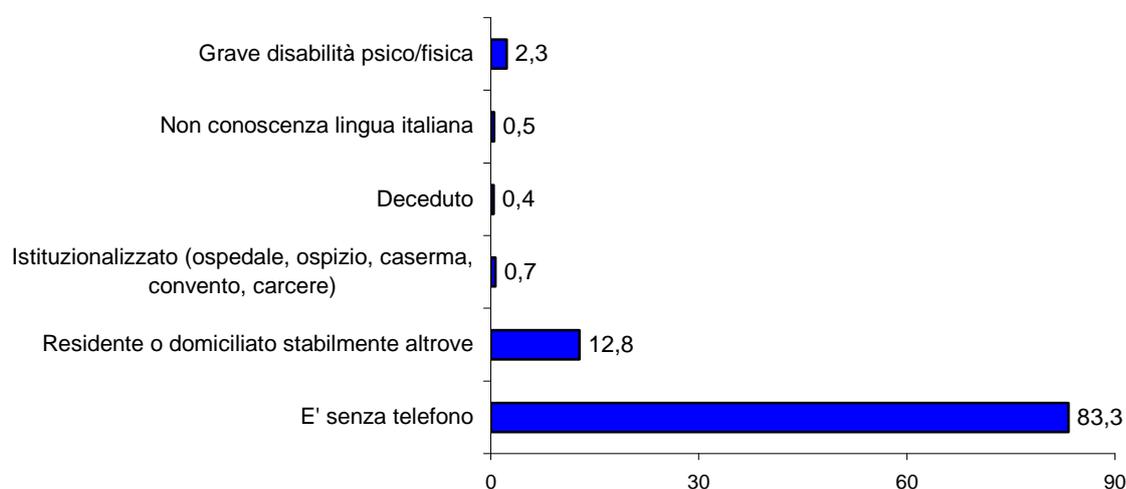
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$\frac{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti}}{(n^{\circ} \text{ int.} + \text{rif.} + \text{resid. altrove} + \text{istituz.} + \text{dec.} + \text{no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età})} * 100$$

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

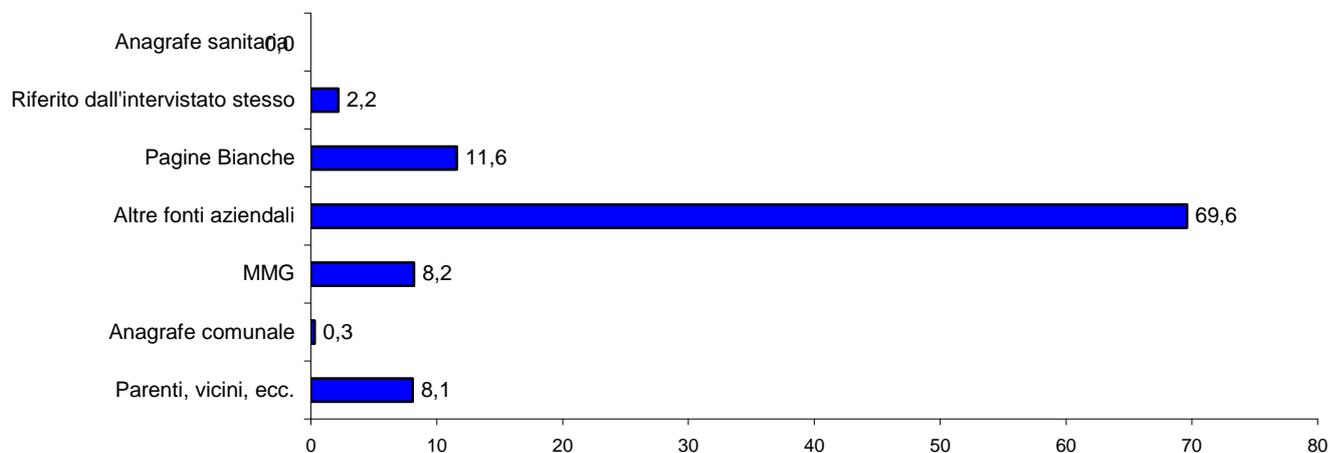
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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



Modalità di reperimento del numero telefonico

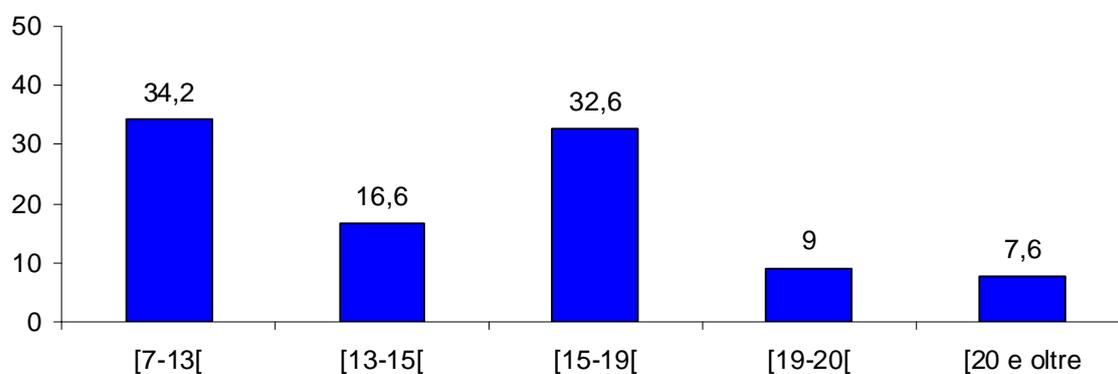
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla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



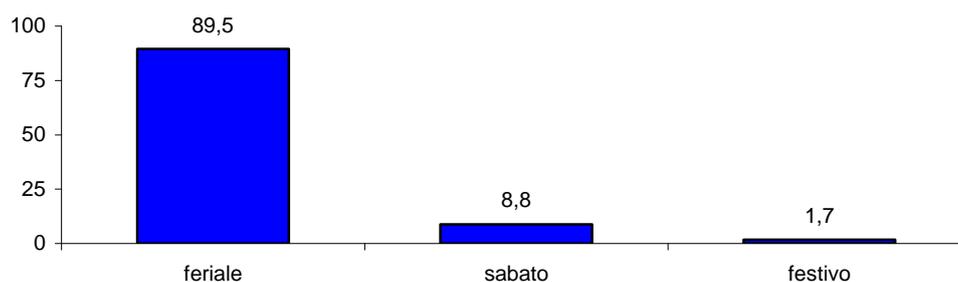
Distribuzione delle interviste per orari/giorni

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

Distribuzione oraria delle interviste



Distribuzione settimanale delle interviste



APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

Il "Peso_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2009) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \hat{P}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

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

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

e

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

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

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

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

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2010 sono il risultato di un'aggregazione di tutte le Aziende Sanitarie Locali partecipanti alla sorveglianza PASSI (che hanno raggiunto un livello minimo di rappresentatività), utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale.

APPENDICE 3.

Analisi per ricerca effetto intervistatore

Obiettivo dell'analisi è pervenire all'individuazione del possibile effetto dell'intervistatore nella modalità di risposta di variabili caratterizzanti le aree tematiche dello studio, laddove queste presentino differenze significative nel confronto, riportato nel presente rapporto, fra gli anni 2008-2009 e 2010.

Sono stati utilizzati modelli di regressione multilivello, in quanto le analisi descrittive svolte non hanno consentito di raggiungere tale risultato. Il ricorso a tali modelli è consigliabile nel caso in cui le unità su cui si rileva il fenomeno oggetto di studio (**unità di primo livello**) risultino naturalmente aggregate in gruppi o classi differenti (**unità di secondo livello**). In tali casi, infatti, è ragionevole ritenere che la variabilità del fenomeno dipenda, oltre che da variabili esplicative individuali (di primo livello), anche dal fatto che un individuo appartenga ad un determinato gruppo avente caratteristiche peculiari, che lo distinguono dagli altri gruppi. Nel caso in esame, i rispondenti (unità di primo livello) risultano naturalmente associati all'intervistatore che ha condotto le interviste.

Le variabili risposta considerate nell'analisi sono tutte le variabili dicotomizzate del tipo (1;0) che nel rapporto presentano variazioni significative nel confronto fra gli anni 2008, 2009 e 2010. Trattandosi di una variabile binaria il modello prescelto è stato il modello logistico a due livelli, preferito ad un modello di tipo probit per la maggiore facilità di interpretare i risultati attraverso il calcolo degli odds ratio. Le unità di primo livello sono costituite dalle 9.279 interviste complete, effettuate da 135 diversi intervistatori nei tre anni confrontati. Nell'analisi sono stati considerati solo gli intervistatori che hanno effettuato non meno di 20 interviste, risultando così infine 8.958 interviste complete, effettuate da 88 intervistatori, le unità di secondo livello.

Il primo passo della procedura di stima dei modelli è consistito nella stima del modello a sola intercetta casuale, ossia senza introdurre alcuna variabile esplicativa. L'importanza di questa prima analisi risiede nella possibilità di calcolare il coefficiente di correlazione intra-classe, ossia stimare la quota di variabilità attribuibile agli intervistatori.

Lo studio è proseguito introducendo nei modelli delle variabili esplicative a livello del rispondente. In particolare le caratteristiche individuali introdotte nel modello sono state: - il sesso; classi di età; anno di rilevazione; istruzione; condizione economica. nel momento in cui volevo vedere se esisteva un effetto intervistatore. L'anno di rilevazione prima di essere inserito come variabile esplicativa è stata utilizzata nelle precedenti analisi come variabile di stratificazione.

Dall'analisi possiamo dedurre che non emerge un significativo effetto intervistatore. La differenza tra considerare il modello a sola intercetta e il modello con le covariate relative al rispondente non è significativa come si può vedere confrontando gli ICC. (es. Alcol ICC = 0,117 e 0,121). La differenza inoltre tra il modello logistico semplice e il modello logistico clusterizzato è quasi nulla e comunque i due andamenti sono sostanzialmente sovrapponibili.



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

