

Sistema di sorveglianza Passi

Sintesi del rapporto nazionale 2007



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

dall'ascolto dei cittadini alle azioni di prevenzione

Sintesi del rapporto nazionale 2007



Redazione

Gruppo tecnico Passi

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

Nicoletta Bertozzi - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena

Stefano Campostrini - Dipartimento di statistica, Università degli studi Ca' Foscari Venezia

Giuliano Carrozzini - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena

Angelo D'Argenzio - Dipartimento di prevenzione, Asl Caserta 2

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

Massimo Oddone Trinito - Dipartimento di prevenzione, Ausl Roma C

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

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

Eva Benelli, Stefano Menna - Agenzia di comunicazione scientifica Zadig

I referenti e i coordinatori regionali e aziendali Passi hanno contribuito all'organizzazione, alla raccolta e all'elaborazione dei dati. I loro nominativi sono riportati nell'elenco in appendice, aggiornato al mese di novembre 2008.

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

Si ringraziano per la collaborazione e il supporto forniti:

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

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

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

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

Indice

Prefazione	5
Premessa	7
Il sistema di sorveglianza Passi in breve	9
Sintesi del rapporto	10
I risultati	
Descrizione del campione	12
Percezione dello stato di salute	14
Attività fisica	16
Abitudine al fumo	18
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	20
Consumo di alcol	22
Sicurezza stradale	24
Vaccinazione antinfluenzale	26
Vaccinazione antirosolia	27
Rischio cardiovascolare	28
Infortuni domestici	31
Depressione	32
Screening del tumore del collo dell'utero	34
Screening del tumore della mammella	36
Screening del tumore del colon-retto	38
Appendice	
Metodi	41
I referenti e coordinatori Passi	45



Prefazione

A poco più di un anno dall'avvio della rilevazione dei dati Passi in tutte le Regioni, sono disponibili i primi risultati della sorveglianza sul pool delle Aziende partecipanti: una rappresentazione dinamica degli stili di vita e dei comportamenti della popolazione adulta, dei bisogni di salute percepiti e dell'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione.

Questo rapporto rappresenta un *punto di arrivo* importante, frutto di impegno esteso, volontà e partecipazione di quanti credono che solo uno strumento vivo e radicato nella cultura e nella pratica del territorio come Passi possa rappresentare una leva essenziale per un rinnovamento della sanità pubblica realmente coerente con i tempi. Al tempo stesso, si tratta di un *punto di partenza*. La valutazione di processo in corso su Passi ha dimostrato che il sistema è in grado di funzionare e di erogare i prodotti attesi, ma con una marcata variabilità nelle performance tra Regioni e all'interno delle Regioni. Una variabilità che dipende non solo dalle condizioni politiche, organizzative, strutturali delle varie realtà, ma anche dalla mancanza di un riferimento normativo a livello nazionale in grado di dare alle Regioni e alle Aziende un indirizzo certo e uno stimolo forte a considerare la sorveglianza come una componente irrinunciabile dei programmi e degli interventi di salute pubblica.

Istituzionalizzazione, integrazione, valutazione

Occorre quindi mirare a consolidare Passi in una prospettiva di istituzionalizzazione e integrazione con gli altri sistemi di rilevazione, anche attraverso iniziative amministrative e normative, per costruire una piattaforma informativa a servizio dell'implementazione e della valutazione delle politiche di prevenzione e contrasto delle malattie croniche.

Per far questo è necessario avvicinarsi al dato, esplorando il ricco e interessante patrimonio fornito da Passi. E, soprattutto, promuovendo le attività di comunicazione e diffusione dei risultati a sostegno del loro utilizzo come strumento di governo del sistema salute a livello locale, regionale e nazionale. Generare un consenso e una consapevolezza dell'utilità del sistema nei contesti, in cui operano i diversi attori coinvolti, è infatti un passaggio fondamentale nel percorso di diffusione e stabilizzazione della sorveglianza.

La "cultura dei risultati"

Le premesse sono buone: Passi si è dimostrato una risorsa preziosa dal punto di vista della fruizione del dato, grazie alla messa a punto di strumenti standardizzati di estrazione degli indicatori e di elaborazione di format di comunicazione agevoli, facilmente ripetibili e adattabili a seconda dell'uso e degli interlocutori.

Anche la cornice in cui si colloca Passi risulta estremamente incoraggiante in vista della prosecuzione dei lavori. Già da tempo l'Italia si sta muovendo nella direzione di un riorientamento del Sistema sanitario che investa maggiormente nella prevenzione e nella gestione delle malattie croniche, che sono legate a fattori di rischio e stili di vita modificabili. Contro questi fattori, prima ancora che la malattia insorga, occorre mettere in campo strategie mirate e integrate, che agiscano trasversalmente su più settori con interventi di comunità e individuali, costruendo alleanze tra forze interne ed esterne al "mondo salute". Ai Governi spetta il compito di coordinare le politiche volte a rimuovere i determinanti delle malattie, mentre il Sistema sanitario e il Ministero della salute devono svolgere una funzione di *advocacy*, evidenziando le ricadute delle politiche sulla salute dei cittadini.

Per far questo, occorre però partire dall'assunto che lo sviluppo delle politiche e dei programmi è possibile solo se basato e guidato dall'informazione epidemiologica. La disponibilità di informazioni precise, tempestive e territorializzate sulle caratteristi-

che e sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica è un prerequisito dell'azione ed è strategica per quanti sono chiamati a monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute, pianificando, realizzando e valutando l'efficacia degli interventi. In una parola, è la "cultura dei risultati". Tradotto in pratica, vuol dire sorveglianza da realizzare attraverso sistemi di raccolta, analisi, interpretazione e comunicazione dei dati che siano realmente utili a orientare le scelte dei decisori e farle convergere verso la tutela del bene salute.

La cornice legislativa e politica di riferimento

Tutti gli atti normativi che si sono seguiti negli ultimi anni sono stati ispirati da questa logica e hanno avuto un impatto innovativo. L'accordo Stato-Regioni del 2002 individua nei Dipartimenti di prevenzione una risorsa strategica delle Aziende sanitarie per la prevenzione di comunità e indica la necessità di lavorare per obiettivi, monitorandone il raggiungimento. Poi il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, prorogato al 2008 e ora in corso di rinnovo per il triennio successivo, che ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni e il contrasto all'obesità. Senza dimenticare l'istituzione, con la Legge 138/2004, del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) che riconosce, tra i propri obiettivi strategici, quello di sostenere il Paese per l'adozione di stili di vita sani. Infine, il Piano sanitario nazionale 2006-2008 che, tra gli obiettivi prioritari nell'area prevenzione, include la realizzazione di una sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali da condursi sul modello del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* degli Stati Uniti. Tutte queste azioni trovano la loro naturale collocazione nello scenario internazionale, in quanto fanno riferimento a una situazione epidemiologica globale e adottano indicazioni e modelli di risposta alle problematiche di salute sostenuti e validati da organismi scientifici come l'Oms. Ne è testimonianza la partecipazione all'elaborazione della strategia europea contro le malattie croniche ratificata a Copenaghen il 12 settembre 2006 che, nel febbraio 2007, il Consiglio dei ministri ha approvato e tradotto nel programma di Governo "Guadagnare salute". Al centro di questo programma lo sviluppo di una strategia contro i quattro principali fattori di rischio per la salute (fumo, alcol, dieta scorretta e sedentarietà), attraverso un'azione partecipata tra cittadini e istituzioni. Un'azione che nasce da un imperativo etico assoluto: attuare un intervento di salute pubblica per affrontare in maniera globale questi rischi, consentendo al Paese di guadagnare salute e garantendo la sostenibilità del Sistema sanitario in termini economici e di efficacia.

Il cittadino al centro del sistema

Ogni strategia ha bisogno di essere valutata anche testandone il livello di penetrazione e la capacità di attivare un cambiamento nei diretti destinatari, i singoli e la collettività: in questo Passi ha un valore aggiunto rispetto ad altri sistemi, con un'attenzione particolare alle conoscenze, percezioni e ai consigli ricevuti da medici e operatori sanitari, e con approfondimenti specifici che valorizzano il punto di vista e il bisogno del cittadino.

Credo fermamente che a questa operazione di "messa al centro" della persona, sempre più protagonista e responsabile del proprio stile di vita, possa contribuire la diffusione di questo documento, che mi auspico diventi un ulteriore stimolo alla futura esistenza di Passi.

Fabrizio Oleari

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

Premessa

Il Sistema sanitario italiano dispone da decenni di sistemi di sorveglianza per le patologie acute (per esempio, le malattie infettive), per le quali sono previste norme che ne regolamentano l'osservazione e segnalazione. Non esiste invece alcuna infrastruttura di sorveglianza per le malattie cronic-degenerative, che pure rappresentano la causa di gran lunga più rilevante in termini quantitativi dei decessi e delle richieste di assistenza sanitaria.

La frequenza di queste patologie continua ad aumentare con l'allungamento della vita media. In Italia, la proporzione di popolazione con più di 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni, e ora rappresenta circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune Regioni. L'Oms da tempo sottolinea che le cause più importanti delle malattie cronic-degenerative sono note e sono modificabili. In particolare, circa il 70% di queste malattie è attribuibile a sette fattori ben identificati, molti dei quali legati alle scelte alimentari e comportamentali di ognuno di noi: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, sedentarietà.

Investire sulla prevenzione

Continuare a investire solo in assistenza di patologie che possono essere prevenute non è più sostenibile. Una parte dell'attenzione deve essere quindi focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione. Un grande potenziale per la salute esiste e, in Italia, come nel resto d'Europa, le comunità locali e i servizi di prevenzione operano per ridurre questi rischi. In questo contesto, allora, diviene essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, per rilevare il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione.

Il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione delle malattie croniche e il Piano sanitario nazionale 2006-2008 sottolinea la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali.

Per valutare l'effetto e la penetrazione delle attività di prevenzione previste dai piani sanitari nazionali e regionali, è allora importante disporre di strumenti che consentano un monitoraggio continuo dei fattori comportamentali di rischio, la percezione degli assistiti circa i messaggi di diffusione e l'adesione alle raccomandazioni formulate. Il progetto Passi è stato avviato su mandato del Ministero della salute, formalizzato attraverso una convenzione tra il Ccm e il Cnesps-Iss, ed è stato approvato dalla commissione per la ricerca finalizzata ex art 12 D. Lgs. 502/92.

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Il sistema di sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (Passi) è stato disegnato per monitorare e favorire i cambiamenti: con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle Asl, va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

Non solo. Passi è uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale. Se l'esperienza americana del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* ha fatto da caposcuola in diverse realtà internazionali, in Europa oggi non molti Paesi hanno attivato una vera e propria sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali. L'esperienza di Passi si propone allora come leader in questo contesto.

Inoltre, Passi ha una peculiarità singolare e rilevante per un sistema di sorveglianza: raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono infatti a livello locale. Ciò costitui-

sce un importante valore aggiunto perché è favorita, sul territorio, la mobilitazione di energie, risorse e interesse per la cultura della sorveglianza. La flessibilità del sistema può così consentire alle singole Asl di monitorare specifiche esigenze conoscitive a livello locale. Queste caratteristiche agevolano l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle nostre Asl e Regioni.

Strategie integrate di sanità pubblica

Con Passi, le iniziative su temi di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo, e il loro grado di penetrazione (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese. Questo documento, che illustra i principali risultati relativi al 2007 del pool di Asl che partecipano a Passi, intende essere un primo esempio di come questo sistema di sorveglianza possa contribuire alla realizzazione delle strategie di sanità pubblica previste dal Piano nazionale della prevenzione, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale. A questo proposito, va segnalato che è in preparazione un rapporto più ampio e articolato, in cui saranno trattati in modo più approfondito e dettagliato i temi indagati da Passi. Altre iniziative di comunicazione dei risultati saranno predisposte e realizzate nel corso del 2009.

Stefania Salmaso

*Direttore del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza
e promozione della salute, Istituto superiore di sanità
Responsabile scientifico del progetto Passi*

Il sistema di sorveglianza Passi in breve

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

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

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

Il funzionamento del sistema

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

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti indagati sono:

- ▶ abitudine al fumo
- ▶ attività fisica
- ▶ abitudini alimentari
- ▶ consumo di alcol
- ▶ rischio cardiovascolare
- ▶ screening oncologici
- ▶ salute mentale
- ▶ sicurezza stradale
- ▶ incidenti domestici
- ▶ vaccinazioni contro l'influenza e la rosolia.

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

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto. Da aprile 2007, è iniziata la rilevazione dei dati in 20 Regioni.

Alla fine del 2007 erano state caricate sul server centrale 22.000 interviste complete. A ottobre 2008 il numero di interviste era pari a 45.000.

Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di medicina generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato (85%, con solo il 10% di rifiuti): un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

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

Sintesi del rapporto

I risultati della sorveglianza Passi 2007 dimostrano sensibili variazioni sia tra le diverse aree geografiche del Paese, sia tra le diverse categorie socio-demografiche della popolazione. Il quadro che emerge è caratterizzato da diseguaglianze di salute, per le quali i determinanti sociali paiono svolgere un ruolo rilevante.

Ecco una prima sintetica lettura dei dati, che invita già a considerazioni sostanziali in merito agli interventi di sanità pubblica - in atto e attuabili - a livello nazionale, regionale e locale.

Descrizione del campione

Il campione di persone intervistate nel 2007 (il pool Passi 2007) è costituito da 21.498 persone, selezionate in modo casuale dalle liste delle Anagrafi Sanitarie delle Asl partecipanti. Il 50,4% degli intervistati è rappresentato da donne. L'età media è di 43 anni. Il 56% ha un livello di istruzione alto (media superiore o laurea) e il 64% un lavoro regolare (nella fascia d'età 18-65 anni). Per queste caratteristiche, il campione è molto simile alla popolazione da cui è stato estratto e alla popolazione italiana in generale.

Percezione dello stato di salute

Il 65% delle persone intervistate ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute. Le persone che però hanno una o più patologie croniche, quelle con un livello di istruzione più basso e quelle che hanno difficoltà economiche hanno una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica

È risultato completamente sedentario il 28% del campione, mentre solo il 33% ha dichiarato di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa un terzo dei casi, i medici (o altri operatori sanitari) si sono informati al riguardo e hanno consigliato genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo

Il 31% si è dichiarato fumatore. Quasi tutti gli ex fumatori hanno smesso di fumare da soli. L'84% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici viene rispettato sempre o quasi sempre. Secondo l'85%, il divieto sul fumo sul luogo di lavoro è stato rispettato sempre o quasi sempre, mentre il 66% ha dichiarato che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 32% del pool Passi è risultato in sovrappeso, mentre gli obesi erano l'11%. Il 57% delle persone con eccesso ponderale ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso e il 37% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica. Il consumo di frutta e verdura è risultato abbastanza diffuso, anche se solo il 10% ha aderito alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno.

Consumo di alcol

Il 61% della popolazione tra 18 e 69 anni ha riferito di aver consumato almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese e il 16% aveva abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente l'8% beveva fuori pasto, il 7% era un bevitore "binge" e il 4% era un forte bevitore). Secondo le dichiarazioni degli intervistati, gli operatori sanitari si sono informati poco frequentemente (16%) sulle abitudini di consumo alcolico dei loro assistiti e hanno consigliato solo raramente (9%) alle persone a rischio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza non è ancora del tutto soddisfacente. Mentre l'82% delle persone intervistate ha dichiarato di utilizzare in modo sistematico la cintura di sicurezza sedendo nei posti anteriori, solo il 19% ha utilizzato sempre la cintura sui sedili posteriori. Il 13% degli intervistati ha dichiarato, inoltre, di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista, e il 10% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo il 28% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (malattie respiratorie croniche, diabete, tumore, malattie cardiovascolari), ha dichiarato di essersi vaccinato durante la stagione 2006/2007.

Vaccinazione antirosolia

Per eliminare la rosolia congenita è necessario che il numero di donne suscettibili alla rosolia sia inferiore al 5%. La percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è invece risultata pari al 45%.

Rischio cardiovascolare

Il 22% degli intervistati, tra i 18 e 69 anni, ha dichiarato di essere iperteso e, tra questi, il 71% era in trattamento farmacologico. Al 17% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Un quarto della popolazione ha dichiarato di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 25% era in trattamento farmacologico. Il 23% ha riferito di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 7% degli intervistati con età compresa tra 35 e 69 anni ha riferito che il proprio medico gli ha valutato il rischio cardiovascolare.

Infortuni domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: il 91% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 28%: tra questi, il 30% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Depressione

Il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle due settimane precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Tra queste, quasi la metà (47%) non ha chiesto aiuto a nessuno, mentre solo il 40% si è rivolta a un medico per questo problema.

Screening del tumore del collo dell'utero

L'83% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test nella vita, ma soltanto il 73% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening del tumore della mammella

L'84% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia nella vita, ma una proporzione minore (68%) l'ha eseguita negli ultimi due anni come raccomandato.

Screening del tumore del colon-retto

Solo il 19% delle persone con 50-69 anni ha eseguito, a scopo preventivo, un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e il 9% una rettosigmoidoscopia o una colonscopia negli ultimi 5 anni.

Descrizione del campione

La popolazione in studio è costituita da 40 milioni di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31 dicembre 2006 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 149 Aziende sanitarie locali (o zone territoriali equivalenti) che partecipano a Passi. Nel 2007 sono state intervistate 22.000 persone di età 18-69 anni, selezionate dalle anagrafi sanitarie con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età. Di queste, secondo i criteri esposti nella sezione dei metodi, sono state analizzate 21.498 interviste.

L'età e il sesso

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

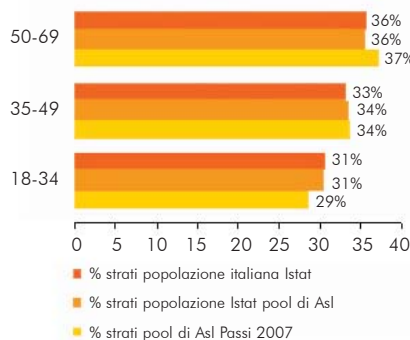
Per quanto riguarda lo stato civile, i coniugati sono il 61%, i celibi/nubili il 31%, i vedovi/e il 3%, e i separati/divorziati il 5%.

Caratteristiche demografiche degli intervistati Pool di Asl (%)

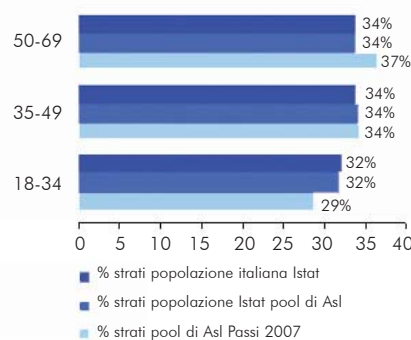
Caratteristiche

Numerosità	21.498
Sesso	
uomini	49,6%
donne	50,4%
Classi di età	
18-34	31,3%
35-49	33,7%
50-69	35,0%
Età media	43 anni
Titolo di studio	
nessuno/elementare	13,4%
media inferiore	30,7%
media superiore	42,7%
laurea	13,2%
Lavoro regolare¹	64,1%
Difficoltà economiche	
nessuna	44,5%
qualche	41,1%
molte	14,4%

Distribuzione del campione Passi 2007 della popolazione Istat del pool di Asl e della popolazione generale per classi di età nelle donne



Distribuzione del campione Passi 2007 della popolazione Istat del pool di Asl e della popolazione generale per classi di età negli uomini



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera nel pool sono il 2,5%.

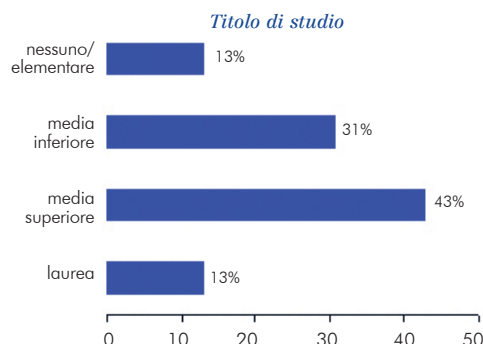
Gli stranieri sono rappresentati soprattutto nelle classi di età più giovani (18-34: 3,2%; 35-49: 3,5%) mentre solo l'1% dei 50-69enni sono stranieri. Le donne sono in maggior percentuale (2,8%) rispetto agli uomini (2,2%). Va precisato che, poiché il protocollo prevede la sostituzione degli stranieri che non sono in grado di sostenere l'intervista in italiano, Passi fornisce informazioni sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

¹ campione compreso tra 18 e 65 anni

Il titolo di studio

Il 13% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

Il titolo di studio conseguito dipende fortemente dall'età: nella classe di età 50-69 il livello di istruzione più elevato (media superiore/laurea) è pari al 37%, sensibilmente più basso rispetto alle classi 35-49 e 18-34 (rispettivamente 59% e 77%).

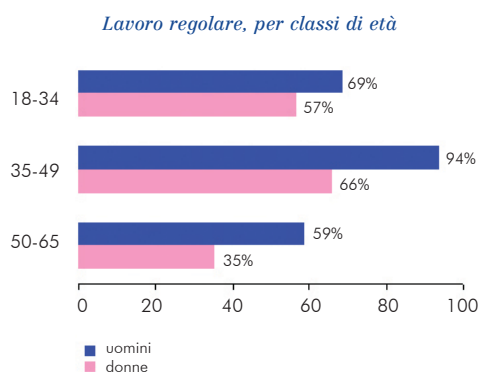


Il lavoro

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

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

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



Difficoltà economiche

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

Conclusioni

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine. In particolare si è osservato che - come atteso - l'istruzione è fortemente dipendente dall'età, in quanto gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Ciò comporta che i confronti per titolo di studio devono tener conto dell'effetto dell'età.

Percezione dello stato di salute

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona.

Nel sistema di sorveglianza Passi la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Percezione dello stato di salute Pool di Asl	% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	64,7 (63,9-65,5)
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici o con limitazione di attività	
0 giorni	76,8
1-13 giorni	18,7
≥14 giorni	4,5

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Il 65% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene. Il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

Stato di salute percepito Pool di Asl - Passi 2007 (n=21.481)	
Caratteristiche	Percezione positiva stato di salute* % (IC 95%)
Totale	64,7 (63,9-65,5)
Età	
18 - 34	84,1
35 - 49	66,4
50 - 69	45,7
Sesso	
uomini	70,2
donne	59,3
Istruzione	
nessuna/elementare	37,0
media inferiore	61,5
media superiore	71,8
laurea	77,4
Difficoltà economiche	
molte	46,2
qualche	61,9
nessuna	73,3
Patologie croniche severe **	
almeno una	34,1
assenti	71,7

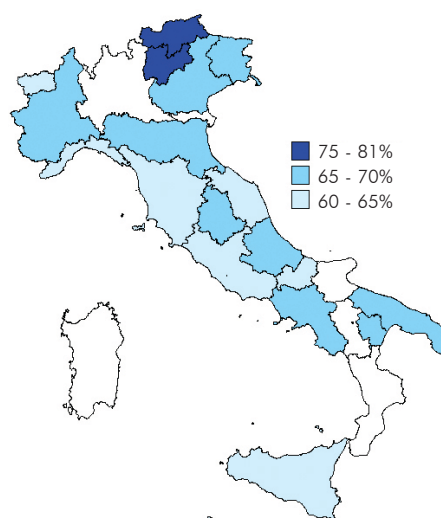
* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda su come va la propria salute
 ** almeno una delle seguenti patologie: infarto o altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, tumori, insufficienza renale

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

- ▶ i giovani nella fascia 18-34 anni
- ▶ gli uomini
- ▶ le persone con alta istruzione
- ▶ le persone senza difficoltà economiche
- ▶ le persone senza patologie croniche severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si osserva che la percezione positiva dello stato di salute è associata in maniera statisticamente significativa con tutte le caratteristiche considerate: classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche e presenza di patologie croniche severe.

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione relativa alla percentuale di persone che percepiscono positivamente (bene/molto bene) il proprio stato di salute nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 61% della Sicilia all'81% della P.A. di Bolzano.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



*Stato di salute percepito positivamente
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate 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, difficoltà economiche o presenza di patologie severe.

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

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

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dai Passi, (per esempio, la depressione) alle quali forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Attività fisica

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

È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro assistiti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli - in combinazione con altri interventi - possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale sia in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, come per esempio le malattie cardiovascolari.

Attività fisica Pool di Asl	% (IC 95%)
Livello di attività fisica	
attivo ²	33,1 (32,3-34,0)
parzialmente attivo ³	38,9 (38,0-39,7)
sedentario ⁴	28,0 (27,2-28,8)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività⁵	
	33,2 (32,2-34,2)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività⁵	
	30,0 (29,0-31,0)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	
	25,8 (24,2-27,3)

Sedentarietà	
Pool di Asl - Passi 2007 (n=21.481)	
Caratteristiche	Sedentari % (IC 95%)
Totale	28,0 (27,2-28,8)
Classi di età	
18 - 24	22,1
25 - 34	25,9
35 - 49	27,3
50 - 69	31,7
Sesso	
uomini	26,5
donne	29,4
Istruzione	
nessuna/elementare	37,5
media inferiore	29,6
media superiore	24,9
laurea	24,3
Difficoltà economiche	
molte	36,6
qualche	30,3
nessuna	23,1

Quanti sono sedentari e quanti attivi fisicamente?

Il 33% delle persone intervistate ha riferito di effettuare un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo, il 39% non effettuava un lavoro pesante e praticava attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 28% era completamente sedentario.

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

² lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

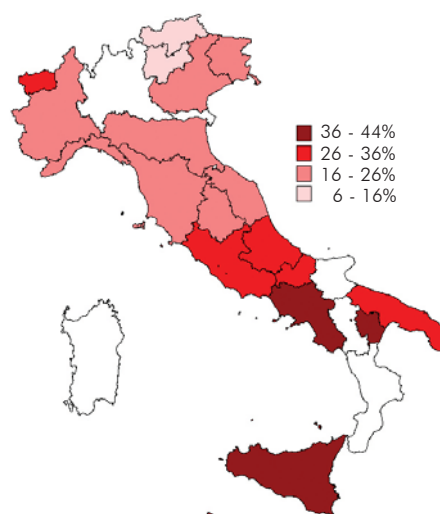
³ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

⁴ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁵ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione relativa alla percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Nord-Sud.
- ▶ Non sempre la percezione soggettiva corrisponde al livello di attività fisica svolta. In effetti, nel pool di Asl partecipanti, il 26% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

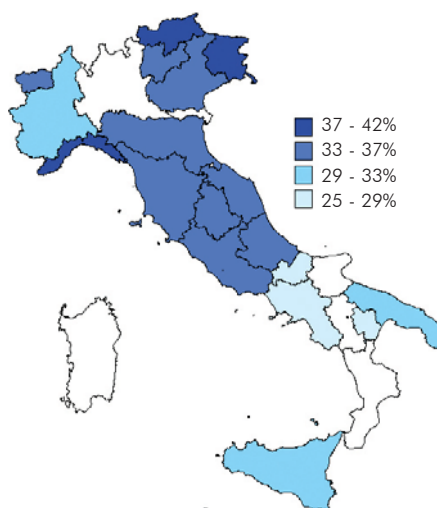


*Sedentari
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

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

Solo il 33% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica. Riferiscono di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente nel 30% dei casi.

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



*Interrogato dal medico
sull'attività fisica
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni

La sedentarietà risulta più diffusa tra i 50-69enni, tra le donne, tra le persone con livello di istruzione più basso e tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche. Il confronto tra le regioni mostra evidenti differenze.

Il consiglio del medico, in combinazione con altri interventi, si è dimostrato utile nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale e in particolari gruppi a rischio. In circa un terzo dei casi, i medici del pool di Asl si sono informati e nel 30% hanno consigliato di svolgere regolare attività fisica ai loro assistiti. Va sottolineata l'importanza della percezione del proprio livello di attività fisica, che in una rilevante quota di intervistati risulta distorta.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic- degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. È inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili. È in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo di sigarette Pool di Asl - Passi 2007 (n=21.479)	
Caratteristiche	Fumatori % (IC 95%)
Totale	30,7 (28,9-31,5)
Età	
18 - 24	37,3
25 - 34	35,4
35 - 49	32,6
50 - 69	23,9
Sesso	
uomini	35,2
donne	26,2
Livello di istruzione	
nessuno/elementare	23,4
media inferiore	36,3
media superiore	30,7
laurea	24,8
Difficoltà economiche	
molte	37,4
qualche	32,7
nessuna	26,6

Abitudine al fumo Pool di Asl	% (IC 95%)
fumatori ⁶	30,7 (29,8-31,5)
chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ⁷	42,0 (40,9-43,0)
consigliato dal medico -ai fumatori- di smettere	60,4 (58,5-62,3)
fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	40,6 (39,0-42,2)
ex fumatori che hanno smesso da soli	94,0 (92,9-95,1)
divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
nei locali pubblici	84,3 (83,6-85,0)
sul luogo di lavoro	84,6 (83,7-85,5)
divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	70,2 (69,4-71,0)

- ▶ L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle classi d'età più giovani, tra gli uomini, nelle persone con livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e con maggiori difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e le variabili: età, sesso, istruzione, difficoltà economiche.
- ▶ Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni (range dal 25% della P.A. di Trento al 36% del Lazio).

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

Complessivamente il 42% delle persone, che sono state da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo, e precisamente: il 65% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori⁸ e il 28% dei non fumatori⁹.

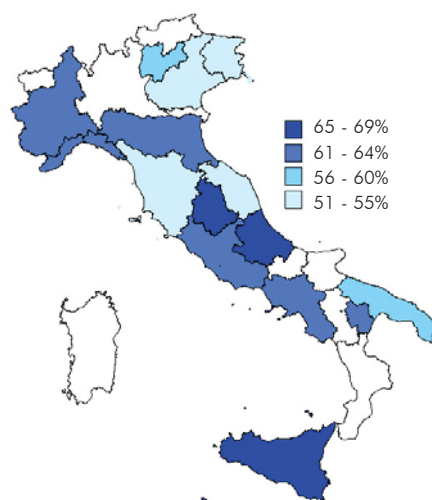
⁶ chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi
⁷ tra coloro che sono stati da un medico od un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi

⁸ chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

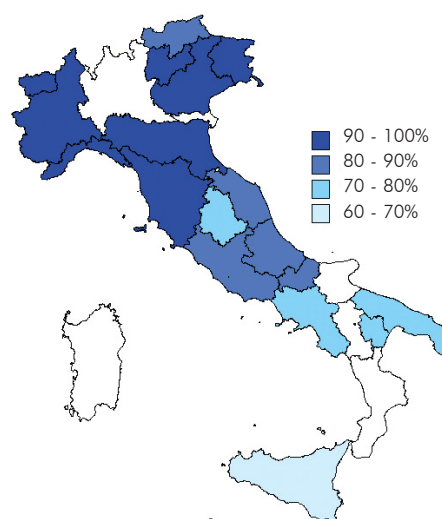
⁹ chi ha fumato meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma o non ha mai fumato

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

- ▶ Il 60% dei fumatori, che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- ▶ Tra questi ultimi, il consiglio nel 43% è stato dato a scopo preventivo, nel 31% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 26% per entrambi i motivi.
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione relativa alla percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare, nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.
- ▶ Il 41% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.
- ▶ Fra gli ex fumatori, il 94% ha smesso di fumare da solo.



*Consiglio di smettere di fumare
Pool di Asl Passi, 2007 (%)*



*Rispetto del divieto di fumo
nei locali pubblici
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Il fumo passivo

- ▶ L'84% delle persone intervistate ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- ▶ Riguardo all'abitudine di fumare in ambito domestico, il 70% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione, mentre nel restante 30% dei casi si può fumare in alcuni locali (24%) o dappertutto (6%).
- ▶ Tra gli intervistati che lavorano, infine, l'85% ha riferito che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.

Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo è risultata più frequente tra gli uomini e i giovani, specialmente nella classe d'età 18-24 anni, in cui quasi 4 persone su 10 hanno riferito di fumare.

Circa due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi. Nella quasi totalità dei casi, gli ex fumatori hanno riferito di aver smesso da soli.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti sui rischi del fumo. È opportuno promuovere nei cittadini e negli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza del problema e dell'esistenza di interventi efficaci per aiutare i fumatori a smettere. Nonostante l'attenzione al problema del fumo passivo, suscitata dall'entrata in vigore della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici, la situazione complessivamente appare ancora insoddisfacente.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (Imc), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc < 18,5), normopeso (Imc 18,5-24,9), sovrappeso (Imc 25-29,9), obeso (Imc ≥ 30).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	
Pool di Asl	% (IC 95%)
Popolazione con eccesso ponderale	
sovrappeso	31,9 (31,1-32,7)
obesi	11,1 (10,5-11,6)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario¹⁰	
sovrappeso	48,4
obesi	81,0
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
	10,4 (10,0-10,9)

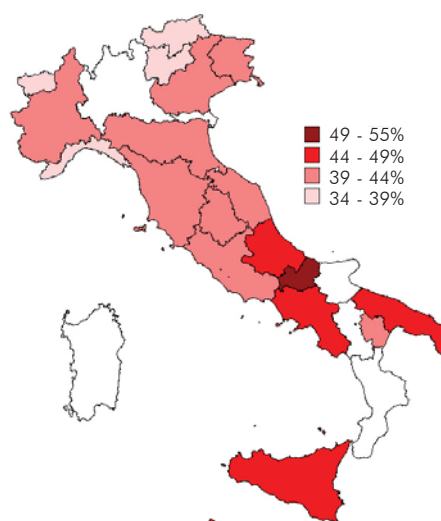
Eccesso ponderale		
Pool di Asl - Passi 2007 (n=21.375)		
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC 95%)	Obesi % (IC 95%)
Totale	31,9 (31,1-32,7)	11,1 (10,5-11,6)
Classi di età		
18 - 34	20,2	5,2
35 - 49	32,0	10,5
50 - 69	42,2	16,9
Sesso		
uomini	40,2	12,2
donne	23,7	10,0
Istruzione		
nessuna/elementare	41,8	22,4
media inferiore	36,1	13,1
media superiore	28,1	7,8
laurea	24,1	5,6
Difficoltà economiche		
molte	35,1	16,4
qualche	33,2	12,4
nessuna	29,7	8,2

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

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

¹⁰ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

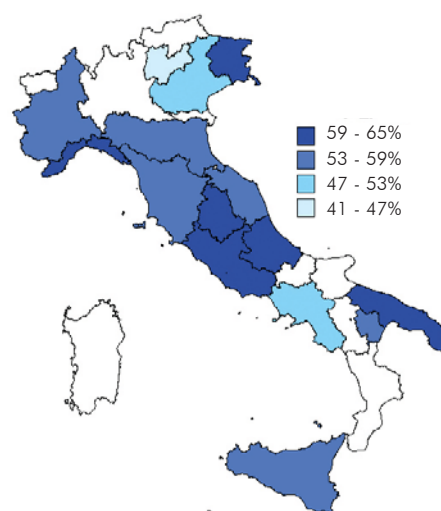
- ▶ Nella mappa accanto è riportata la situazione dell'eccesso ponderale (sovrappeso/obesi) per le Regioni e Asl che nel 2007 hanno raccolto un campione rappresentativo.
- ▶ La P.A. di Bolzano è la zona con la percentuale più bassa di persone sovrappeso/obese (34%), mentre il Molise è la quella con la percentuale più alta (55%).
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Nord-Sud.



*Eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

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

- ▶ Il 57% delle persone con eccesso ponderale (sovrappeso/obese) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso. Il 37% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione, nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo, relativa agli intervistati sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso.



*Consigliata dieta (sovrappeso/obesi)
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

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

Il 96% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno; tra questi, il 36% ha riferito di mangiarne 3-4 porzioni. Solo il 10%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

Conclusioni e raccomandazioni

L'eccesso ponderale è molto diffuso e rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche al problema del sovrappeso, che costituisce un fattore di rischio rilevante per molte malattie croniche. I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale e di favorire corrette abitudini alimentari.

Consumo di alcol

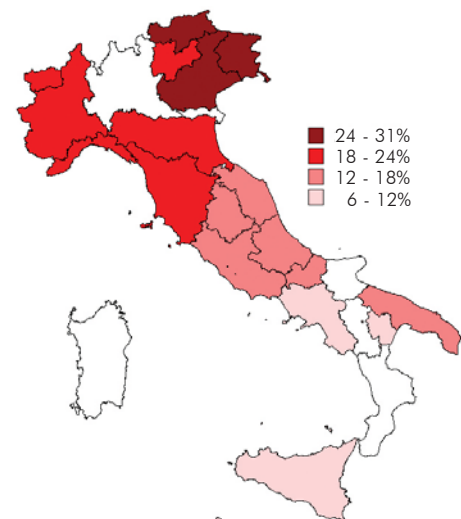
Secondo la definizione dell'Oms, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*: consumo, almeno una volta al mese, di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Consumo di alcol Pool di Asl	% (IC 95%)
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	61,3 (60,5-62,2)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	8,4 (8,0-8,9)
Bevitori binge	7,3 (6,9-7,7)
Forti bevitori	3,9 (3,6-4,2)
Bevitori a rischio ¹¹	16,1 (15,5-16,7)
Chiesto dal medico sul consumo	15,8 (15,1-16,5)
Consigliato dal medico -ai bevitori a rischio- di ridurre il consumo	8,7 (7,3-10,2)

Consumo a rischio (ultimo mese) Pool di Asl - Passi 2007 (n=21.157)	
Caratteristiche	Bevitori a rischio % (IC 95%)
Totale	16,1 (15,5-16,7)
Classi di età	
18 - 24	37,3
25 - 34	21,0
35 - 49	11,6
50 - 69	10,7
Sesso	
uomini	24,1
donne	8,3
Istruzione	
nessuna/elementare	10,1
media inferiore	15,8
media superiore	18,0
laurea	16,7
Difficoltà economiche	
molte	14,3
qualche	14,3
nessuna	18,4

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- ▶ Più del 16% degli intervistati sono bevitori a rischio.
- ▶ Il consumo a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di età 18-34 anni, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione più alto e tra chi non ha difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando tutte insieme queste caratteristiche tramite un modello logistico multivariato, le uniche variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa con il consumo a rischio sono l'età e il sesso.
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione relativa alla percentuale di persone da considerare bevitori a rischio nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 6% della Campania al 31% della P.A. di Bolzano.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud.

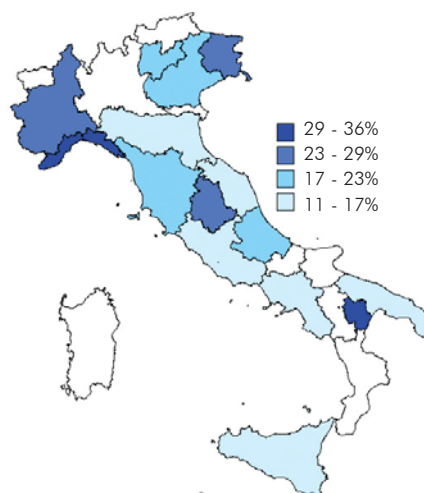


Bevitori a rischio
Pool di Asl - Passi 2007 (%)

¹¹ Bevitori fuori pasto o bevitori binge o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non è la somma dei singoli comportamenti.

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

- ▶ Nel pool di Asl partecipanti al sistema, solo il 16% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti relativi al consumo di alcol.
- ▶ Inoltre, solo il 9% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto da un medico o un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.



*Interrogato dal medico
sul consumo alcolico
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni e raccomandazioni

Circa due terzi della popolazione di 18-69 anni nel pool di Asl consumano abitualmente bevande alcoliche. Si stima che circa un sesto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione, con una maggior frequenza negli uomini e nei giovani.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo di alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari, che poco spesso si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano ai bevitori a rischio di moderarne l'uso.

Sicurezza stradale

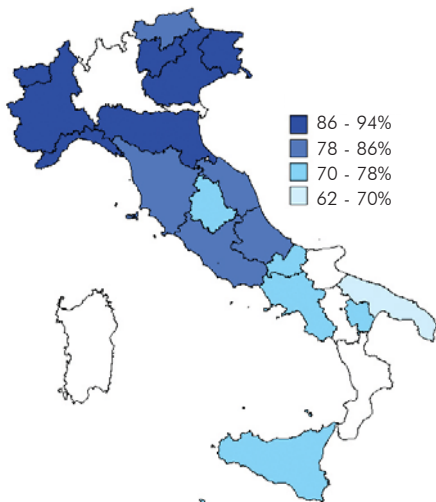
Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

Nel 2006 in Italia sono stati registrati oltre 238.000 incidenti stradali con circa 5.700 morti e oltre 330.000 feriti. Agli incidenti stradali si stima che siano annualmente imputabili circa 170.000 ricoveri ospedalieri, almeno 600.000 prestazioni di pronto soccorso e oltre 20.000 casi di invalidità.

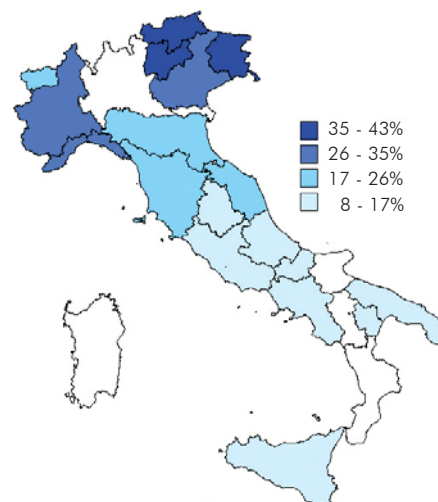
Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale e strutturale, sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

Sicurezza stradale Pool di Asl	% (IC 95%)
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza¹²	
casco sempre	91,5 (90,5-92,5)
cintura anteriore sempre	81,8 (81,0-82,5)
cintura posteriore sempre	18,9 (18,3-19,6)
Guida sotto effetto dell'alcol¹³	13,0 (12,3-13,7)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	9,5 (9,0-10,0)

L'uso dei dispositivi di sicurezza



*Uso della cintura anteriore
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



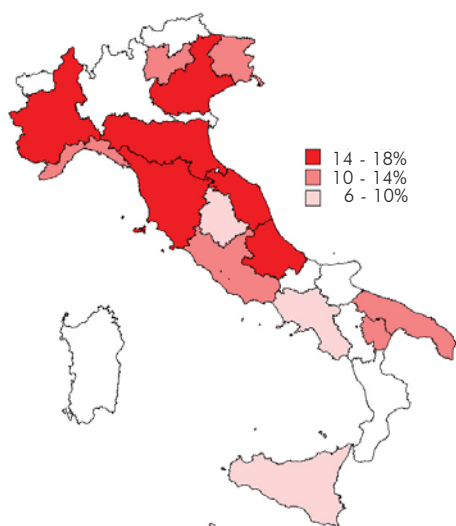
*Uso della cintura posteriore
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

¹² percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

¹³ aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara che negli ultimi 30 gg ha bevuto almeno un'unità alcolica e ha guidato

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- ▶ Il 13% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- ▶ L'abitudine di guidare in stato di ebbrezza è più frequente tra gli uomini e nella fascia di età 18-34 anni.
- ▶ Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico multivariato, la guida in stato di ebbrezza si conferma associata in maniera statisticamente significativa al sesso e all'età.
- ▶ Nella mappa sotto è riportata la situazione della guida sotto l'effetto dell'alcol, nelle Regioni e Asl che nel 2007 hanno raccolto un campione rappresentativo.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Guida sotto l'effetto dell'alcol
Pool di Asl - Passi 2007 (%)

Guida sotto l'effetto dell'alcol*	
Pool di Asl - Passi 2007 (n=13.120)	
Caratteristiche	Persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol** % (IC 95%)
Totale	13,0 (12,3 - 13,7)
Classi di età	
18 - 24	13,6
25 - 34	15,4
35 - 49	11,7
50 - 69	12,5
Sesso	
uomini	17,8
donne	4,6
Istruzione	
nessuna/elementare	12,1
media inferiore	12,4
media superiore	12,8
laurea	15,2
Difficoltà economiche	
molte	13,4
qualche	11,4
nessuna	14,2

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

Conclusioni e raccomandazioni

Complessivamente si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, anche se con differenze regionali notevoli. La cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene invece utilizzata da meno di una persona su cinque. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema diffuso specialmente al Nord. Per monitorare l'attività di contrasto del fenomeno, alcune Regioni aderenti a Passi hanno iniziato, nel 2008, a raccogliere informazioni supplementari, tramite un modulo aggiuntivo del questionario, relative ai controlli attuati dalle Forze dell'ordine.

Vaccinazione antinfluenzale

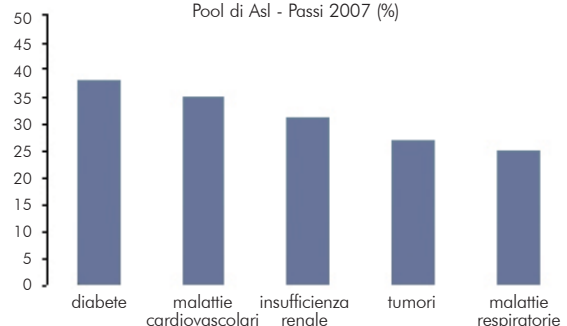
L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di patologie croniche), che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche (mortalità, ospedalizzazioni ecc). La vaccinazione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

Vaccinazione antinfluenzale Pool di Asl	% (IC 95%)
Vaccinati 18-64 anni (campagna antinfluenzale 2006-07)	12,5 (11,7-13,4)
Vaccinati 18-64 anni con almeno una patologia cronica	28,1 (25,6-30,7)

La copertura vaccinale tra i portatori di malattie croniche

- ▶ Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni, portatori di almeno una patologia cronica, solo il 28% ha dichiarato di essersi vaccinato, durante la campagna antinfluenzale 2006-07.
- ▶ Si osserva una discreta variabilità da regione a regione.
- ▶ La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - ◆ basse coperture tra gli ammalati di tumore (27%) e di patologie respiratorie croniche (25%)
 - ◆ poco più elevati i valori tra le persone affette da insufficienza renale (31%), malattie cardiovascolari (35%) e diabete (38%).

Copertura vaccinale nelle persone (18-64 anni) con diverse patologie croniche
Pool di Asl - Passi 2007 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere elevate coperture vaccinali delle categorie a rischio. Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della salute (obiettivo di copertura minima fissato al 75%), negli ultimi anni è stato possibile vaccinare la maggior parte degli ultrasessantatreenni (67% nella campagna 2006-07, secondo i dati del Ministero).

Tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, tuttavia, la copertura stimata è risultata essere ancora largamente insufficiente: poco più di una persona su quattro.

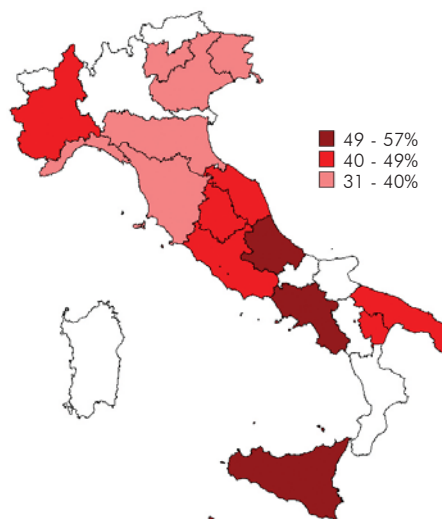
Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare con un esame (rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino. Si ritiene che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Vaccinazione antirosolia Pool di Asl	% (IC 95%)
Donne vaccinate (18-49 anni)	32,4 (31,0-33,7)
Donne suscettibili ¹⁴ (18-49 anni)	44,5 (43,0-46,0)

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- ▶ Secondo quanto riferito dalle donne intervistate di 18-49 anni, il 55% è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (32%) o per copertura naturale, rilevata dal rubeotest positivo (23%).
- ▶ Il 3% è invece sicuramente suscettibile, in quanto non vaccinate e con rubeotest negativo.
- ▶ Nelle donne in cui lo stato immunitario non è conosciuto (42%), lo si considera presuntivamente come negativo.
- ▶ Lo stato di suscettibilità (certa + presunta) varia nelle diverse regioni: si va dal 32% del Veneto al 57% della Campania.



*Donne 18 - 49 anni
suscettibili all'infezione
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni e raccomandazioni

La percentuale di donne in età fertile, che sono - certamente o presuntivamente - suscettibili alla rosolia è risultata ancora molto alta, con differenze sensibili da regione a regione. Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita, è necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali: medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche.

¹⁴ donna suscettibile = non ha effettuato il rubeotest e non è stata vaccinata, oppure ha il rubeotest negativo

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. La probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione più a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

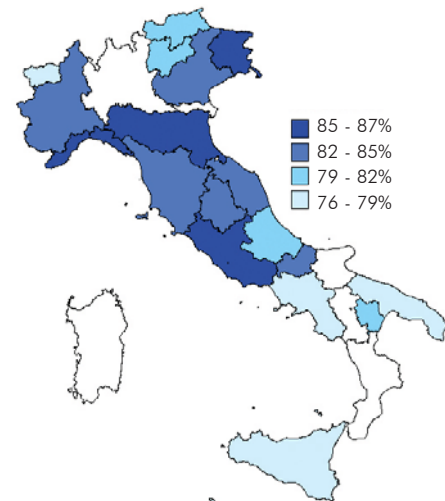
Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso e associato a malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

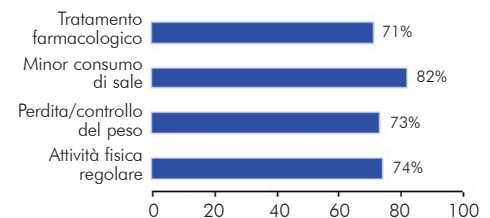
Trattare le complicanze dell'ipertensione costa circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

- ▶ La pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, nell'83% della popolazione del pool di Asl.
- ▶ Nella mappa a lato è rappresentata la situazione nelle Regioni e Asl che nel 2007 hanno raccolto un campione rappresentativo: si va dal 76% della Puglia all'87% del Friuli-Venezia Giulia.
- ▶ La percentuale di coloro cui è stata fatta una diagnosi di ipertensione varia dal 18% della P.A. di Trento al 27% della Puglia.
- ▶ Per entrambe le variabili le differenze interregionali sono statisticamente significative.
- ▶ Il 71% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.
- ▶ All'82% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 73% di controllare il peso corporeo e al 74% di svolgere regolarmente attività fisica.

Rischio cardiovascolare Pool di Asl	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹⁵	21,6 (20,9-22,4)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	82,7 (82,0-83,3)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ¹⁶	25,2 (24,3-26,0)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	76,8 (76,1-77,5)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ¹⁷	6,6 (6,1-7,1)



*Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



*Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

¹⁵ tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa

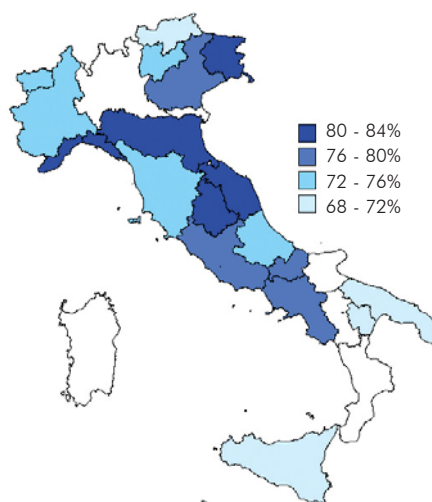
¹⁶ tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

¹⁷ su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

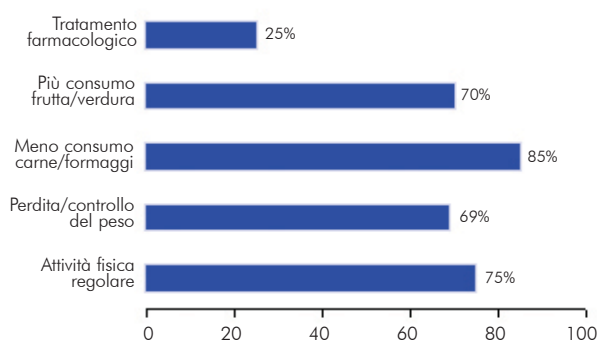
Ipercolesterolemia

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

- ▶ La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita nel 77% della popolazione del pool di Asl.
- ▶ Nella mappa a lato è rappresentata la situazione nelle Regioni e Asl che nel 2007 hanno raccolto un campione rappresentativo: si va dal 68% della Sicilia all'83% dell'Umbria.
- ▶ La percentuale di coloro cui è stata fatta una diagnosi di ipercolesterolemia, nel pool di Asl, è pari al 25%.
- ▶ Per entrambe le variabili si osservano differenze statisticamente significative tra le Regioni.
- ▶ Il 25% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico.
- ▶ Al 70% degli intervistati ipercolesterolemici è stato consigliato maggior consumo di frutta e verdura, all'85% minor consumo di carne e formaggi, al 69% di controllare il peso e al 75% di fare regolare attività fisica.



*Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



*Trattamento dell'ipercolesterolemia e consigli del medico
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

continua a pag. 30

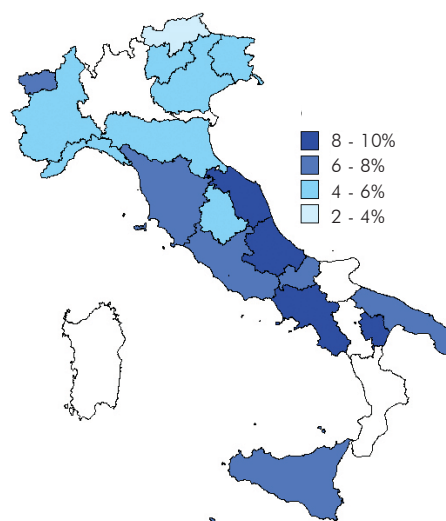


(segue da pag. 29)

Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici che il medico può utilizzare per stimare la probabilità del proprio paziente di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

- ▶ Nella mappa a lato è riportata la percentuale di persone cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 2% nella P.A. di Bolzano al 10% della Basilicata.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Persone ≥ 35 anni, senza patologie cardiovascolari, cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare. Pool di Asl - Passi 2007 (%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nel pool Passi 2007 si stima che circa una persona su cinque non si sia sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. La maggior parte degli ipertesi era in trattamento farmacologico (71%) e il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione è stato fornito a circa tre ipertesi su quattro. Anche se la pressione arteriosa è stata misurata a gran parte delle persone, è importante aumentare ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per gli assistiti sopra ai 35 anni), strutturando controlli regolari da parte degli operatori sanitari.

Il 23% degli intervistati ha riferito di non aver mai fatto una misurazione della colesterolemia nel corso della vita. Tra coloro che invece si sono sottoposti ad almeno un controllo, il 25% ha dichiarato di avere una condizione di ipercolesterolemia. Un quarto degli ipercolesterolemici era in trattamento farmacologico, mentre il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la colesterolemia è stato fornito a circa tre ipercolesterolemici su quattro. Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare la colesterolemia in molte persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. È quindi opportuno promuovere l'attivazione di interventi di provata efficacia nella gestione di questo fattore di rischio.

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati da parte dei medici. Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato molto di più di quanto sinora fatto (7% nel pool di Asl). Il calcolo del rischio cardiovascolare è uno strumento importante per la comunicazione del rischio individuale al paziente, che potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

Infortunati domestici

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

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

Nel pool di Asl partecipanti al sistema, il 91% degli intervistati ha dichiarato di avere una bassa percezione del rischio di infortunio domestico. Il range varia dall'87% della Campania al 95% dell'Abruzzo.

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

- ▶ Nel pool di Asl partecipanti al sistema solo il 28% degli intervistati ha riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- ▶ Il range varia dal 15% della P.A. di Bolzano al 34% della P.A. di Trento.
- ▶ Emergono differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.
- ▶ Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli (14%) e i mass media (14%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto tecnici (3%), personale sanitario (2%) e parenti/amici (1%).
- ▶ Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 30% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Conclusioni e raccomandazioni

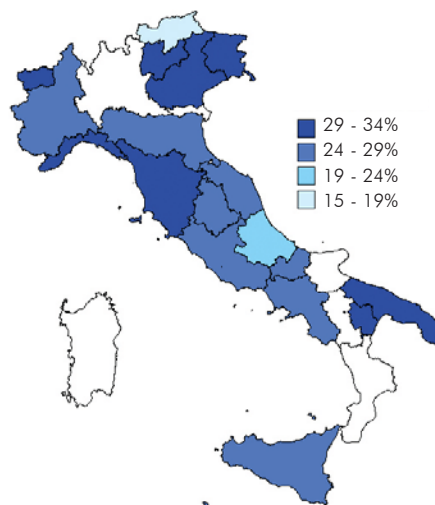
Sebbene gli incidenti domestici siano riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

Le informazioni sulla prevenzione sono risultate ancora insufficienti; opuscoli e mass media sembrano essere gli strumenti informativi più efficaci.

Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura. Quindi la popolazione si dimostra sensibile al problema.

È perciò opportuno mettere in campo un ventaglio di attività informative e preventive e un sistema per misurare nel tempo l'efficacia di questi interventi.

Sicurezza domestica Pool di Asl	% (IC 95%)
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	91,2 (90,8-91,7)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	27,6 (26,8-28,3)
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹⁸	30,1 (28,4-31,7)



Informazioni ricevute su prevenzione degli infortuni domestici
Pool di Asl - Passi 2007 (%)

¹⁸ tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni.

Depressione

L'Oms definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Le patologie mentali comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini sia per la società e sono in crescita a livello mondiale. Tra le patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'Oms ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia, si stima che ogni anno oltre un milione e mezzo di persone adulte soffrano di un disturbo di tipo depressivo (studio Eseméd).

Sintomi di depressione Pool di Asl	% (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ¹⁹	9,4 (8,9-10,0)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²⁰	52,8 (49,6-56,0)
Figure di ricorso per sintomi di depressione	
nessuno	47,2
medico/operatore sanitario	34,0
famiglia/amici	13,0
entrambi	5,8

Sintomi di depressione Pool di Asl - Passi 2007 (n=20.850)	
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3) % (IC 95%)
Totale	9,4 (8,9 - 10,0)
Classi di età	
18 - 34	6,7
35 - 49	9,2
50 - 69	12,1
Sesso	
uomini	5,9
donne	12,8
Istruzione	
nessuna/elementare	16,9
media inferiore	10,2
media superiore	7,7
laurea	5,6
Difficoltà economiche	
molte	21,7
qualche	9,3
nessuna	5,7
Stato lavorativo	
lavora	7,0
non lavora	13,1
Malattie croniche	
almeno una	17,8
nessuna	7,5

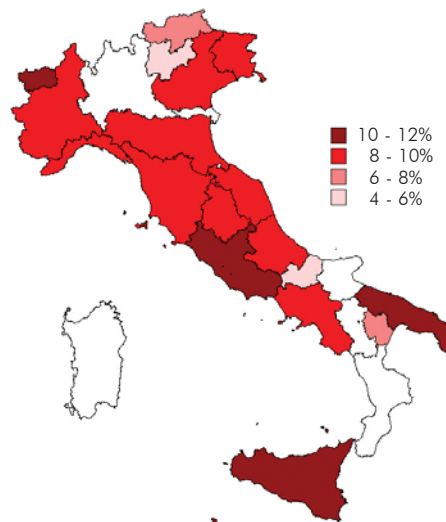
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- ▶ Il 9% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.
- ▶ A essere più colpite dai sintomi di depressione sembrano essere le persone di età più avanzata, le donne (più del doppio rispetto agli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.
- ▶ Analizzando tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata si conferma l'associazione dei sintomi di depressione con tutte le variabili sopra citate.

¹⁹ Classificazione basata su un punteggio ≥3 del Patient Health Questionnaire (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentita giù di morale, depressa o senza speranza.

²⁰ La domanda è stata fatta a un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.

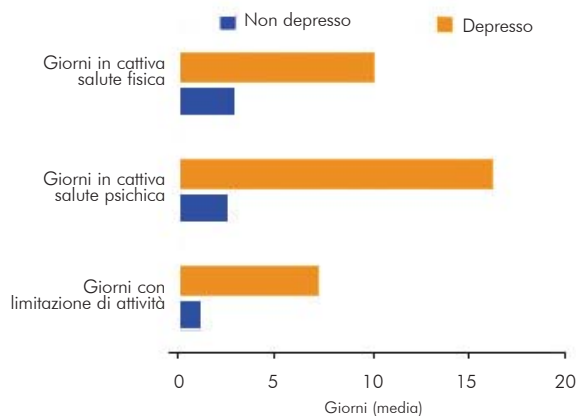
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la situazione relativa alla percentuale di persone che riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia tra il 4% della P.A. di Trento e il 12% della Sicilia.
- ▶ Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.



*Sintomi di depressione
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla loro vita?

- ▶ Il 33% di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono", contro il 68% delle persone non depresse.
- ▶ La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi di depressione.
- ▶ Anche la media dei giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.



*Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività
Pool di Asl - Passi 2007*

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Tra le persone con sintomi di depressione, poco più della metà (53%) si è rivolta a qualcuno: il 34% è stata da un medico, il 13% ha chiesto aiuto ai familiari e il 6% si è rivolta sia a un medico sia ai familiari.

Conclusioni e raccomandazioni

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

Screening del tumore del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 11 milioni (il 69%).

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni)	
Pool di Asl	% (IC 95%)
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	73,1 (71,8-74,3)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	54,6 (53,4-55,7)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	58,0 (56,6-59,4)
Donne che hanno visto una campagna informativa	66,0 (64,9-67,6)

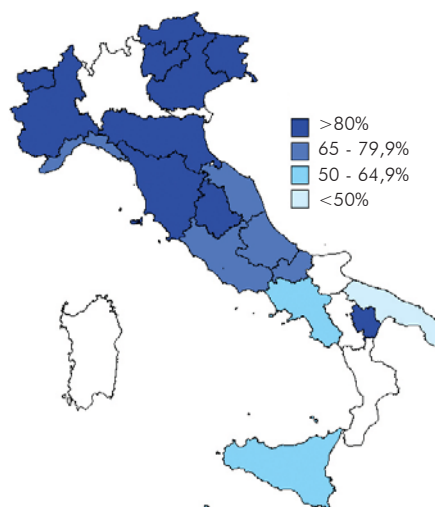
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) Pool di Asl - Passi 2007 (n=8.325)	
Caratteristiche	Pap test eseguito negli ultimi tre anni* % (IC 95%)
Totale	73,1 (71,8 - 74,3)
Classi di età	
25 - 34	65,4
35 - 49	78,9
50 - 64	71,0
Stato civile	
coniugata	75,7
non coniugata	67,0
Convivenza	
convivente	76,0
non convivente	66,0
Istruzione	
nessuna/elementare	59,3
media inferiore	71,9
media superiore	77,6
laurea	76,0
Difficoltà economiche	
molte	61,5
qualche	72,2
nessuna	78,8

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

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

- ▶ Il 73% delle donne intervistate riferisce di avere effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni (copertura accettabile 65%; copertura desiderabile 80%).
- ▶ L'effettuazione regolare dell'esame è più frequente nelle donne della fascia di età 35-64, coniugate o conviventi, con un livello d'istruzione più elevato e senza molte difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tutte le variabili considerate, fatta eccezione per lo stato civile, rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'aver eseguito un Pap test negli ultimi tre anni.

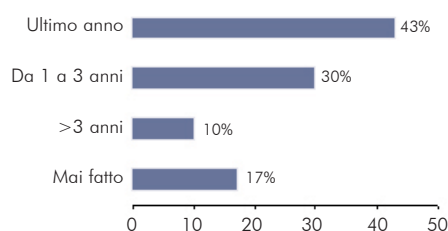
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la prevalenza delle donne che hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 49% della Puglia al 90% della Valle d'Aosta. Si rileva un gradiente Nord-Sud, con marcate differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- ▶ Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato, il 43% delle donne intervistate ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 30% da uno a tre anni, il 10% da più di tre anni.
- ▶ Il 17% delle donne intervistate non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

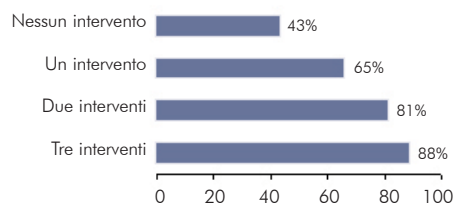
*Pap test eseguito negli ultimi tre anni
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



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

- ▶ Le donne di 25-64 anni, che hanno effettuato il Pap test, hanno riferito di ritenere che gli interventi di promozione ricevuti abbiano avuto un'influenza positiva, nelle seguenti percentuali: lettera dell'Asl (65%), consiglio dell'operatore (77%), campagna comunicativa (62%).
- ▶ L'efficacia degli interventi di promozione è confermata dal riscontro di un'associazione tra numero di interventi ricevuti ed esecuzione del test secondo le raccomandazioni (vedi diagramma).

*Pap test e periodicità
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



*Pap test e interventi di promozione
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni

Mentre nel pool di Asl partecipanti la copertura riferita di questo screening, nelle donne di 25-64 anni, appare complessivamente accettabile, si evidenziano ancora disomogeneità territoriali, con insufficiente copertura in alcune regioni meridionali. La combinazione di più interventi di promozione per l'effettuazione del Pap test, come avviene nei programmi di screening organizzati, è associata a una maggior adesione alle raccomandazioni. Quasi una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap test nel corso dell'ultimo anno: la percentuale attesa, invece, è pari a una donna su tre, poiché la periodicità raccomandata dell'esame è triennale. Quindi una quota di donne ha effettuato l'esame più spesso di quanto raccomandato, verosimilmente per consiglio inappropriato dell'operatore sanitario.

Screening del tumore della mammella

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

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa

nelle donne di 50-69 anni. A livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%. Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening è pari al 57% della popolazione interessata.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50-69 anni)

Pool di Asl	% (IC 95%)
Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	67,6 (65,7-69,5)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	61,8 (60,1-63,5)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	59,4 (57,4-61,5)
Donne che hanno visto una campagna informativa	73,5 (71,7-75,3)

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 25-64 anni) Pool di Asl - Passi 2007 (n=3.999)

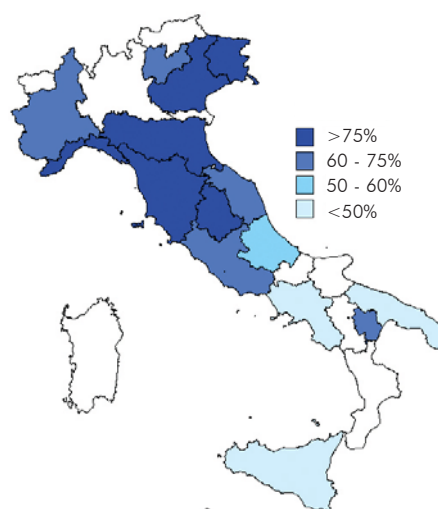
Caratteristiche	Mammografia eseguita negli ultimi due anni* % (IC 95%)
Totale	67,6 (65,7 - 69,5)
Classi di età	
50 - 59	71,7
60 - 69	63,2
Stato civile	
coniugata	69,4
non coniugata	62,3
Convivenza	
convivente	69,9
non convivente	61,5
Istruzione	
nessuna/elementare	61,1
media inferiore	71,1
media superiore	72,1
laurea	73,8
Difficoltà economiche	
molte	55,0
qualche	64,8
nessuna	76,6

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

Quante donne hanno eseguito la mammografia negli ultimi due anni?

- ▶ Quasi il 68% delle donne intervistate riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva, cioè in assenza di segni e sintomi, nel corso degli ultimi due anni (copertura accettabile 60%; copertura desiderabile 75%).
- ▶ L'effettuazione regolare dell'esame è risultata più frequente nelle donne della fascia di età 50-59 anni, coniugate o conviventi, con un livello d'istruzione più elevato e senza molte difficoltà economiche.
- ▶ Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tutte le variabili considerate - fatta eccezione per lo stato civile - rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni.
- ▶ L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 46 anni, più bassa rispetto a quella raccomandata (50 anni). Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 64% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

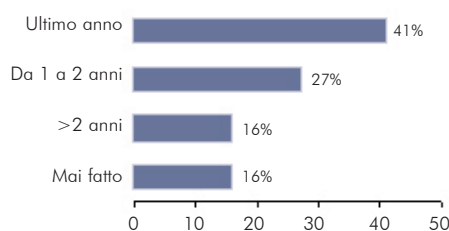
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la prevalenza delle donne che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2007 un campione rappresentativo.
- ▶ Il range varia dal 44% della Puglia all'83% del Friuli-Venezia Giulia. Si rileva un gradiente Nord-Sud, con marcate differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- ▶ Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 41% delle donne ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 27% da uno a due anni e il 16% da più di due anni.
- ▶ Il 16% delle donne intervistate non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

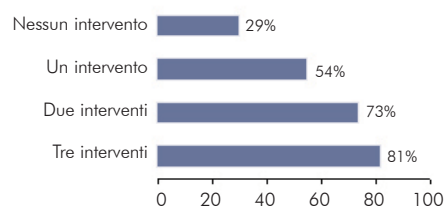
*Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia

- ▶ Le donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia hanno riferito di ritenere che gli interventi di promozione ricevuti hanno avuto un'influenza positiva, nelle seguenti percentuali: lettera dell'Asl (72%), consiglio dell'operatore (81%), campagna comunicativa (67%).
- ▶ L'efficacia degli interventi di promozione è confermata dal riscontro di un'associazione tra numero di interventi ricevuti ed esecuzione del test secondo le raccomandazioni (vedi diagramma).

*Mammografia e periodicità
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



*Interventi di promozione e
effettuazione della mammografia
negli ultimi 2 anni
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni

La copertura riferita dalle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della mammografia preventiva mostra un gradiente Nord-Sud. Le regioni settentrionali e centrali superano la soglia della copertura consigliata (60%), ma non tutte raggiungono quella raccomandata (75%).

La combinazione di più interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia, come avviene nei programmi di screening organizzati, è associata a una maggior adesione alle raccomandazioni. L'età media della prima mammografia (46 anni) indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali. La periodicità di esecuzione della mammografia appare corretta.

Screening del tumore del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti. Il Piano nazionale della prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone nella fascia 50-69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci (con frequenza biennale) o l'esecuzione di una retto-sigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è 5 anni. Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target).

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni)	
Pool di Asl	% (IC 95%)
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto fecale (Sof) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	19,1 (18,3-20,0)
Eseguita una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	8,5 (7,7-9,3)
Ha ricevuto la lettera dell' Asl	21,8 (21,2-22,5)
Ha ricevuto il consiglio di un medico od operatore sanitario	22,8 (21,6-23,9)
Ha visto una campagna informativa	42,2 (40,9-43,4)

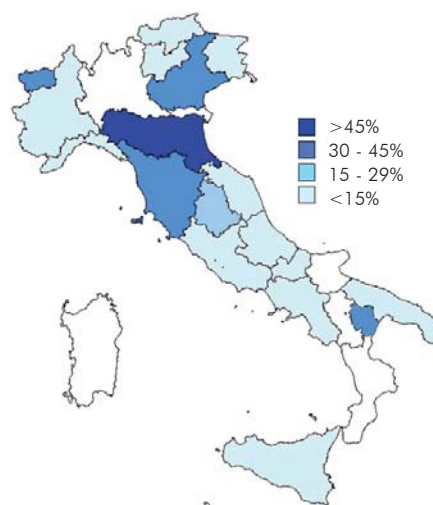
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni)		
Pool di Asl - Passi 2007 (n=7.639 per ricerca sangue occulto, n=7.802 per colonscopia)		
Caratteristiche	Ricerca sangue occulto fecale* % (IC 95%)	Colonscopia % (IC 95%)
Totale	19,1 (18,3 - 20,0)	8,5 (7,7 - 9,3)
Classi di età		
50 - 59	18,1	6,5
60 - 69	20,2	10,6
Sesso		
uomini	19,6	9,4
donne	18,7	7,7
Istruzione		
nessuna/elementare	20,1	8,4
media inferiore	18,1	8,1
media superiore	19,7	8,1
laurea	17,7	11,0
Difficoltà economiche		
molte	13,7	9,7
qualche	17,3	7,4
nessuna	22,9	9,1

* Ricerca del Sof negli ultimi due anni; retto-sigmoidoscopia/colonscopia negli ultimi cinque anni

Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi di neoplasia del colon-retto in accordo con le linee guida?

- ▶ Il 19% delle persone intervistate ha riferito di avere effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo in accordo alle linee guida (ultimi due anni) e l'8% ha riferito di avere effettuato una colonscopia preventiva nel corso degli ultimi cinque anni. Per il test Sof, che è il più diffusamente adottato, la copertura accettabile è il 45%, desiderabile il 65%.
- ▶ Analizzando tutte insieme le caratteristiche della tabella tramite un modello logistico multivariato si osserva che:
 - ◆ la ricerca del sangue occulto in accordo alle linee guida è più frequente nelle persone della fascia di età 60-69 anni con basso livello di istruzione e poche o nessuna difficoltà economiche
 - ◆ la colonscopia negli ultimi cinque anni è più frequente tra le persone più anziane e con livello di istruzione elevato.

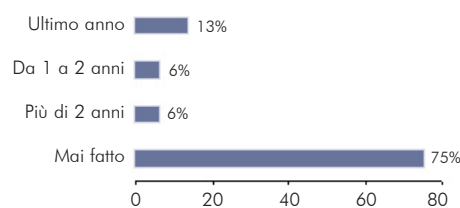
- ▶ Nella mappa a lato è riportata la prevalenza delle persone che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto fecale a scopo preventivo negli ultimi due anni.
- ▶ Il range varia dal 3% della Sicilia al 48% dell'Emilia-Romagna.
- ▶ Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



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

- ▶ Rispetto all'ultima ricerca del sangue occulto, il 13% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 6% da uno a due anni, il 6% da più di due anni e il 75% non ha mai eseguito l'esame.
- ▶ Rispetto all'ultima colonscopia preventiva, il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 5% da uno a cinque anni, l'1% da sei o più anni e il 90% non ha mai eseguito l'esame.

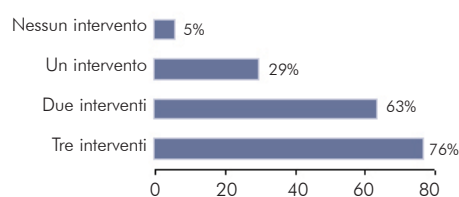
*Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



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

- ▶ Il 22% delle persone intervistate, con 50-69 anni, ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'Asl per eseguire un test di screening coloretale, il 23% di essere stato consigliato da un medico o un operatore sanitario e il 42% di aver visto o sentito una campagna informativa.
- ▶ L'efficacia degli interventi di promozione è confermata dal riscontro di un'associazione tra numero di interventi ricevuti ed esecuzione del test (ricerca del sangue occulto fecale o retto-sigmoidoscopia/colonscopia) secondo le raccomandazioni (vedi diagramma).

*Sangue occulto e periodicità
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*



*Interventi di promozione e
effettuazione del test di screening
nei tempi raccomandati
Pool di Asl - Passi 2007 (%)*

Conclusioni

Nonostante la dimostrata efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, nel pool di Asl solo una modesta percentuale di persone si è sottoposta ai test di screening. La sorveglianza Passi indica che la ricerca del sangue occulto fecale è significativamente più frequente nelle regioni dove sono attivi programmi strutturati. La combinazione di più interventi di promozione per l'esecuzione dei test previsti per la diagnosi precoce, come avviene nei programmi di screening organizzati, è associata a una maggior adesione alle raccomandazioni.

Appendice

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 dicembre 2006, delle 149 Aziende sanitarie locali partecipanti a Passi (in cui risiede oltre l'85% della popolazione italiana). Criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio della Asl e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza Passi. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale 22.000 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool Passi", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza.

Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

In particolare:

- ▶ per la Basilicata contribuisce solo l'Asl di Matera
- ▶ per la Puglia contribuiscono le Asl di Bari, Brindisi, Lecce, Taranto
- ▶ la Sardegna non ha raggiunto nel 2007 una numerosità e una rappresentatività sufficienti per poter produrre stime attendibili
- ▶ la Lombardia e la Calabria non hanno raccolto alcuna intervista nel 2007; la prima ha iniziato nel 2008, mentre la seconda inizierà la rilevazione a breve
- ▶ per il Veneto le Asl della provincia di Rovigo non sono state considerate, in quanto poco rappresentate nel campione regionale.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di medicina generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'Asl di appartenenza.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di sanità pubblica durante tutto l'anno 2007, con cadenza mensile;

luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 14% degli intervistatori ha utilizzato nel 2007 il metodo Cati (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate. Il dataset del pool di Asl partecipanti a Passi è stato consolidato dopo verifiche rivolte a garantire qualità, uniformità e confrontabilità dei risultati.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori, implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web, sul sito di servizio www.passidati.it.

Analisi dei dati

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

Per garantire idonea rappresentatività, sono stati aggregati in ciascuna Regione i dati delle Asl, opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando di regola le stime puntuali, con gli intervalli di confidenza al 95% solo per le variabili principali. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura, e le più rilevanti significatività statistiche sono state riportate nel testo.

Per rappresentare i confronti tra le Regioni/P.A. sono state predisposte mappe che evidenziano in modo immediatamente percepibile, tramite scale di colori, la situazione nelle Regioni. Per definire le soglie, la differenza tra valore minimo e massimo è stata per lo più suddivisa in intervalli eguali.

Alcune stime riguardano solo porzioni limitate della popolazione, e ciò comporta la riduzione della numerosità dei casi su cui viene eseguita l'analisi. Di conseguenza, per alcune Regioni, i dati disponibili relativi al 2007 sono risultati insufficienti per produrre stime pienamente attendibili: in tali casi i relativi valori non sono stati riportati nella mappa.

Etica e privacy

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

È stata chiesta una valutazione sul sistema Passi da parte del comitato etico dell'Iss che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il coordinatore aziendale.

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

Il personale dell'Asl, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica

sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

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

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

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

I dati del monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza Passi (www.passidati.it). Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali. Si riportano qui sotto le principali definizioni.

Popolazione indagata: persone residenti nell'Asl, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).

Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la Asl, in grado di sostenere una intervista telefonica.

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

Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).

Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

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

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

Regione	Risposta	Rifiuto	Non reperibilità	Eleggibilità
Piemonte	82,5	12,9	4,6	95,6
Valle d'Aosta	65,4	25,7	8,8	94,3
P. A. Bolzano	82,7	15,1	2,2	93,8
P. A. Trento	84,6	9,5	5,9	93,9
Veneto	87,7	9,4	2,9	96,3
Friuli-V. Giulia	88,0	6,9	5,1	95,0
Liguria	82,7	12,0	5,2	94,8
Emilia-Romagna	87,6	8,8	3,6	95,7
Toscana	75,8	17	7,1	96,5
Umbria	94,4	3,3	2,3	97,3
Marche	86,4	11,4	2,2	96,3
Lazio	85,3	10,1	4,6	95,8
Abruzzo	90,3	5,7	4,0	94,7
Molise	76,4	20,4	3,1	93,6
Campania	92,1	6,3	1,6	95,8
Puglia	80,9	13,6	5,5	88,0
Basilicata	72,6	24,5	2,9	97,0
Sicilia	84,0	11,3	4,7	91,0
Sardegna	87,9	9,9	2,1	92,6
Pool di Asl	85,0	11,0	4,0	95,3

Indicatori di monitoraggio per le Regioni che hanno partecipato alla raccolta dati nel 2007.

I referenti e coordinatori Passi

Abruzzo

Referente regionale T. Agostini.
 Vice-Referente regionale V. Cofini.
 Coordinatore regionale G. Diodati.
 Vice-Coordinatore regionale C. Turchi
 Coordinatori aziendali: I. Taglione (Asl Pescara); A. Savino (Asl Chieti); P. Natali (Asl Teramo); V. Colorizio (Asl L'Aquila); P.A. Farello (Asl L'Aquila); C. Turchi (Asl Lanciano-Vasto); C. Mancini (Asl Avezzano-Sulmona)

Basilicata

Referente regionale G. Cauzillo.
 Coordinatore regionale M. Gallo
 Coordinatori aziendali: A. Bochicchio (Asl 1); C. Rubino (Asl 2); P. Ammirati (Asl 3); T. Russo (Asl 4); G. Amendolara (Asl 5)

Bolzano P. A.

Referente regionale C. Melani.
 Coordinatore regionale A. Fanolla.
 Vice-Coordinatore regionale S. Weiss
 Coordinatore aziendale P. Corazza (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige)

Calabria

Referente regionale T. Pelaggi.
 Coordinatore regionale F. Sconza.
 Vice-Coordinatore regionale M.B. Grasso
 Coordinatori aziendali: A. Sutura Sardo (Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro); G. Paduano (Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia); F. Sconza (Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza); N. Guccione (Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza); A. Bisbano (Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona); F. Zappia (Azienda Sanitaria di Locri); P. Condello (Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria)

Campania

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

Emilia-Romagna

Referente regionale A.C. Finarelli.
 Vice-referente regionale P. Angelini.
 Coordinatore regionale N. Bertozzi.
 Coordinatore regionale G. Carrozzi.
 Coordinatori aziendali: A.R. Sacchi (Ausl Piacenza); A. Nieddu (Ausl Parma); A.M. Ferrari (Ausl Reggio Emilia); G. Carrozzi (Ausl Modena); L. Bolognesi (Ausl Modena); Cinzia del Giovane (Ausl Modena); P. Pandolfi (Ausl Bologna); D. Agostini (Ausl Bologna); S. De Lisio (Ausl Bologna); I. Stefanelli (Ausl Imola); A. De Togni (Ausl Ferrara); O. Mingozzi (Ausl Forlì); N. Bertozzi (Ausl Cesena); E. Prati (Ausl Cesena); D. Sangiorgi (Ausl Cesena); M. Morri (Ausl Ravenna); G. Silvi (Ausl Ravenna); F. Fabbri (Ausl Rimini); P. Cesari (Ausl Rimini)

Friuli-Venezia Giulia

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

Lazio

Referente regionale E. Turi.

Vice-referente regionale A. Capon.

Coordinatore regionale M.O. Trinito.

Vice-coordinatori regionali A. Lancia e S. Iacovacci

Coordinatori aziendali: B. Giudiceandrea (Asl Rm A); M. Di Fabio (Asl Rm B);

M.O. Trinito (Asl Rm C); U. D'amico (Asl Rm D); A. Pendenza (Asl Rm E);

A. Martelli (Asl Rm F); F. Alicata (Asl Rm G); R. Giammattei (Asl Rm H); S. Iannone (Asl Fr);

S. Iacovacci (Asl Lt); G. Bartolomei (Asl Ri); O. Micali (Asl Vt)

Liguria

Referente regionale P. Oreste.

Coordinatore regionale C. Culotta.

Vice-coordinatore regionale R. Cecconi

Coordinatori aziendali: M. Picasso (Asl 1 Imperiese); R. Carloni (Asl 2 Savonese);

R. Cecconi (Asl 3 Genovese); M. Ferrari Bravo (Asl 4 Chiavarese); R. Baldi (Asl 5 Spezzino)

Lombardia

Referente e Coordinatore regionale C. Zocchetti.

Vice-coordinatore regionale M.E. Pirola

Coordinatori aziendali: A. Silvestri (Asl Milano Città); G. Rocca (Asl 2 Bergamo);

R. Salaroli (Asl 3 Lecco); L. Camana (Asl 4 Pavia); R. Bardelli (Asl 5 Varese)

Marche

Referente regionale G. Tagliavento.

Coordinatore regionale F. Filippetti.

Vice-coordinatore regionale R. Passatempo

Coordinatori aziendali: G. Raschi (ZT 1); M. Greco (ZT 2); A. Vaccaro (ZT 3);

R. Rossini (ZT 4); F. Pasqualini (ZT 5); D. Cimini (ZT 6); M. Morbidoni (ZT 7);

R. Passatempo (ZT 8); L. Marinelli (ZT 9); F. Filippetti (ZT 10); M.T. Lanciotti (ZT 11); F.

Picciotti (ZT 12); M. Baffoni (ZT 13)

Molise

Referente regionale A. D'Alò.

Coordinatore regionale G. Di Giorgio.

Vice-coordinatore regionale S. Rago

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

C. Montanaro (Asl Temoli)

Piemonte

Referente regionale D. Tiberti.

Coordinatore regionale M.C. Antoniotti.

Vice-coordinatore regionale D. Lombardi

Coordinatori aziendali: M. Meda (Asl: 1, 2, 3, 4); A. Gallone (Asl 5); S. Stanzione (Asl 6); D.

Greco (Asl 7); G. Valenza (Asl 8); M.P. Alibrandi (Asl 9); P. Laurenti (Asl 10);

G. Bagnasco (Asl 11); A. Giacomini (Asl 12); E. Moia (Asl 13); P. Ferrari (Asl 14);

L. Orione (Asl 15); M.T. Puglisi (Asl 16); A. Repossi (Asl 17); L. Marinaro (Asl 18);

D. Rivetti (Asl 19); M.A. Brezzi (Asl 20); A. Galiano (Asl 21); R. Prosperi (Asl 22)

Puglia

Referente regionale V. Pomo.

Coordinatore regionale V. Aprile.

Vice-coordinatore regionale C.A. Germinario

Coordinatori aziendali: V. Di Martino (Asl Foggia); E. Coviello (Asl Bari); A. De Luca (Asl

Bat); R. Cipriani (Asl Taranto); S. Termite (Asl Brindisi); V. Aprile (Asl Lecce)

Sardegna

Referente regionale R. Masala.

Coordinatore regionale M. Melis

Coordinatori aziendali: E. Tavera (Asl 1 Sassari); M. Usala (Asl 3 Nuoro); M.A. Aini (Asl 2

Olbia); A. Loddo (Asl 4 Lanusei); R. Murgia (Asl 5 Oristano); F. Congiu (Asl 6 Sanluri); G.

Pala (Asl 7 Carbonia); M. S. Floris (Asl 8 Cagliari)

Sicilia

Referente regionale A. Mira.

Coordinatore regionale S. Scondotto.

Vice-coordinatori regionali P. Miceli, G. Dardanoni

Coordinatori aziendali: A.M. Cardinale (A. Usl 1 Agrigento); R. Milisenna (A. Usl 2

Caltanissetta); M. Cuccia (A. Usl 3 Catania); F. Belbruno (A.Usl 4 Enna);

G. Fiumanò (A.Usl 5 Messina); M.A. Randazzo (A.Usl 6 Palermo); G. Ferrera (A.Usl 7

Ragusa); M.C. Bandiera (A.Usl 8 Siracusa); M.L. Contrino (A.Usl 8 Siracusa);

R. Candura (A.Usl 9 Trapani)

Toscana

Referente regionale E. Balocchini.

Vice-referente regionale M.L. Duratorre.

Coordinatore regionale G. Garofalo.

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

Coordinatori aziendali: V. Merciadri (Asl 1); A. Scacchiotti (Asl 2); W. Wanderlingh (Asl 3);

M. Lo Tito (Asl 4); L. Carneglia (Asl 5); A. Barbieri (Asl 6); A. Bevilacqua (Asl 7); A. Beltrano

(Asl 8); P. Piacentini (Asl 9); R. Cecconi (Asl 10); M. Chiti (Asl 11); C. Raffaelli (Asl 12)

Trento P. A.

Referente regionale L. Pontalti.

Coordinatore regionale P. Fateh-Moghadam.

Vice-coordinatore regionale L. Ferrari

Coordinatore aziendale P. Fateh-Moghadam (Asl 1)

Umbria

Referente regionale A. Tosti.

Coordinatore regionale C. Bietta.

Vice-coordinatore regionale M. Cristofori

Coordinatori aziendali: D. Felicioni (Asl 1); C. Bietta (Asl 2); U. Bicchelli (Asl 3);

M. Cristofori (Asl 4)

Valle d'Aosta

Referente regionale E. Rovarey.

Coordinatore regionale S. Bongiorno.

Vice-coordinatore regionale R.M. Cristaudo

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

Veneto

Referente regionale F. Michieletto.

Coordinatore regionale S. Milani.

Vice-coordinatore regionale M. Ramigni

Coordinatori aziendali: F. Russino (Aulss 1); D. Grazioli (Aulss 2); M. Mazzetto (Aulss 3); E.

Chiesa (Aulss 4); A. Fiorio (Aulss 5); P. Colussi (Aulss 6); T. Menegon (Aulss 7); G. Lustro

(Aulss 8); M. Ramigni (Aulss 9); C. Lambertini (Aulss 10); G. Marchese (Aulss 12); S. Milani

(Aulss 13); A. Olivieri (Aulss 15); L. Gottardello (Aulss 16); C. Schiavinato (Aulss 17); P.

Casale (Aulss 18 e 19); S. Manservisi (Aulss 20); G. Blengio (Aulss 22)

