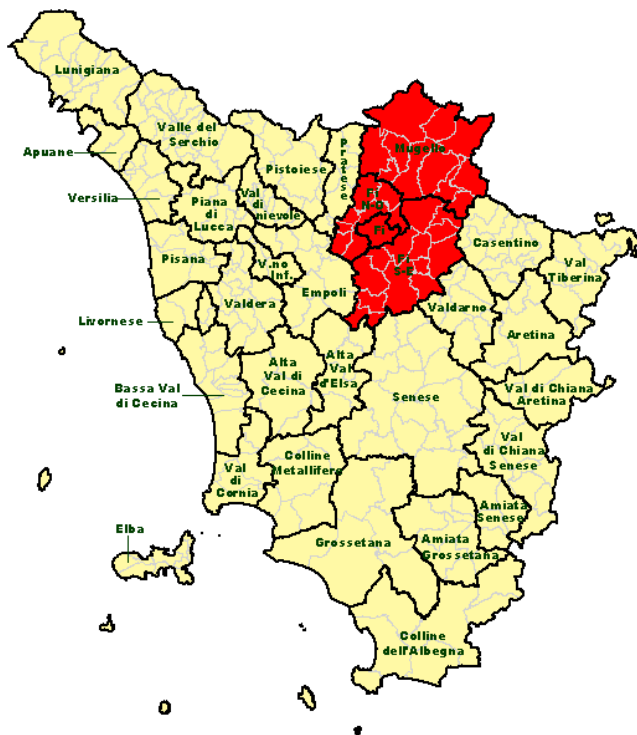


Sistema di Sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2007/2008

Azienda Sanitaria Firenze





A cura di:

Rossella Cecconi, Coordinatore Aziendale Sistema di sorveglianza PASSI
Carla Fiumalbi, Donatella Bartolini, Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze
Giorgio Garofalo, Coordinatore Regionale Sistema di Sorveglianza PASSI

Con la collaborazione di:

Anna Cappelletti, Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze.
Massimo Bellusci, S.C. Applicazione e Architettura Dati ASL 10 Firenze
Elena Carucci, Federico Mannocci, Giancarlo Taffuri, Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica - Università degli studi Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carrozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirus Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadiroma, Roma)

- a livello regionale:

Emanuela Balocchini, Referente regionale Sistema di sorveglianza Passi
Maria Laura Duratorre, Vice Referente regionale Sistema di sorveglianza PASSI
Giorgio Garofalo, Franca Mazzoli, Rossella Cecconi, Coordinamento regionale sistema di Sorveglianza PASSI

- a livello aziendale:

Anna Cappelletti, Silvia Cecchi, Roberta Cortini, Silvia Terzani, Sonia Borselli, Cinzia Forasacchi, Dina Ghelli, Giovanna Mereu, Daniela Rinaldi, Letizia Vinattieri. Intervistatrici Sistema di Sorveglianza PASSI

Si ringraziano il Direttore generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL 10, si ringraziano inoltre i Medici di Medicina Generale, i Sindaci per la preziosa collaborazione fornita.

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

Premessa

Dopo la sperimentazione condotta negli anni precedenti , a cui abbiamo partecipato come Regione e come ASL, nel 2007 è stato avviato in tutto il territorio regionale il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Per sorveglianza di popolazione sulla salute si intende una raccolta continua e sistematica di dati finalizzata a progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica. Il cambiamento culturale che sta alla base di PASSI è quello di passare da un sistema che misura la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie a uno che ascolta direttamente i bisogni di salute percepiti. Al centro del sistema vi è quindi la persona: il contatto diretto, attraverso un'intervista telefonica, è la modalità con cui PASSI ascolta la voce dei cittadini e raccoglie le informazioni sui bisogni di salute.

Il presente rapporto sintetizza i risultati del primo anno di avvio del sistema di sorveglianza nella nostra ASL e permette di documentare quanto rilevato in un'ottica di costruzione di trend temporali che permetteranno di stimare l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, dieta, ecc.) nonché la diffusione delle misure e degli interventi di prevenzione a livello locale.

In molte aree del Paese i risultati del sistema di sorveglianza PASSI vengono già utilizzati dalle realtà locali per evidenziare lo stato di salute della popolazione , il contesto epidemiologico dei principali fattori di rischio comportamentali e l'adesione alle misure preventive proposte. I nostri sforzi sono orientati a favorire anche nella nostra realtà locale, integrandoli con altre fonti informative esistenti, l'utilizzo dei risultati. In tal senso giova anche ricordare l'utilità e la coerenza della sorveglianza PASSI con le numerose attività correnti multisettoriali e multidisciplinari di prevenzione, fra cui spiccano i Piani della Prevenzione e il programma "Guadagnare Salute".

L'entusiasmo dell'azione innovativa ha consentito fin qui di raccogliere le informazioni necessarie in modo tempestivo e adeguato, tuttavia occorre ora impegnarci per superare le difficoltà incontrate e poter garantire la sostenibilità del sistema rendendolo stabile e duraturo.

Dott. Giuseppe Petrioli
Direttore Dipartimento Prevenzione

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione della ASL 10 Firenze di età compresa fra 18 e 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico);
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati.

2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività.

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- stimare la proporzione di persone sedentarie e individuare i gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare interventi di promozione;
- stimare la prevalenza di persone ai quali è stato chiesto e consigliato da parte degli operatori sanitari di svolgere attività fisica.

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di sei mesi), non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi;
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi dodici mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere al ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa autopercezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o allo svolgimento dell'attività fisica.

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno cinque porzioni di frutta e verdura ogni giorno.

7. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di persone che consumano alcol;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge, consumo fuori pasto e forte consumatore);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso di alcol;
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

8. Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo l'assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

9. Infortuni domestici

- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza di persone di età 18-64 anni vaccinate contro l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale;
- stimare la prevalenza di persone di età 18-64 anni affetti da almeno una patologia cronica che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata.

11. Vaccinazione antirosolia

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al rubeotest;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

12. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

13. Diagnosi precoce delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità di effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (due anni per il Pap test e tre per la mammografia);

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test e della mammografia;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicit  dell'ultima effettuazione e se   stato effettuato all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.

14. Sintomi di depressione

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attivit ;
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura e quali.

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL 10 Firenze, aggiornata al 31.12.2007 (complessivamente 519.745 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono la residenza nel territorio di competenza 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 (per esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campione previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulla lista dell'anagrafe sanitaria della ASL 10. La dimensione minima del campione mensile è di 25 unità. Il campione, nel periodo giugno 2007-marzo 2008, è stato di 352 soggetti.

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 la Lombardia e la Calabria. 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.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di medicina generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL 10.

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 del Dipartimento di Prevenzione, durante il periodo giugno 2007- marzo 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; è disponibile anche 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.

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

Analisi delle informazioni

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

Per agevolare la comprensione del presente rapporto, i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulle variabili di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.) sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura (vedi appendice 2), mentre nel testo compare per brevità solo una sintesi. Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato di ASL con il dato regionale e quello relativo all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2007/2008 ("pool PASSI"), opportunamente pesati.

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).

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista 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 a livello locale, sia su supporto cartaceo sia informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

Sintesi del rapporto aziendale

Descrizione del campione aziendale: Nella Asl 10 di Firenze è stato intervistato nel periodo di riferimento (giugno 2007 – marzo 2008) un campione rappresentativo di 352 persone, selezionato in modo casuale dalle liste dell' Anagrafe Sanitaria della ASL, di cui 189 (53,7%) donne e 163 (46,3%) uomini. L'età media è di 45 anni. Il 60% della popolazione ha un livello di istruzione alto e circa il 70% un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Appena il 4% delle persone intervistate ha una percezione completamente negativa del proprio stato di salute. Fra i soggetti con almeno una patologia severa il 39% ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 27,4% del campione e solo il 30,5% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa quattro casi su dieci i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: il 31,3% si dichiara fumatore e il 21,9 % ex fumatore. Quasi tutti gli ex fumatori hanno smesso di fumare da soli (99%) e solo l'1% dichiara di aver avuto aiuto. L'88 % delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro viene sempre o quasi sempre rispettato il divieto sul fumo mentre il 36 % dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare, "ovunque" (10%) o in "alcune zone" (26%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 26,2% del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono poco più del 10%. L'eccesso ponderale è trattato nel 28,6% dei casi con dieta ed il 71,2% delle persone in sovrappeso/obese riferisce di praticare regolarmente attività fisica (moderata o più). Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 10,8% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni e negli uomini.

Consumo di alcol: Si stima che il 72% della popolazione tra i 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 21% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 9,5% beve fuori pasto, il 9,9% è bevitore "binge e il 7% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano poco frequentemente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol (23,5%) e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico in Toscana non'è elevata: circa il 94% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Circa un terzo degli intervistati (il 29,6%) riferisce di aver ricevuto informazioni sugli infortuni domestici; solo nel 2% dei casi la fonte è rappresentata da medici o altri operatori sanitari. Fra le persone informate il 26,2% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Sicurezza stradale: L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora non ottimale: il 90,0% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 20%. Circa il 16,7% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista mentre il 13,3% di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, nella ASL 10 il 30% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 95% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari a circa il 39%.

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso il 20% della popolazione fiorentina tra i 18 e i 69 anni; il 70% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 9% degli intervistati non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Circa un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (22%) e tra questi il 32% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (24%) dichiara di non avere mai misurato il colesterolo.

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 6% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: Nella ASL 10 l'11,7% delle persone intervistate riferisce di aver avuto nelle ultime due settimane precedenti l'intervista sintomi di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: In accordo con quanto previsto dalle linee guida, il 91,1% delle donne tra 25 ed i 64 anni riferisce di aver effettuato il PAP test negli ultimi tre anni.

Screening neoplasia della mammella: In accordo con quanto previsto dalle linee guida, il 86,3% delle donne tra 50 ed i 69 anni dichiara di aver effettuato la mammografia negli ultimi due anni.

Screening tumore del colon retto: Nella ASL 10 il 49,6% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un esame (sangue occulto o colonscopia) per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

Descrizione del campione aziendale

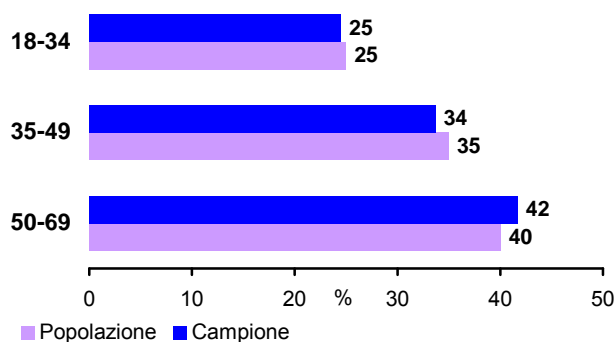
La popolazione in studio è costituita da 519.745 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 10 Firenze. Sono state intervistate 352 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il 90,3% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Il tasso di sostituzione¹ è stato del 21,2%; il tasso di risposta² è stato del 78,8% e quello di rifiuto³ del 13,7% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

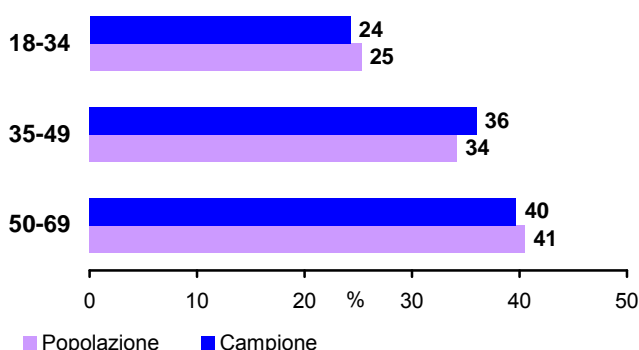
L'età e il sesso

- Nella ASL 10 il 54% del campione intervistato (352 persone) è costituito da donne e l'età media è di 45 anni negli uomini e di 46 anni nelle donne
- Il 24% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 41% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL 10 FI - PASSI 2007/ 2008 (n=163)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL10 FI - PASSI 2007 / 2008 (n=189)



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

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

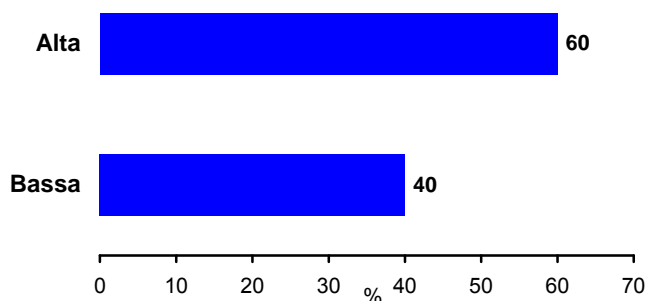
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

- Nella ASL 10 il 40% del campione ha un livello di istruzione basso (ossia o non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare o la licenza media inferiore) mentre il 60% ha un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea), senza sostanziali differenze tra i sessi.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzioni più bassi rispetto ai più giovani.

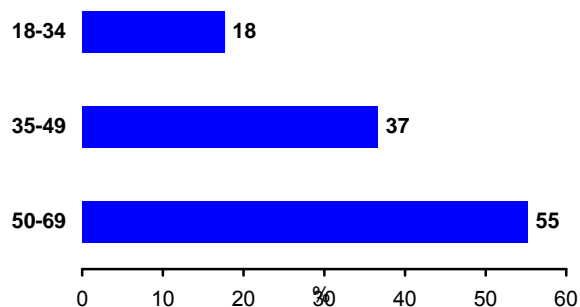
Campione per livello di istruzione

ASL 10 FI - PASSI 2007 / 2008 (n=351)



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

ASL 10 FI - PASSI 2007/ 2008 (n=351)

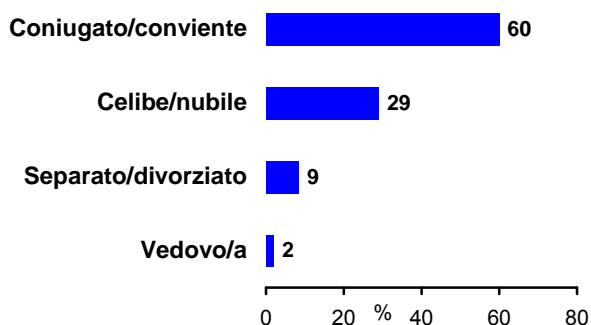


Lo stato civile

- Nella ASL 10 i coniugati/conviventi rappresentano il 60% del campione, i celibi/nubili il 29%, i separati/divorziati il 9% ed i vedovi/e il 2%.

Campione per categorie stato civile

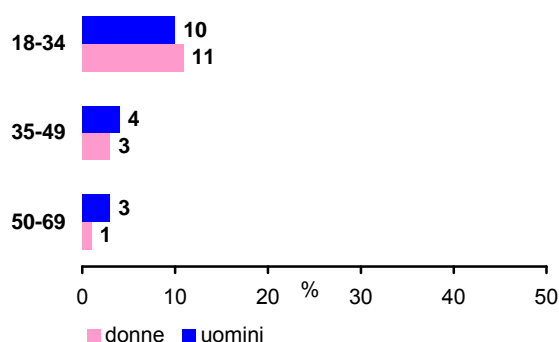
ASL 10 FI - PASSI 2007 / 2008 (n=352)



Cittadinanza

- Nella ASL 10 il 95,5% del campione intervistato è italiano, il 4,5% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, ad esempio solo il 2% dei 50-69 anni uomini sono stranieri. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

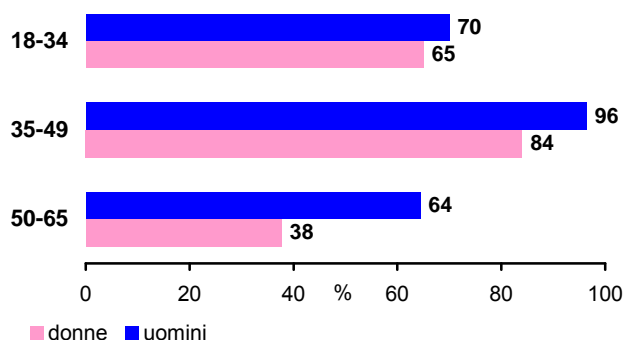
% di stranieri per sesso e classi di età
ASL 10 FI - PASSI 2007 /2008



Il lavoro

- Nella ASL 10 il 70% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (64% contro 77%). Gli intervistati più giovani e 50enni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.

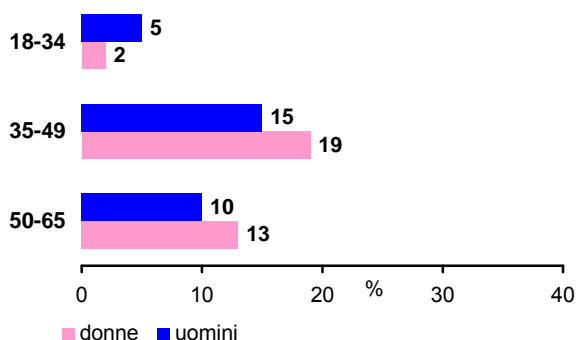
% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL 10 FI - PASSI 2007 / 2008 (n=321)



Difficoltà economiche

- Nella ASL 10 il 12% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 37% qualche difficoltà, il 51% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (13% contro 11%), è soprattutto la classe 35-49 anni che riferisce molte difficoltà economiche.

% intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso/classi età
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=350)



Conclusioni

Il campione nella ASL 10 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato. I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL10 il 66% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 30% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente*

ASL10 FI - PASSI 2007/2008 (n=352)

Caratteristiche	%
Totale	66 (IC95%: 61,2 71,3)
Età	
18 - 34	87,2
35 - 49	65,6
50 - 69	54,5
Sesso	
uomini	71,2
donne	62,2
Istruzione	
bassa	55,8
alta	73,1
Difficoltà economiche**	
sì	56,4
no	75,7
Patologia severa***	
presente	39,3
assente	71,5

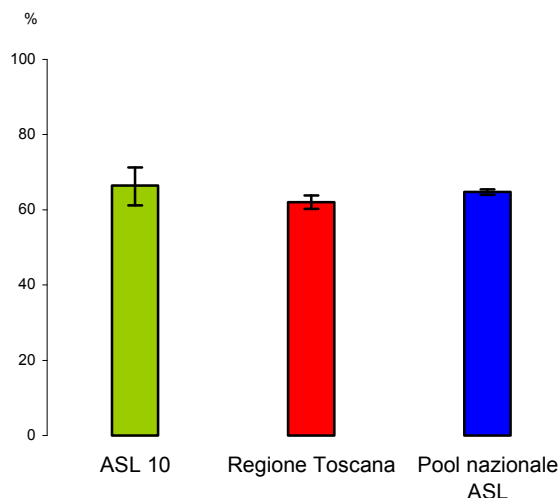
* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

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

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

- Tale dato appare sostanzialmente allineato al valore medio regionale (range compreso tra il 52,8 % della ASL 2 di Lucca e il 68,8% della ASL 3 di Pistoia).
- Nel pool di ASL che partecipano al Sistema di Sorveglianza gli intervistati che hanno dichiarato uno stato di salute buono o molto buono sono il 64,7%.

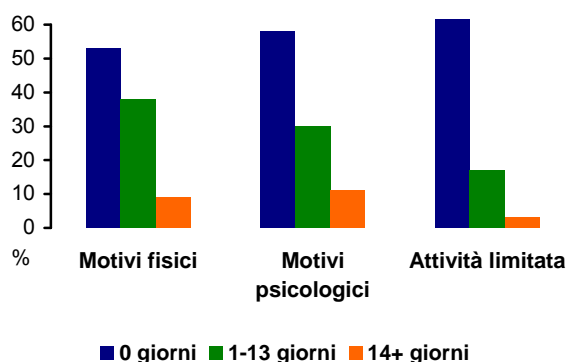
% di persone che dichiarano in salute buona o molto buona PASSI 2007- 2008



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

- Nella ASL 10 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (53% in buona salute fisica, 58% in buona salute psicologica e 80% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 9% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, il 11% per motivi psicologici e solo il 3 % non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 4, mentre le attività abituali sono limitate per 1,5 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa), ma la limitazione nelle abituali attività è pressoché uguale nei due sessi.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività ASL 10 FI - PASSI 2007 /2008



Giorni in cattiva salute percepita ASL 10 FI - PASSI 2007/2008

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,7	4,1	1,5
Classi di età			
18 - 34	2,3	2,9	2,1
35 - 49	4,3	4,1	1,5
50 - 69	4,1	4,9	1,1
Sesso			
uomini	2,8	2,5	1,4
donne	4,5	5,5	1,6

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello regionale valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

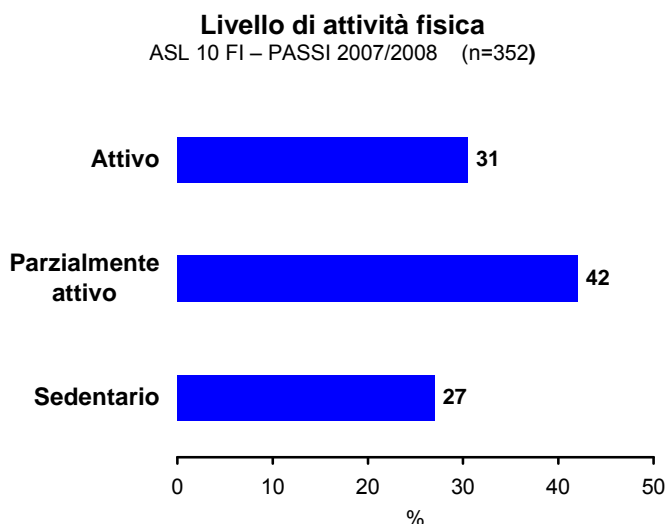
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL 10 il 31% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 42% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 27% è completamente sedentario.
- I dati aziendali appaiono sostanzialmente sovrapponibili con quelli regionali (25% completamente sedentari).



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

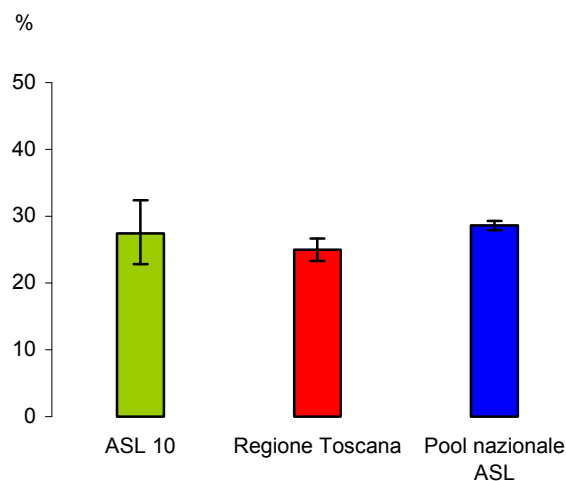
- Nella ASL 10 i completamente sedentari, pari al 27,4%, sono soprattutto i meno giovani, le donne, le persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Sedentari	
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=95)	
Caratteristiche	%
Totale	27,4 (IC95%: 22,8-32,4)
Classi di età	
18 - 34	21,2
35 - 49	24,0
50 - 69	34,0
Sesso	
uomini	24,1
donne	30,3
Istruzione*	
bassa	33,1
alta	23,2
Difficoltà economiche	
sì	31,8
no	22,9

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

- Nella Regione Toscana la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica (persone sedentarie) è risultata pari al 25%, con valori sono compresi tra il 17% della ASL 11 Empoli e il 51% della ASL 12 di Viareggio.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 32,6% della popolazione è attivo, il 38,8% parzialmente attivo e il 28,6% è sedentario.

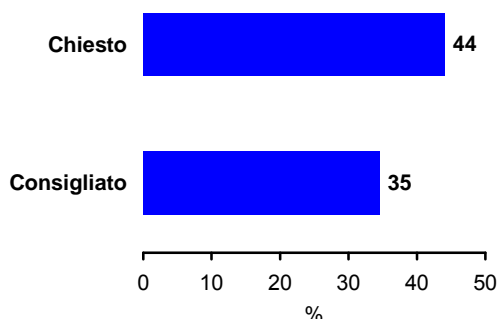
% di persone sedentarie
PASSI 2007/2008



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

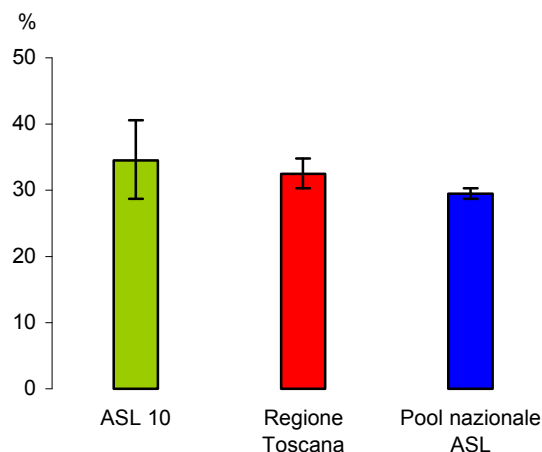
- Nella ASL 10 solo il 44% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 35% dei casi.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari



- A livello regionale il 36% delle persone riferisce di essere stata interrogata sull'attività fisica svolta, mentre il 33% riferisce di aver ricevuto il consiglio di effettuarla.
- Tra le altre ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza il 32,5% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 29,5% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica

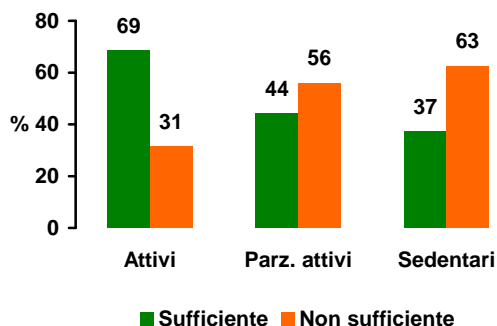
% di persone consigliate dal medico di fare attività fisica - PASSI 2007/2008



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- E' interessante notare come nella ASL 10 il 37% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- A livello regionale si osserva che il 25% delle persone sedentarie ritiene sufficiente il proprio livello di attività fisica.
- Nel pool delle ASL i a livello nazionale la percentuale di persone sedentarie che percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 25,4%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=341)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL 10 il 31% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 27% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane e fra le donne.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio.

In meno della metà dei casi i medici toscani si informano sul livello di attività fisica svolto dai loro pazienti, mentre la percentuale di coloro che danno consigli più dettagliati è ancora più insoddisfacente e risulta di poco superiore ad un terzo. E' questo un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività fisica non raramente distorta.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

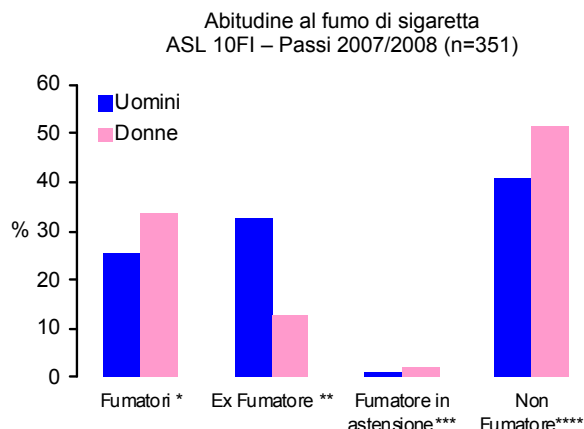
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL 10 i fumatori sono pari al 29,6 % , gli ex fumatori al 21,9 % , e i non fumatori al 46,7%. A questi si aggiungono 6 persone (1,7%) che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).
- Considerando i fumatori ed i fumatori in astensione la percentuale sale al 31,3%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra le donne che tra gli uomini (33,5% versus 25,2%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (51,6% versus 41%).



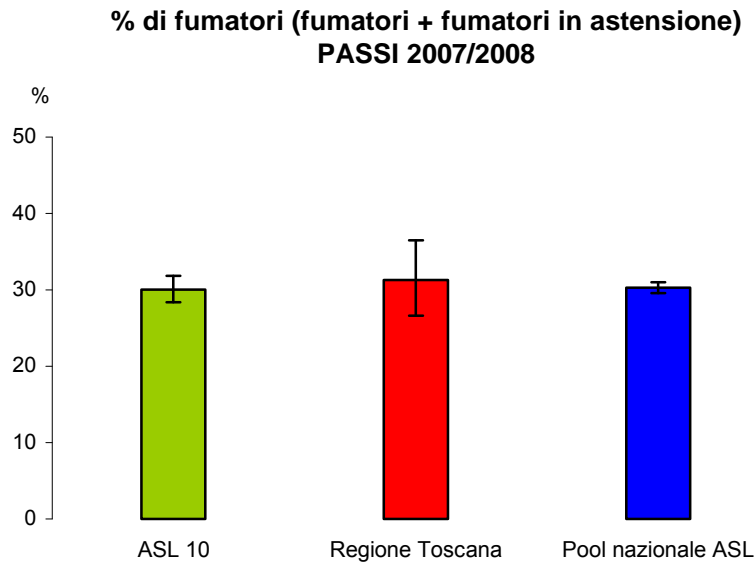
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

- La percentuale dei fumatori in Toscana è pari al 30%, con un range compreso tra il 24% della ASL 6 di Livorno e il 39,4% della ASL 9 di Grosseto.



- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori (compresi i fumatori in astensione) rappresentano il 30%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 51%.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra le donne, tra persone con alto livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 13 sigarette al giorno. Tra questi il 9,7% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).
- In Toscana la percentuale di fumatori è risultata sostanzialmente sovrapponibile nei due sessi (uomini 30,8% versus donne 29,2%)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta tra gli uomini (35% vs 26% nelle donne) e tra le persone con livello di istruzione più basso e maggiori difficoltà economiche. La media di sigarette fumate al giorno è pari a 13.

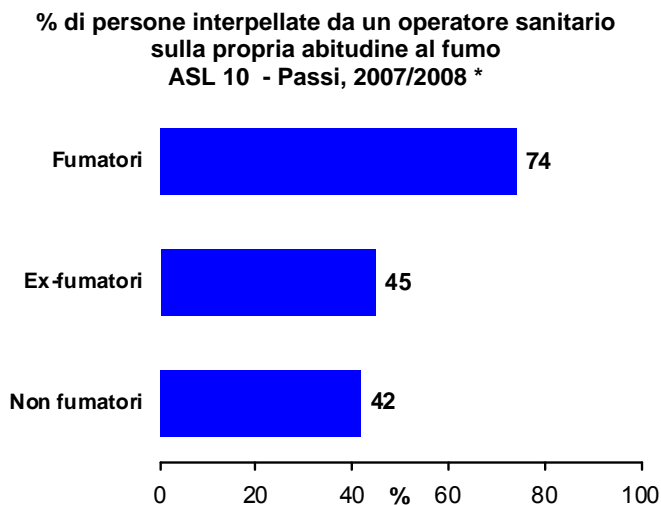
Fumatori*	
ASL 10 Passi, 2007/2008 (n=110)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	31,3 (IC95%: 26,6- 36,5)
Età, anni	
18 - 34	33,7
35 - 49	37,4
50 - 69	24,6
Sesso ^	
M	26,4
F	35,6
Istruzione**	
bassa	29,7
alta	32,5
Difficoltà economiche	
si	35,7
no	27,5

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

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

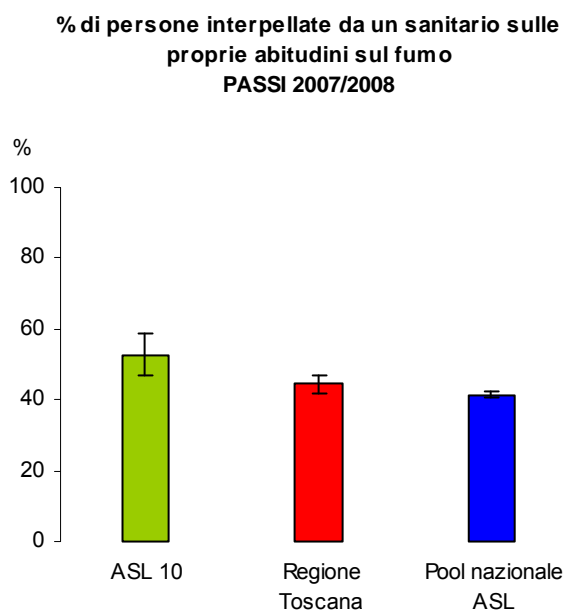
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più di un intervistato su 2 (52,8%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 74% dei fumatori, il 45% degli ex fumatori e il 42% dei non fumatori.



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 301)

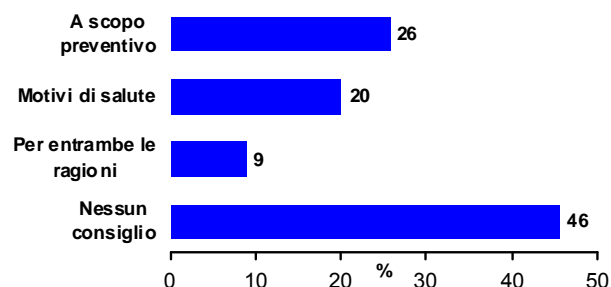
- A livello regionale medio solo il 44,4% delle persone che si sono rivolte ad un operatore sanitario nell'ultimo anno è stato interrogato sull'abitudine al fumo, con una percentuale di persone interpellate più alta nella ASL 10 di Firenze (52,8%) e più bassa nella ASL 7 di Siena (34,7%).
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 41,4 di tutto il campione. Fra i fumatori la percentuale sale al 66%.



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

- Il 54,4% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (25,6%)
- Il 45,6% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

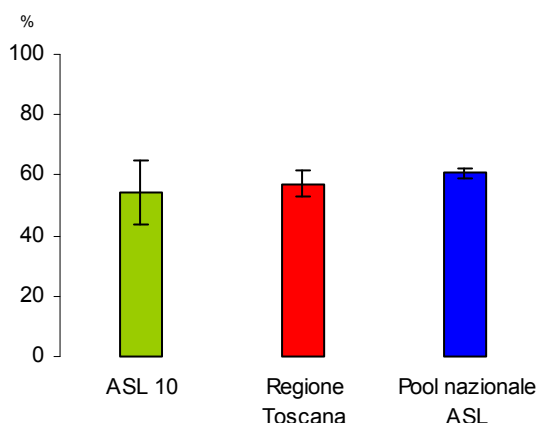
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ASL 10 Passi 2007/2008 *



* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n.=90)

- In Regione Toscana il 57,2% dei fumatori riferisce di aver ricevuto alcun consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari, con un range che varia dal 76,2% della ASL 11 di Empoli al 45,5% della ASL 7 di Siena.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori che riferisce di aver ricevuto consigli è risultata pari al 60,8%.

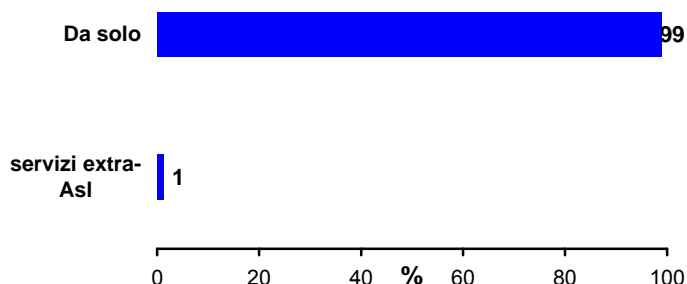
% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare PASSI 2007/2008



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

- Fra gli ex fumatori il 99 % ha smesso di fumare da solo e nessuno riferisce di aver fruito di servizi Asl.
- Il dato appare in linea con quello regionale dove il 95,4 riferisce di aver smesso da solo) (tra le ASL del pool nazionale il 95,8%).
- Il 30,8 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, a fronte del 35,9% a livello regionale.

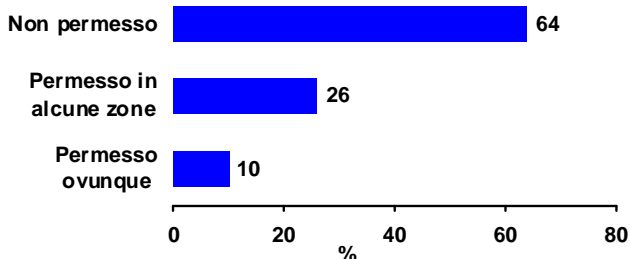
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL 10 - Passi 2007/2008



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 64% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- Nel restante 36 % dei casi si fuma ovunque (10%) o in alcuni luoghi (26%).
- Il dato aziendale è sostanzialmente in linea con quello regionale.

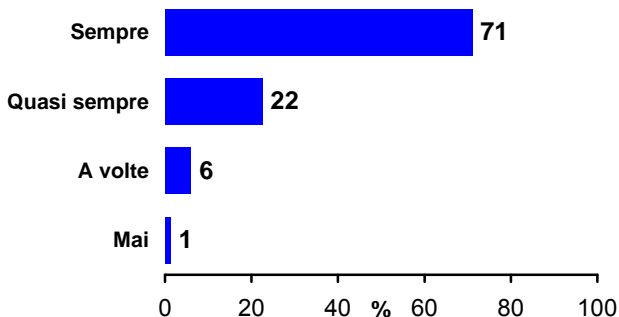
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ASL 10 - Passi 2007/2008



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate riferiscono, nel 93,4% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 6,2% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- In Regione Toscana circa il 90% dei soggetti dichiara che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre, a fronte del 9,6% che dichiara che non è mai rispettato o raramente nei luoghi pubblici.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del 85% e del 15%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo
nei luoghi pubblici (n= 331)
ASL 10 - Passi 2007/2008 *

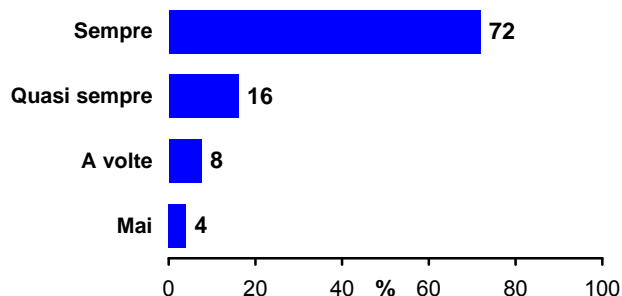


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 225) *
ASL 10 - Passi 2007/2008

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 88% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 12% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.



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

- In Regione Toscana l'87,3% riferisce che il divieto è rispettato sempre o quasi sempre (range dal 92,8 % della ASL 1 di Massa a 80,3 % della ASL 12 di Viareggio), mentre il 12,7% che non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del 85,4 e del 14,6%.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra le donne e tra gli adulti, specialmente nella classe d'età dei 35 - 49enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

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

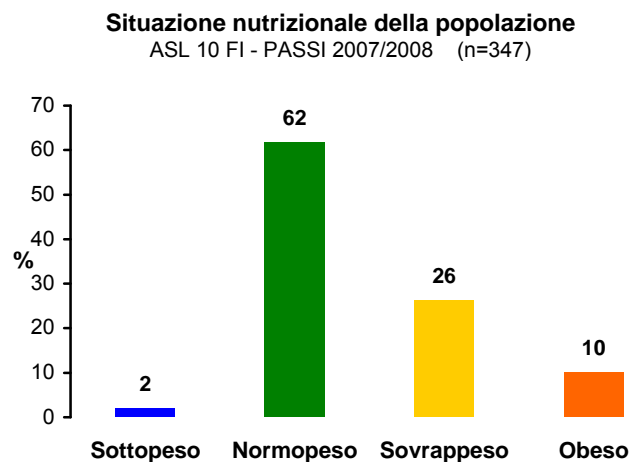
Situazione nutrizionale

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL 10 il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 62% normopeso, il 26% sovrappeso e il 10% obeso.
- Complessivamente si stima che il 36% della popolazione della Asl 10 presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (44% vs 30%) e nelle persone con basso livello di istruzione.

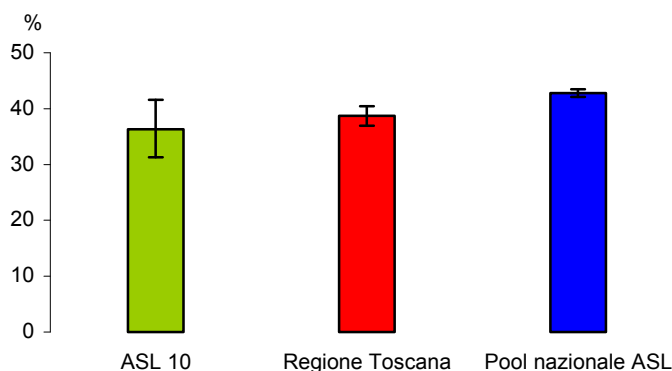
Eccesso ponderale
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=347)

Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	36.3 (IC95% 31.3-41.6)
Classi di età	
18 - 34	10.6
35 - 49	32.8
50 - 69	54.5
Sesso	
uomini	43.8
donne	29.7
Istruzione*	
bassa	51.5
alta	26.7
Difficoltà economiche	
sì	44.7
no	28.4

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

- Nella Regione Toscana circa il 39% della popolazione risulta in eccesso ponderale (30% in soprappeso e 9% francamente obeso), con valori compresi in un range tra il 31% della ASL 7 di Siena ed il 48% della ASL 1 Massa Carrara .
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 42,8% degli intervistati presenta un eccesso ponderale (il 32% è in soprappeso e il 10,8% è obeso).

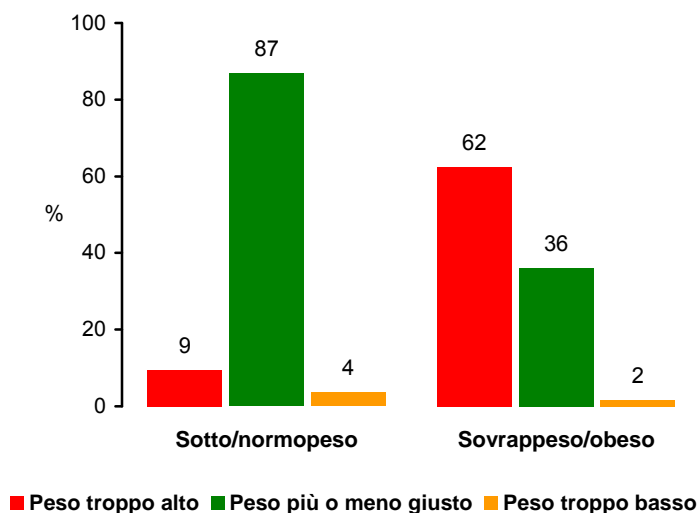
**% di persone in eccesso ponderale
PASSI 2007/2008**



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in modo rilevante sulla motivazione a controllare il proprio peso.
- Nella ASL 10 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (87%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 62% ha una percezione coincidente.
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 82% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 93% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 33% rispetto al 39% degli uomini.

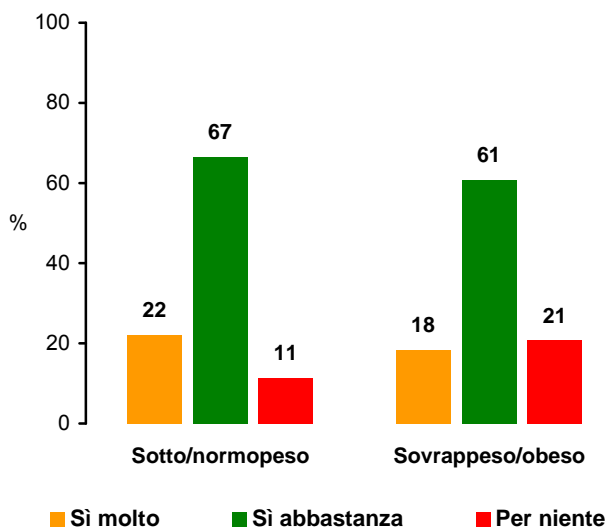
Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=345)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL 10 mediamente l'86% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto"). In particolare, tale convinzione è stata espressa dal 89% dei sottopeso/normopeso e dal 79% dei sovrappeso/obesi.

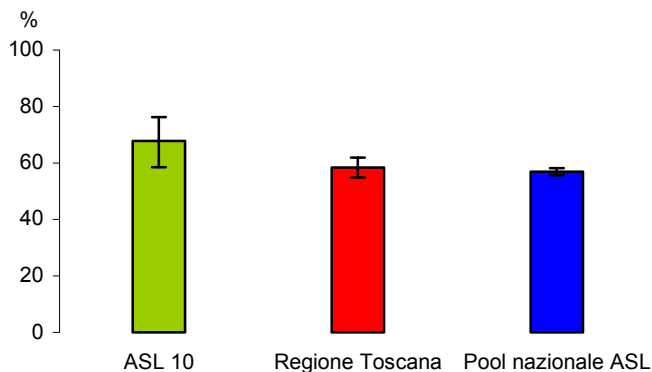
Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=346)



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

- Nella ASL 10 il 68% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 60% delle persone in sovrappeso e il 88% delle persone obese.
- A livello regionale il 58% circa delle persone in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o altro operatore sanitario (range dal 68% della ASL 10 di Firenze ed il 37% della ASL 7 di Siena); in particolare hanno ricevuto il consiglio il 49% dei sovrappeso ed il 85% degli obesi.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 56,9% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario (47,9% delle persone in sovrappeso e il 81,5% degli obesi).

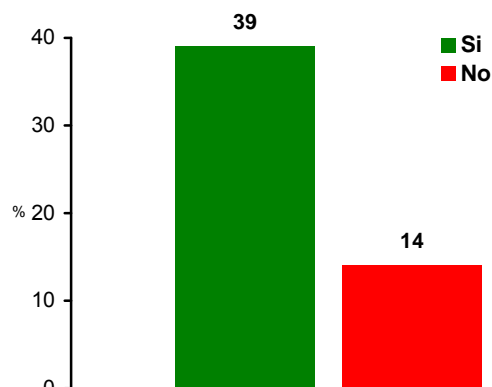
% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario - PASSI 2007/2008



- Solo il 29% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
 - nelle donne (49% vs il 13% degli uomini)
 - negli obesi (43% vs il 23% dei sovrappeso)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (39% vs 14%)
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come “troppo alto” (30% vs il 16% di coloro che ritengono il proprio peso “giusto”)

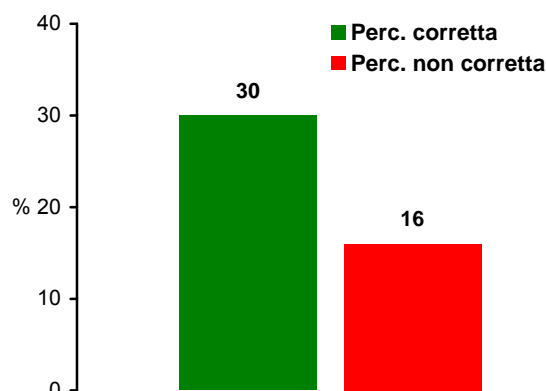
Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario

ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=115)



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

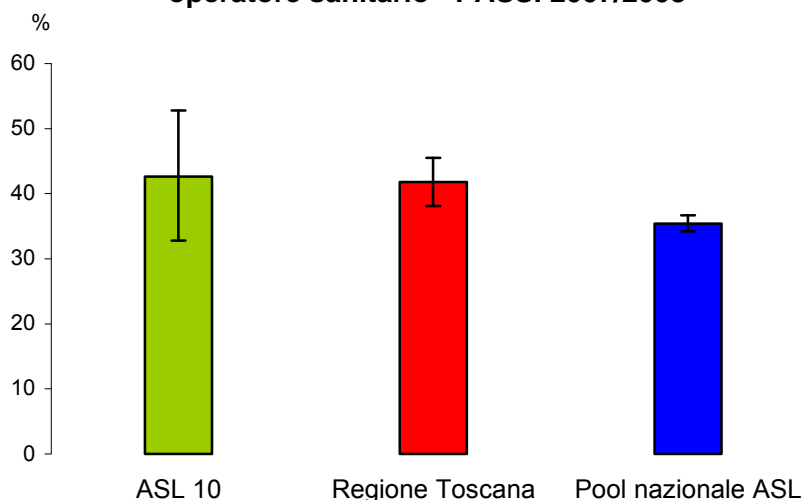
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=91)



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

- Nella ASL 10 il 29% delle persone in eccesso ponderale è sedentario.
- Il 43% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio soltanto il 41% delle persone in sovrappeso e il 46% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 76% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 72% di chi non l'ha ricevuto.
- In Regione Toscana la percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario è pari al 41,8%, valore compreso in un range tra il 29% della ASL 7 di Siena e il 57% della ASL 11 di Empoli.

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario - PASSI 2007/2008

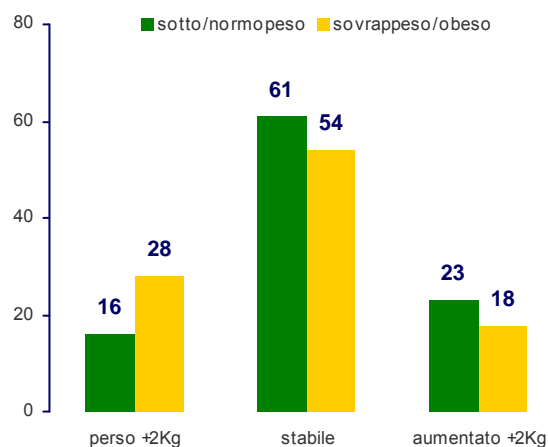


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 35,4% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (32,5% delle persone in sovrappeso e il 43,5% degli obesi).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL 10 il 21% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata nella fascia d'età di 18-34 anni (34% vs 18% in quella 35-49 anni e 16% nella 50-69 anni).
- Non emergono invece differenze tra donne (22%) e uomini (20%).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=342)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 60% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e quasi una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 29% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (72%).

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

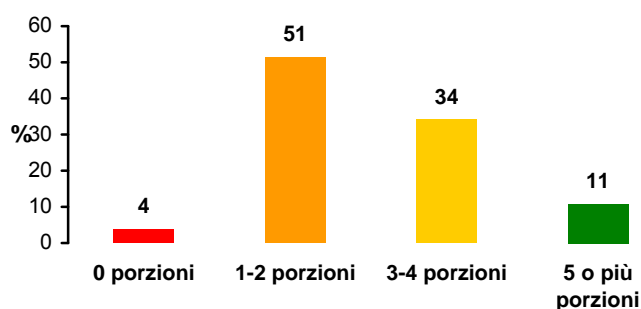
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

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

- Nella ASL 10 il 96% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'11% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 34% mangia 3-4 porzioni al giorno, in linea con il dato regionale.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=352)



- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (13%), tra le donne (13%) e tra le persone con basso livello d'istruzione (13%) e tra le persone con più difficoltà economiche (13%). Osservando le percentuali, sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone normo/sottopeso.

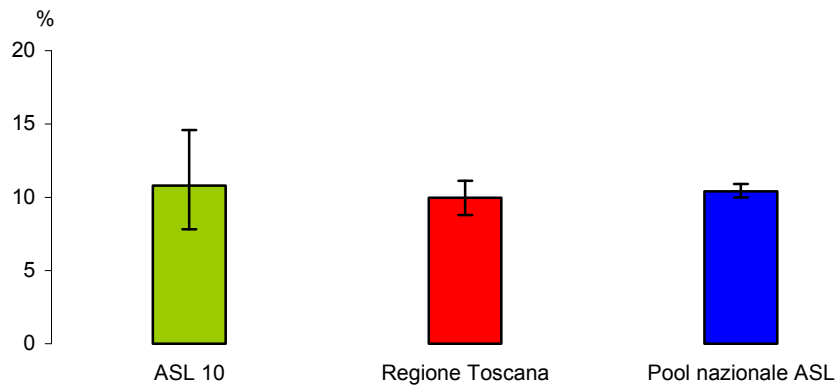
Consumo di frutta e verdura ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=352)		Adesione al "5 a day"*** (%)
Caratteristiche	Totale	10.8 (IC95% 7.8-14.6)
Classi di età		
	18 - 34	7.0
	35 - 49	11.4
	50 - 69	12.6
Sesso		
	uomini	8.0
	donne	13.2
Istruzione**		
	bassa	12.9
	alta	9.4
Difficoltà economiche		
	sì	12.8
	no	8.4
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	11.8
	sovrappeso/obeso	9.5

* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

Nella Regione Toscana la percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" è risultata pari al 10% (range dal 6% della ASL 7 di Siena al 18% della ASL 1 di Massa Carrara), dato analogo a quello emerso dalle interviste del pool nazionale.

**% di persone che aderiscono al "5 a day"
PASSI 2007/2008**



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: poco meno della metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l'11% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). L'alcol è inoltre considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Quante persone consumano alcol?

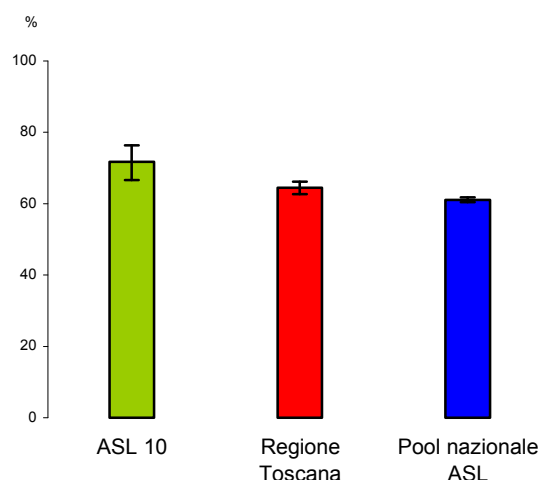
- Nella ASL 10 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 71,7%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-34. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 62,9% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 37,1% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese) ASL 10 - PASSI 2007/2008 (n= 346)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	71,7 (IC95%:66,6-76,4)
Classi di età	
18 - 34	76,7
35 - 49	71,4
50 - 69	68,8
Sesso	
uomini	85,7
donne	59,5
Istruzione**	
bassa	66,7
alta	75,2
Difficoltà economiche	
sì	74,1
no	69,1

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nella Regione Toscana i soggetti che dichiarano di aver bevuto almeno un'unità alcolica negli ultimi trenta giorni sono il 64,5% (range compreso tra il 40,3 % della Asl 6 di Livorno ed il 79,7% della ASL 7 di Siena).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61,1%.

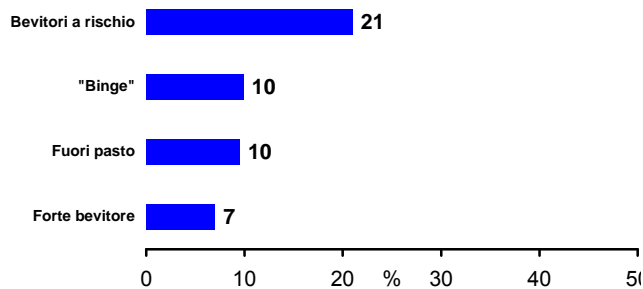
**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
PASSI 2007/2008**



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 21% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 9,5% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 9,9% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- In Regione Toscana le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio sono riferite dal 17% degli intervistati (range compreso tra il 9,6% della ASL 6 di Livorno ed il 22,1 % della ASL 7 di Siena).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 15,7% degli intervistati è bevitore a rischio (3,8% consumo forte, 7,0% consumo binge, 8,3% consumo fuori pasto)

**Bevitori a rischio* per categorie
ASL 10 - PASSI 2007/2008**



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

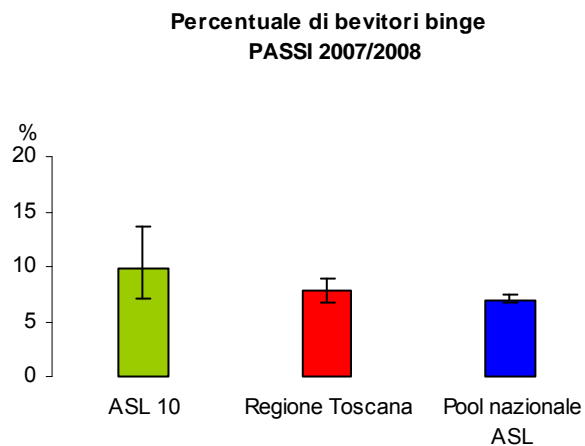
Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questa modalità di consumo di alcol ritenuta pericolosa riguarda il 9,9% degli intervistati e risulta significativamente più diffusa, dal punto di vista statistico, tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.

Consumo “binge” (ultimo mese) ASL 10 - PASSI 2007/2008 (n=343)	
Caratteristiche	% bevitori “binge”*
Totale	9,9 (IC95%: 7,1-13,7)
Classi di età	
18 - 34	18,8
35 - 49	7,7
50 - 69	6,4
Sesso	
uomini	17,6
donne	3,3
Istruzione**	
bassa	9,7
alta	10,1
Difficoltà economiche	
sì	8,5
no	11,3

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- In Regione Toscana la percentuale dei bevitori binge è pari al 7,9% (range dal 2,7 % della ASL 12 di Viareggio al 10,9 % della ASL 7 di Siena).
- Nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale dei bevitori binge è risultata pari al 7%.

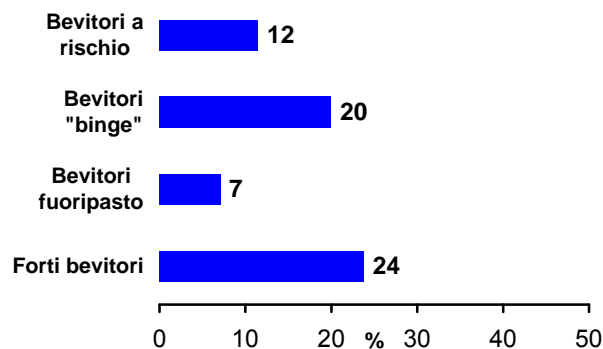


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nella ASL 10 solo il 23,5 % degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 11,5 %. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 20% di bevitori "binge", dal 7,1% di bevitori fuori pasto e dal 23,8% di forti bevitori.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi)

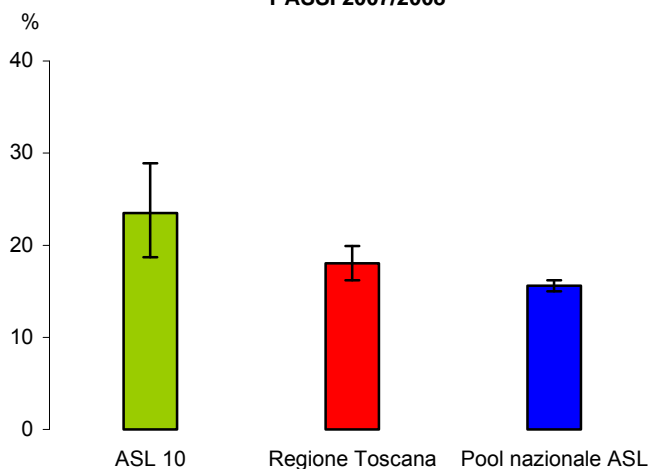
ASL 10 - PASSI 2007/2008 (n=285)



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

- A livello regionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è pari al 18,1% (range dal 9,6% della ASL 6 di Livorno al 23,5 % della ASL 10 Firenze).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 15,6%; il 8,0% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.

Percentuale di persone a cui un medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol PASSI 2007/2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

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

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

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

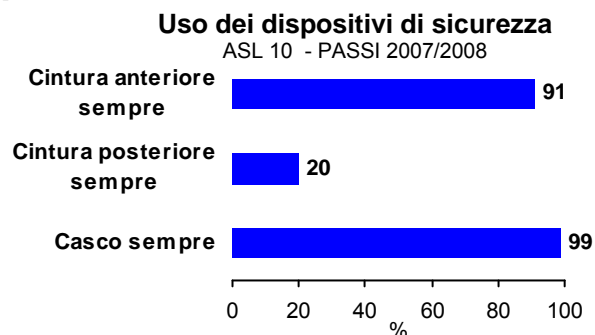
Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2006 si sono verificati in Italia oltre 238.000 incidenti stradali con circa 5.700 morti e oltre 330.000 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità.

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

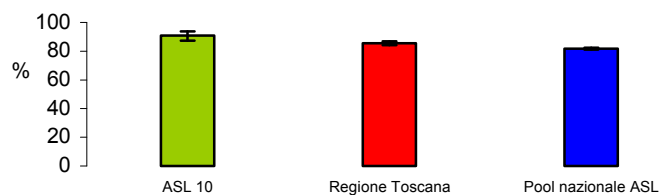
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'90,9%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (20,1%)



- Nella ASL 10 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98,7% riferisce di usare sempre il casco

Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre - PASSI 2007/2008



- Nella Regione Toscana la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è pari al 85,5% per la cintura anteriore (range dal 76,6% della ASL 11 di Empoli al 95,1% della ASL 12 di Viareggio), al 16,9% per quella posteriore (range dal 7,1% della ASL 9 di Grosseto al 20,9% della ASL 4 di Prato) ed al 98,1% per l'uso del casco.

Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre - PASSI 2007/2008



- Nel campione delle ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è pari al 81,7% per la cintura anteriore, al 18,9% per quella posteriore e al 91,7% per l'uso del casco.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 11% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 16,7%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le classi di età più giovani.
- Il 13,3% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

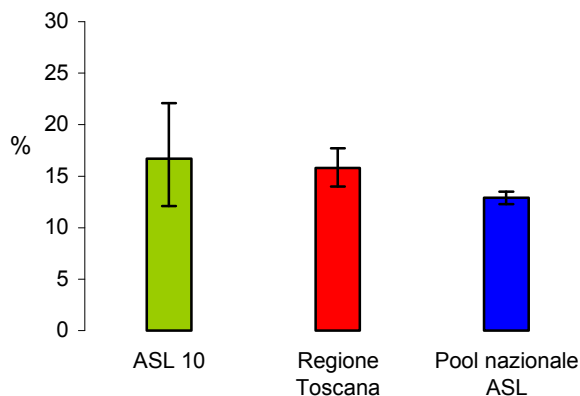
Guida sotto l'effetto dell'alcol*
ASL 10 - PASSI 2007/2008 (n=39)

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	16,7% (IC95%: 12,1 – 22,1)
Classi di età	
18-34	26,2
35 - 49	9,8
50 - 69	16,1
Sesso	
uomini	24,6
donne	6,0
Istruzione	
bassa	n.d.
alta	n.d.
Difficoltà economiche	
sì	15,5
no	18,1

* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
**coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Nella Regione Toscana, riguardo alle di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nell'ultimo mese, la percentuale è risultata pari al 15,8%, con un range compreso tra il 8,8% della ASL 5 di Pisa ed il 20,5% della ASL 3 di Pistoia.
- Nel pool delle ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 12,9%.

**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
PASSI 2007/2008**



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce è ancora un problema piuttosto diffuso. Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, facendo particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le misclassificazioni sono molto frequenti.

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

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

- Nella ASL 10 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 94% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne non si evidenziano invece particolari differenze per istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche e classe di età più giovane hanno una più bassa percezione del rischio. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza positivamente la percezione del rischio.
- Nella Regione Toscana il 93,2% degli intervistati ha dichiarato una bassa o assente possibilità di infortunio in ambiente domestico (range compreso tra il 84,6 % della ASL 6 di Livorno ed il 96,9 % della ASL 12 di Viareggio).
- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91,6%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL 10 (n=330) - PASSI 2007/2008

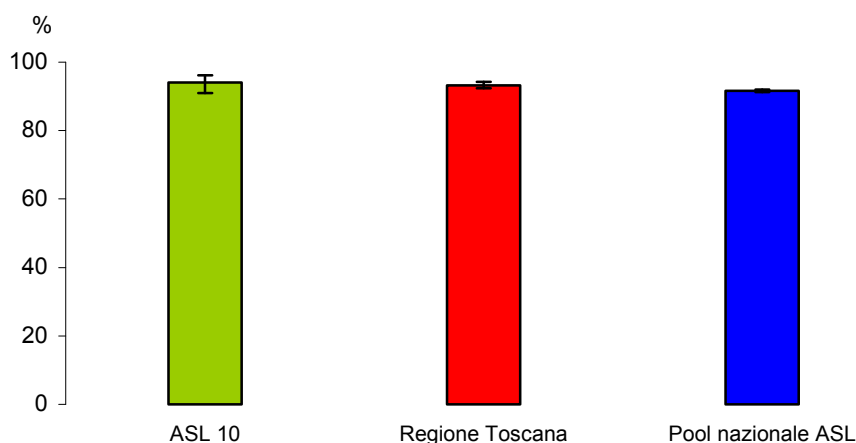
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	94% (IC 95%: 90,9 – 96,2)
Età	
18 - 34	96,5
35 - 49	92,6
50 - 69	93,7
Sesso	
Uomini	96,9
Donne	91,5
Istruzione**	
bassa	94,2
alta	93,9
Difficoltà economiche	
si	95,3
no	92,7
Persone potenzialmente a rischio***	
si	94,4
no	93,8

*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

*** si: presenza di anziani e/o bambini

% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico PASSI 2007/2008



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

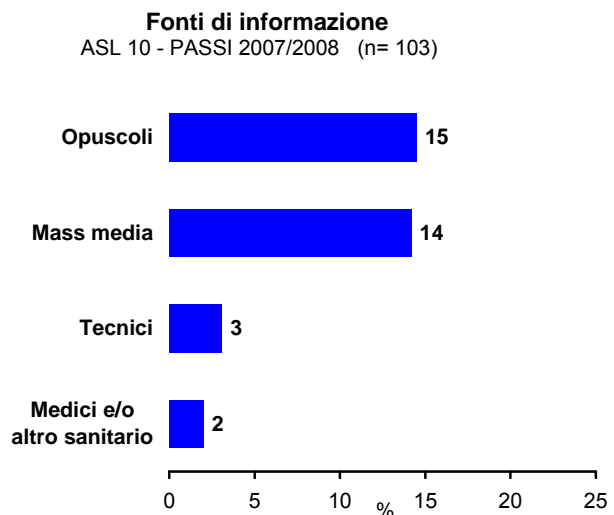
- Nella ASL 10 solo il 29,6% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno tra coloro che non hanno alcuna istruzione o elementare.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL 10 (n=103) - PASSI 2007/2008	
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	29,6% (IC 95%: 24,9 – 34,7)
Età	
18 - 34	24,7
35 - 49	26,4
50 - 69	35,2
Sesso	
Uomini	31,4
Donne	28,0
Istruzione*	
bassa	31,2
alta	28,7
Difficoltà economiche	
si	28,7
no	30,9
Persone potenzialmente a rischio**	
si	28,0
no	30,3
Percezione del rischio	
alta	28,7
bassa	31,2

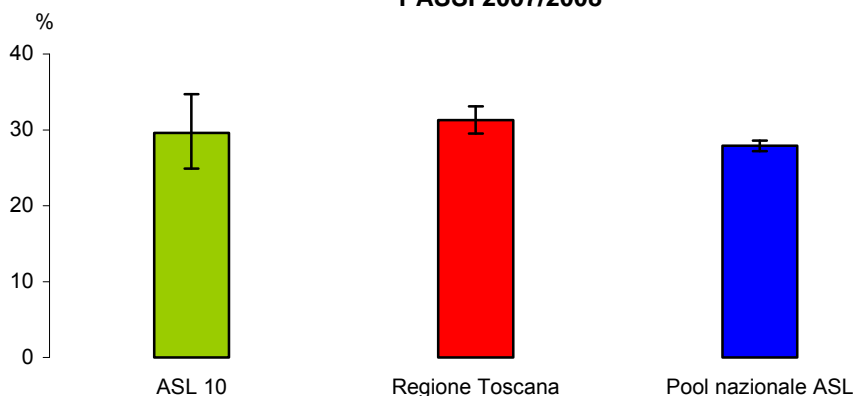
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (29 % di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.
- A livello regionale la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi è pari al 31,3% (range tra il 20,2% della ASL 7 di Siena ed il 46,2% della ASL 4 di Prato).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni è del 27,9%.



**% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su
prevenzione infortuni domestici
PASSI 2007/2008**



Tra chi riferisci di aver ricevuto informazioni, sono state adottate misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Nella ASL 10 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 26,2% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio e nella classe di età 35-49 anni. Per livello di istruzione, difficoltà economiche e presenza di persone potenzialmente a rischio non si rilevano forti differenze.
- Nella Regione Toscana il 24,3% dei soggetti che hanno ricevuti informazioni ha dichiarato di aver poi adottato misure preventive (range dal 8,8% della ASL 7 di Siena al 69,4% della ASL 11 di Empoli).
- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 29,1%.

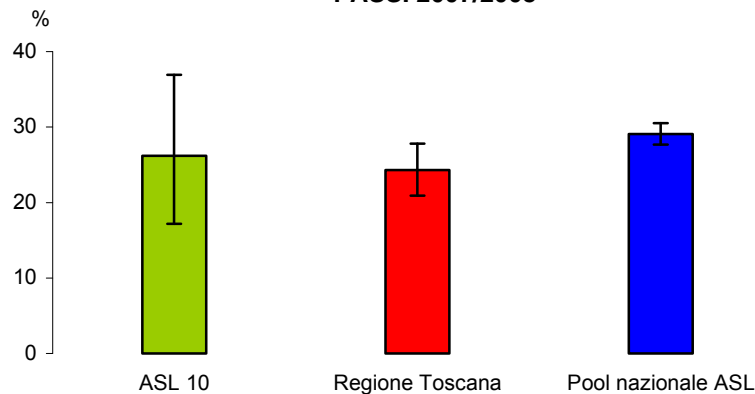
**% persone che dichiarano di aver adottato misure di
sicurezza per l'abitazione
ASL 10 (n=84) - PASSI 2007/2008**

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	26,2 % (IC 95%: 17,2 -36,9)
Età	
18 - 34	22,2
35 - 49	37,0
50 - 69	20,5
Sesso	
Uomini	26,8
Donne	25,6
Istruzione*	
bassa	30,6
alta	22,9
Difficoltà economiche	
si	26,2
no	26,2
Persone potenzialmente a rischio**	
si	39,1
no	21,3
Percezione del rischio	
alta	75,0
bassa	23,8

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

**si: presenza di anziani e/o bambini

**% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)
PASSI 2007/2008**



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL 10 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non rientrano nel gruppo di età campionato dal PASSI e pertanto la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

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

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

- Nella Regione Toscana la percentuale dei soggetti vaccinati di età 18-69 anni è pari al 14% (percentuale che sale al 28,8% tra i portatori di almeno una patologia cronica).
- Nella ASL 10 il 18% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinato. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza PASSI (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie ministeriali.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 12,4% e del 28,8% tra i portatori di almeno una patologia cronica.

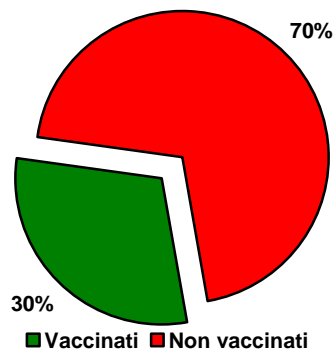
Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni) ASL 10 FI - Passi, 2007/2008 (n=112)

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	17,9 (IC95%:11,3- 26,2)
Età	
18-34	6,7
35-49	17,8
50-64	27,0
Sesso	
uomini	12,5
donne	23,2
Istruzione*	
bassa	29,8
alta	9,2
Difficoltà economiche	
sì	20,8
no	15,8
Patologia cronica	
sì	30,0
no	15,2

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

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 30% risulta vaccinato.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
ASL 10 FI (n=20)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero e le strategie adottate in Regione Toscana hanno permesso di raggiungere nella Asl 10 il 67,9% degli ultrasessantacinquenni (campagna 2007/08), mentre tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie cronica la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su tre).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti ed altre istituzioni territoriali.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, 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 e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia.

Si stima che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL 10 il 30% delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 63% tra 18-24 anni al 16% tra 35 -49 anni) e con il basso livello d'istruzione.
- A livello regionale la percentuale di donne che riferisce di essere stata vaccinata è pari al 35,1% (range dal 19,2% della ASL 1 Massa Carrara al 51,5 % della ASL 12 Viareggio).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne vaccinate è risultata essere del 32,5%.

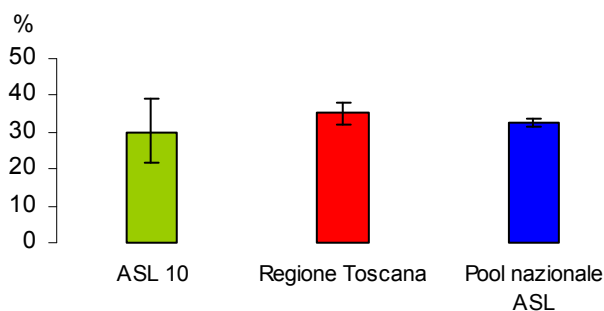
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

ASL 10 FI - Passi, 2007/2008 (n=114)

Caratteristiche demografiche	Vaccinate (%)
Totale	29,8 (IC95%: 21,6 – 39,1)
Età	
18-24	63,2
25-34	40,7
35-49	16,2
Istruzione*	
bassa	16,7
alta	33,7
Difficoltà Economiche	
sì	26,2
no	34,0

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

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia (%) PASSI 2007/2008



Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL 10 il 61% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (30%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (31%).
- Il 2% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 35% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

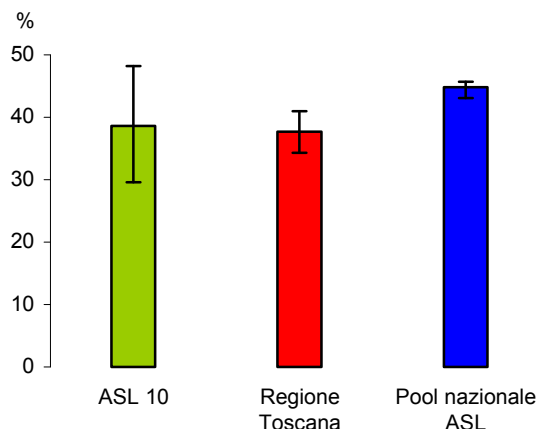
Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)

ASL 10 FI - Passi 2007/2008 (n=114)

Immuni (%)	61,4
Vaccinate	29,8
Non vaccinate con rubeotest positivo	31,6
Suscettibili/stato sconosciuto (%)	38,6
Non vaccinate; rubeotest negativo	1,8
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1,8
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	35,1

- La percentuale di donne suscettibili in Regione Toscana è pari complessivamente al 37,7% (range dal 20% della ASL 11 di Empoli al 51% della ASL 1 Massa Carrara).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne suscettibili è del 44,8%.

Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia (%)
PASSI 2007/2008



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario consolidare i programmi d'intervento finalizzati al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari; dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio positivamente correlati allo sviluppo di tali patologie.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modifiche negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

In questa sezione della sorveglianza PASSI sono state indagate ipertensione, ipercolesterolemia e uso della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio CV.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni

ASL 10 (n= 295) - PASSI 2007/2008

- Nella ASL 10, il 83,8% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 6,8% più di 2 anni fa. Il restante 9,4% non ricorda o non l'ha avuta.
- Si rilevano percentuali più elevate nelle persone controllate negli ultimi due anni nelle classi di età meno giovani e nelle persone con livello di istruzione basso.

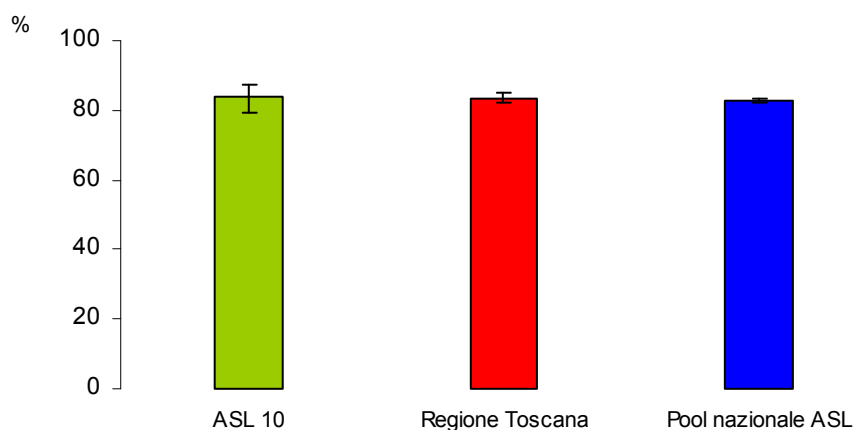
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	83,8 % (IC95%: 79,5 – 87,5)
Classi di età	
18 - 34	76,7
35 - 49	83,7
50 - 69	88,1
Sesso	
M	81,6
F	85,7
Istruzione*	
bassa	85,6
alta	82,5
Reddito**	
sì	84,9
no	93,1

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

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

- Il valore medio registrato a livello regionale è risultato pari al 83,6%, con un range compreso tra il 76% della ASL 6 di Livorno ed il 89% della ASL 2 di Lucca.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 82,6%.

Personae a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%) PASSI 2007/2008



Quante persone sono ipertese?

Ipertesi

ASL 10 (n= 63) - PASSI 2007/2008

- Nella ASL 10 il 20 % degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (38 %). Emergono differenze anche per il livello di istruzione.

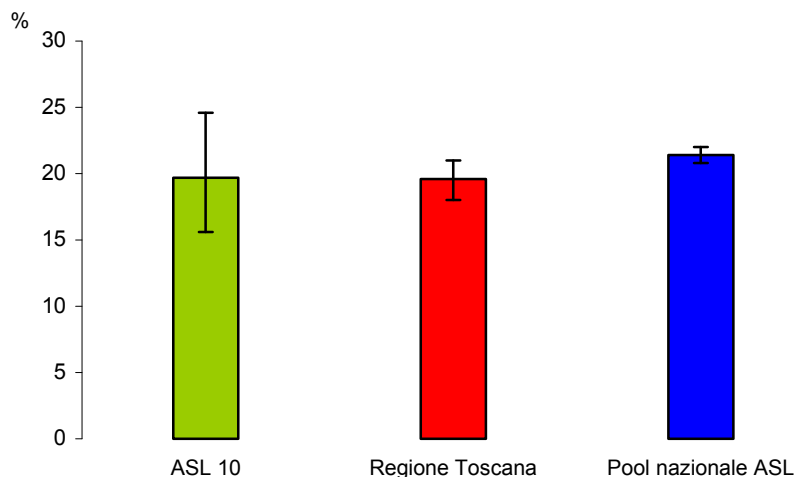
Caratteristiche demografiche		Ipertesi (%)
Totale		19,7% (IC95%: 15,6 – 24,6)
Età		
	18 - 34	5,5
	35 - 49	8,6
	50 - 69	37,7
Sesso		
	M	19,6
	F	19,9
Istruzione*		
	bassa	29,1
	alta	13,6
Difficoltà economiche **		
	sì	21,9
	no	17,8

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

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

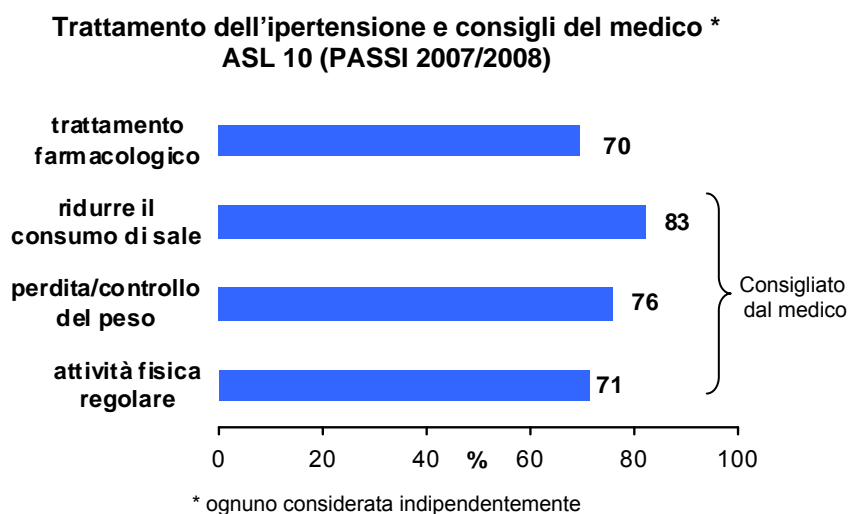
- Il valore medio nella Regione Toscana si attesta intorno al 20%, con un range che va dal 13% della ASL 7 di Siena al 34% della ASL 1 di Massa Carrara.
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone controllate cui è stata fatta diagnosi di ipertensione è pari al 21,4%.

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa (%) - PASSI 2007/2008



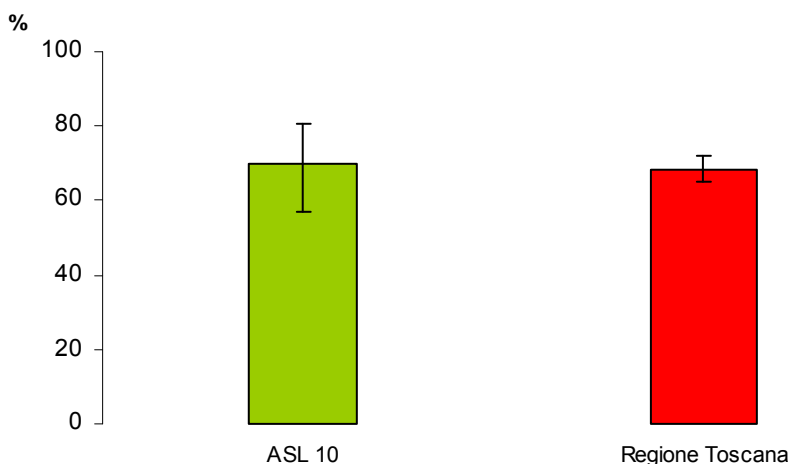
Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il 70 % degli ipertesi nella ASL 10 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (83%), ridurre o mantenere il peso corporeo (76%) e svolgere regolare attività fisica (71%).



Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci PASSI 2007/2008

- Nella Regione Toscana i soggetti ipertesi in trattamento farmacologico sono complessivamente il 69% (range dal 58% della ASL 7 di Siena al 83% della ASL 4 di Prato).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 si stima che sia iperteso circa il 20% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 37% degli ultracinquantenni e circa il 6% dei giovani con meno di 35 anni.

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

Colesterolemia

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

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

Colesterolo misurato almeno una volta

ASL 10 (n= 267) - PASSI 2007/2008

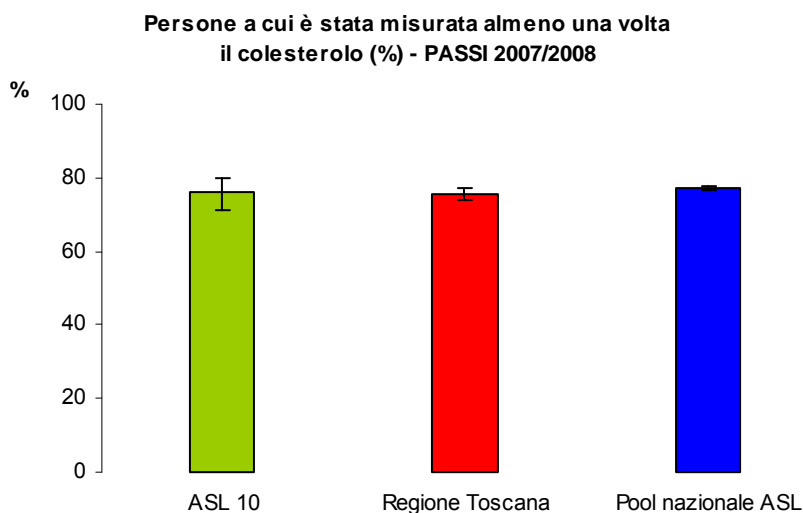
- Nella ASL 10 il 76% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 53% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 17 % tra 1 e 2 anni fa, il 5% più di 2 anni fa, mentre il 24% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 49% nella classe 18-34 anni al 89% nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito.

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	75,9 (IC95%: 71,0- 80,2)
Classi di età	
18 - 34	48,8
35 - 49	79,7
50 - 69	88,8
Sesso	
M	70,6
F	80,4
Istruzione*	
bassa	79,9
alta	73,1
Difficoltà economiche**	
sì	77,9
no	74,2

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

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

- Nella Regione Toscana la percentuale dei soggetti intervistati che ha riferito di aver effettuato la misurazione del colesterolo almeno una volta è pari al 76% (range dal 67% della ASL 11 di Empoli al 88% della ASL 1 di Massa Carrara).
- Nelle ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo il 22% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, nelle donne e nelle persone con basso livello di istruzione.

Ipercolesterolemia riferita

ASL 10 (n= 58) - PASSI 2007/2008

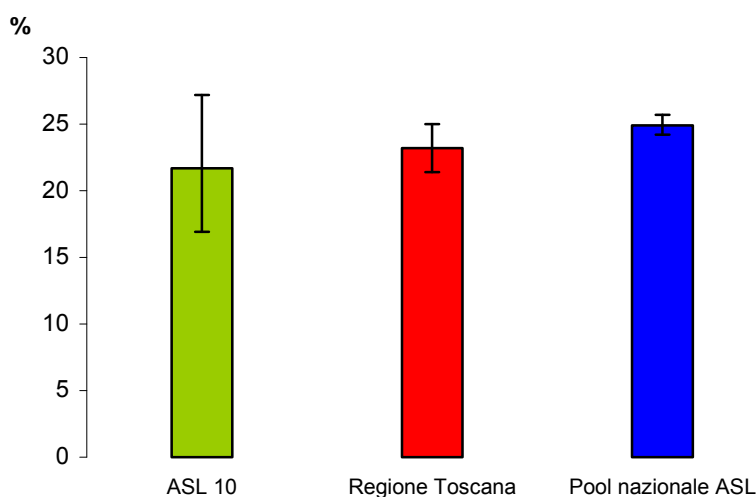
Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)
Totale	21,7 (IC95%: 16,9 – 27,2)
Età	
18 - 34	4,8
35 - 49	16,3
50 - 69	31,5
Sesso	
M	19,1
F	23,7
Istruzione*	
bassa	27,9
alta	17,4
Difficoltà economiche**	
sì	19,4
no	24,2

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

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

- Il valore medio regionale di soggetti che riferiscono alti livelli di colesterolemia è pari al 23% (range dal 15% della ASL 12 di Viareggio al 33% della ASL 9 di Grosseto).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di persone con alti livelli di colesterolo è il 25%.

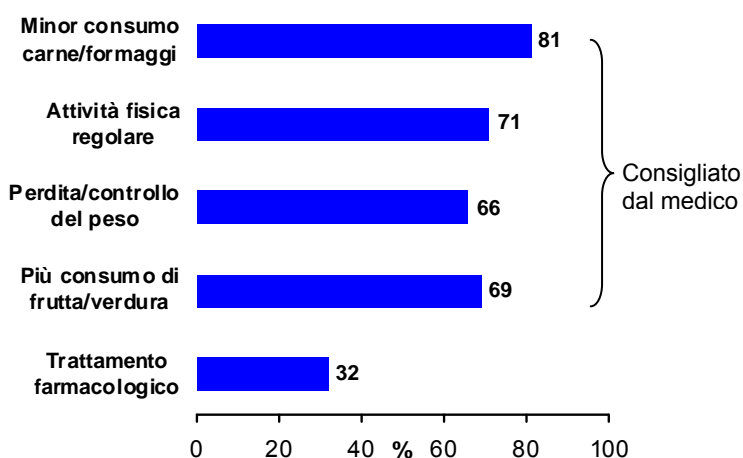
Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
PASSI 2007/ 2008



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 32 % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il 81 % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 69 % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 66 % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 71 % di svolgere regolare attività fisica.

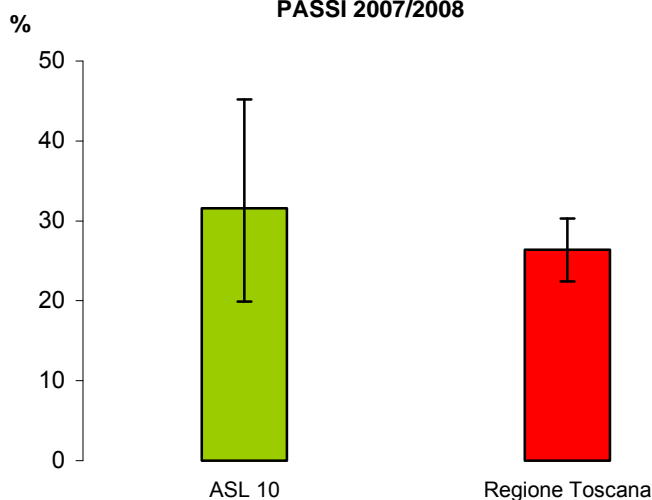
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL 10 - PASSI 2007/2008



* considerati indipendentemente

- Il valore medio in Regione Toscana dei soggetti ipercolesterolemici in trattamento con farmaci è risultato pari al 26% (range dal 14% della ASL 2 di Lucca al 34% della ASL 5 di Pisa).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
PASSI 2007/2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 24 % della popolazione di 18-69 anni della ASL di Firenze non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 22 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 32% tra le persone di 50-69 anni.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi prematuramente (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media), le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre a familiarità per la malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo è necessario prevederne una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

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

ASL 10 (n=254) - PASSI 2007/2008

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	6% (IC95%: 3,4 % - 9,6 %)
Classi di età	
35 - 49	5,0
50 - 69	6,8
Sesso	
M	3,5
F	8,0
Istruzione*	
bassa	6,8
alta	5,2
Difficoltà economiche**	
basso	8,7
alto	3,3
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	7,4 [§]
no	2,6

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

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

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

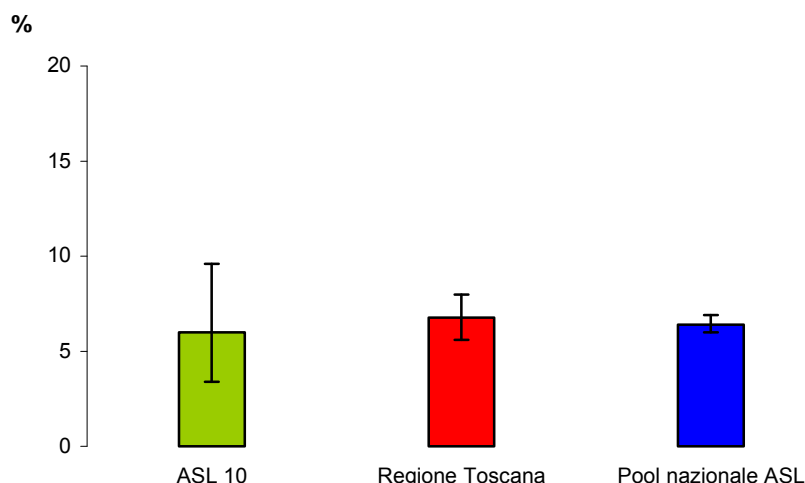
- Nella ASL 10 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 6%.

- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

- Il valore medio registrato nella Regione Toscana è del 7% (range compreso tra il 3% della ASL 4 di Prato ed il 15% della ASL 6 di Livorno).

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

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (%)
PASSI 2007/2008



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ASL 10 di Firenze.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. In Toscana la mortalità relativa a tutti tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione dal 1971/1979 al 2000/2004, passando da 308 a 198 decessi medi l'anno, con tassi standardizzati di mortalità di 13,2 su 100.000 a 5,5 su 100.000 (Italia 2000/2002: 5,6 su 100.000). Nel 2006 si sono registrati 207 decessi con un tasso standardizzato di 5,7/100.000 e un PYLL pari a 555.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Il test di screening ha ridotto i decessi del 30% nelle donne tra i 50 ed i 70 anni. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64%). L'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali e gradualmente si sta raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

Nella Regione Toscana i programmi di screening sono stati attivati dal 1999 in tutte le ASL. Nel 2006 sono state invitate circa il 98% delle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, con un tasso di adesione aggiustato pari al 50%.

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

Nella ASL 10 circa il 91% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.

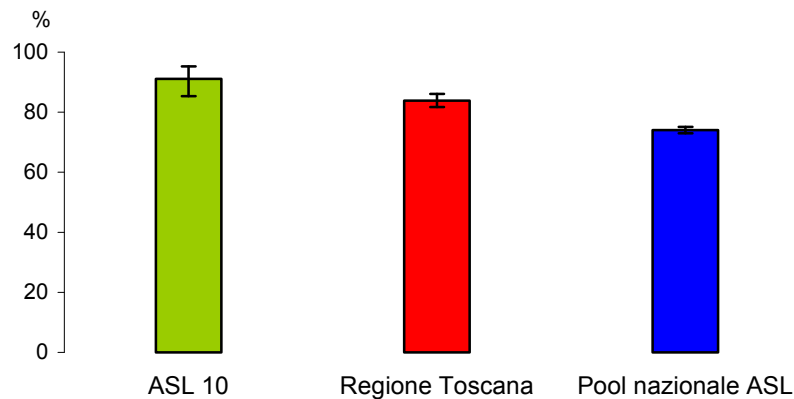
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=146)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	91,1 (IC95%:85,3-95,2)
Classi di età	
25 - 34	92,6
35 - 49	92,6
50 - 64	88,2
Stato civile	
coniugata	93,0
non coniugata	88,3
Convivenza	
convivente	94,1
non convivente	84,4
Istruzione**	
bassa	91,4
alta	90,8
Difficoltà economiche	
sì	92,9
no	88,7

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

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

- Nella Regione Toscana, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e pari al 83,9% (range dal 77% della ASL 7 di Siena e della ASL 12 di Viareggio al 91% della ASL 10 di Firenze).

**% di donne di 25-64 anni che hanno eseguito il Pap test negli ultimi 3 anni
PASSI 2007/2008**



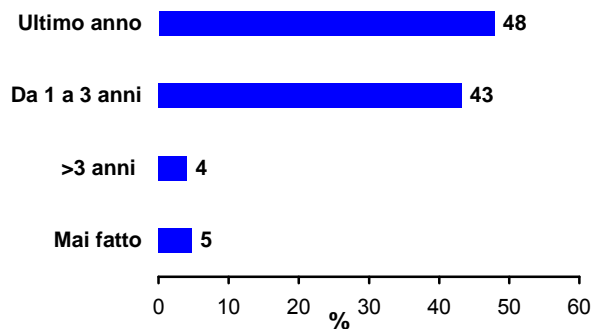
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 74% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Pap test e periodicità*
ASL 10 FI- PASSI 2007/2008 (n=146)

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

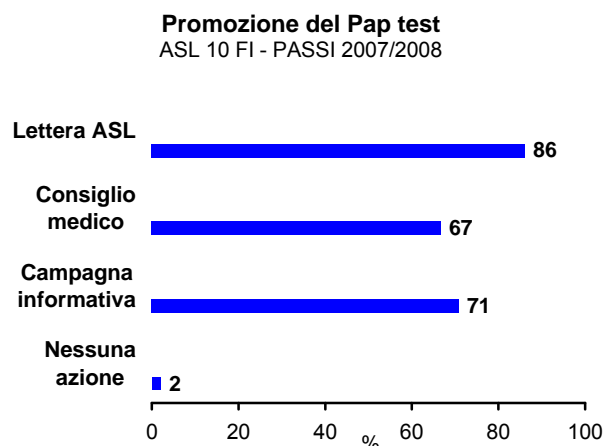
- il 48% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 43% da uno a tre anni
 - il 4% da più di tre anni.
- Il 5% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



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

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

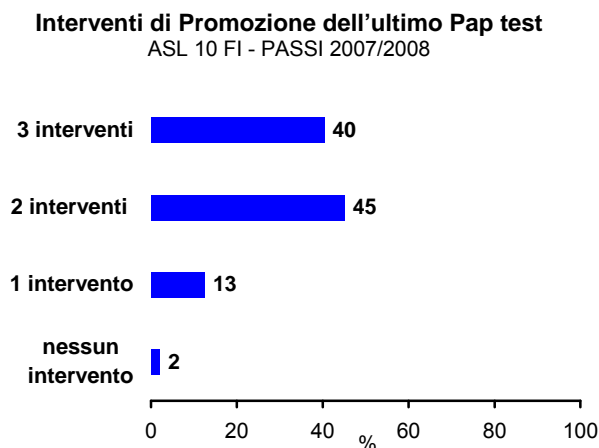
- Nella ASL 10:
 - il 86% delle donne intervistate di 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.
 - il 71 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.
 - il 67% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.



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

- Nella Regione Toscana il 79,3% delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL (range dal 61% della ASL 9 di Grosseto al 95% della ASL 11 di Empoli) ed il 65,8% di aver ricevuto un consiglio da parte di un operatore sanitario (range dal 48% della ASL 1 di Massa Carrara al 85% della ASL 11 di Empoli), mentre il 73,9% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 59% della ASL 1 di Massa Carrara al 90% della ASL 12 di Viareggio).
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 56,1% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 58,8% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66,6% ha visto una campagna informativa.

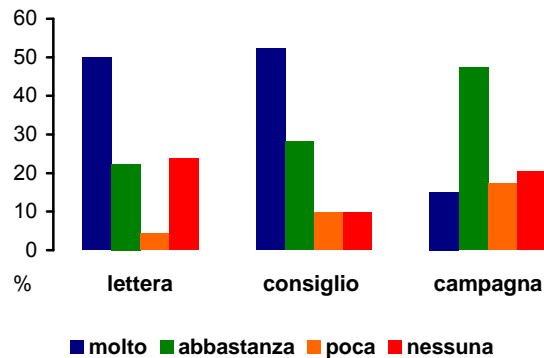
- Il 40% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 45% due interventi di promozione, il 13% uno solo.
- Solo il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ASL 10 il 72% delle donne di 25-64 anni che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (50% molta e 22% abbastanza), mentre il 4% poca influenza sulla scelta e ben il 24% nessuna. A livello regionale il 47% delle intervistate attribuisce alla lettera d'invito molta influenza, il 27% abbastanza influenza, il 12% poca ed il 14% nessuna.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008

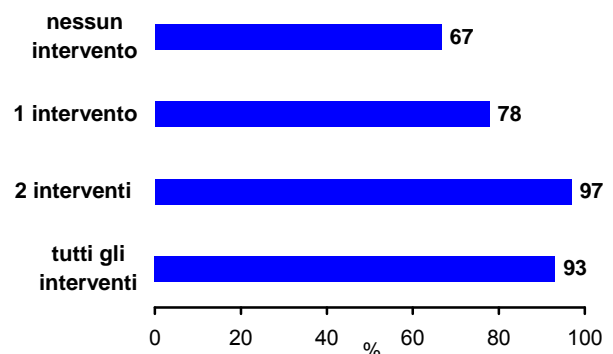


- Il 81% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (52% molta e 29% abbastanza), mentre il 10% poca influenza sulla scelta ed il 9% nessuna. In Regione Toscana la percezione dell'influenza positiva del consiglio dei sanitari è riferita dal 81% delle intervistate (43% molta e 38% abbastanza), mentre il 12% attribuisce poca e il 7% nessuna importanza.
- Il 62% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (15% molta e 47% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta ed il 21% nessuna. A livello regionale il 68% delle donne ha attribuito alla campagna informativa un'influenza positiva (23% molta e 45% abbastanza), il 19% poca influenza e il 13% nessuna.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 65,2% per la lettera dell'ASL, del 77,3% per il consiglio dell'operatore e del 63,0% per la campagna comunicativa.

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

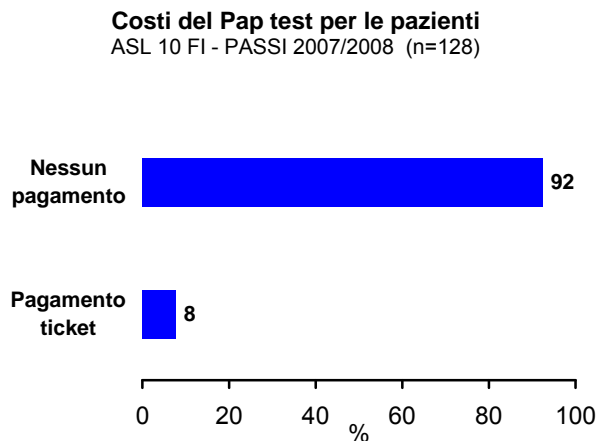
- Nella ASL 10 il 67% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati. La percentuale sale al 78% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 97% con due interventi e al 93% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 42,2%, 65,4%, 82,0% e 87,5%.

Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008

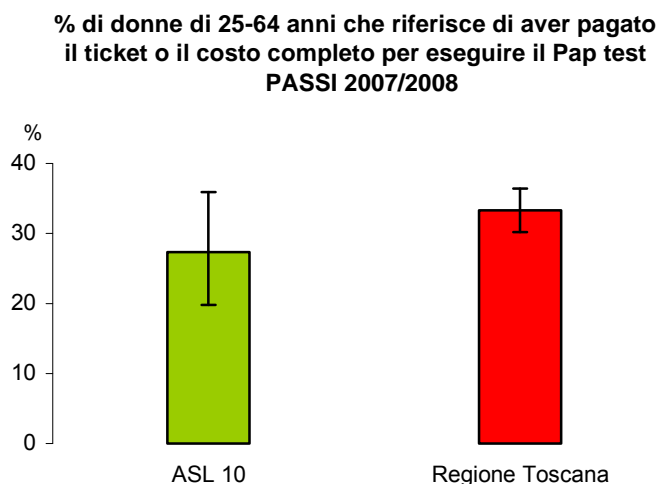


Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASL 10 il 73% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 10% ha pagato solamente il ticket e il 17% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).



- Nella Regione Toscana, la percentuale di donne che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening, è risultata pari al 33,3% (range dal 9% della ASL 11 di Empoli al 62% della ASL 9 di Grosseto).



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

- Nella ASL 10 il 5% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 4% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono risultate essere:
 - "penso di non averne bisogno" (6 donne su 11)
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" (1 donna su 11)
 - "ho paura dei risultati dell'esame" (1 donna su 11)
 - "è difficile prenotare l'esame" (1 donna su 11)
- Due donne sulle undici che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI informa della copertura totale (85%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (61%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (24%). A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (61%) e ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (58%) rappresenti una significativa conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 44% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 15% delle donne riferiscono di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni). Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non rispondenti.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre la mortalità nelle donne di 50-69 anni. Si stima che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

In Regione Toscana il programma è stato attivato in tutte le ASL a partire dal 2000, con lo scopo di invitare attivamente le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni. L'obiettivo fissato dal PSR 2005-2007 era di raggiungere un'adesione del 80%; dai dati relativi al 2006 risulta un tasso di adesione corretto pari al 68,3%

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

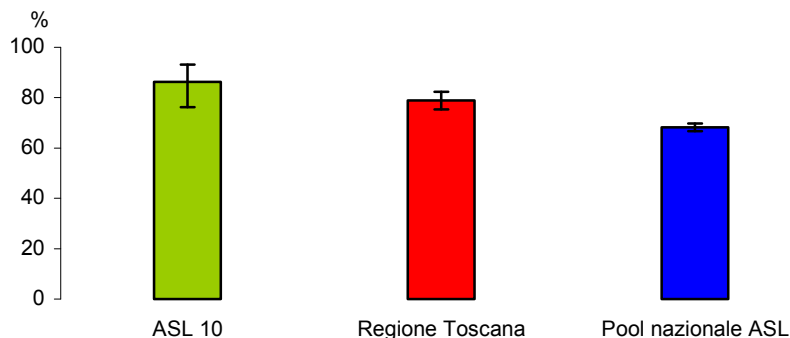
- Nella ASL 10 circa il 86% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 61% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 40 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie ASL 10 FI- PASSI 2007/2008 (n=73)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	86,3 (IC95%:76,2-93,2)
Classi di età	
50- 59	85,7
60 -69	86,7
Stato civile	
coniugata	84,9
non coniugata	90,0
Convivenza	
convivente	87,0
non convivente	84,2
Istruzione**	
bassa	83,7
alta	90,0
Difficoltà economiche	
sì	85,7
no	87,1

* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nella Regione Toscana la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è pari al 79% (range dal 86% della ASL 10 di Firenze al 58% della ASL 12 di Viareggio).

**% di donne di 50-69 anni che hanno eseguito la Mammografia negli ultimi 2 anni
PASSI 2007/2008**



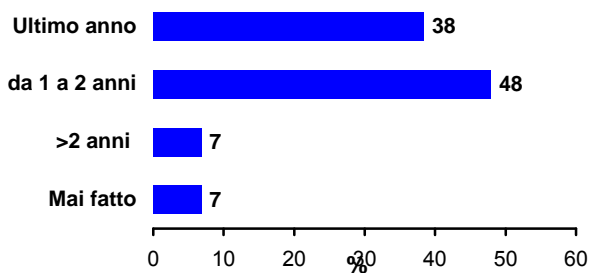
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Mammografia e periodicità*
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=73)

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

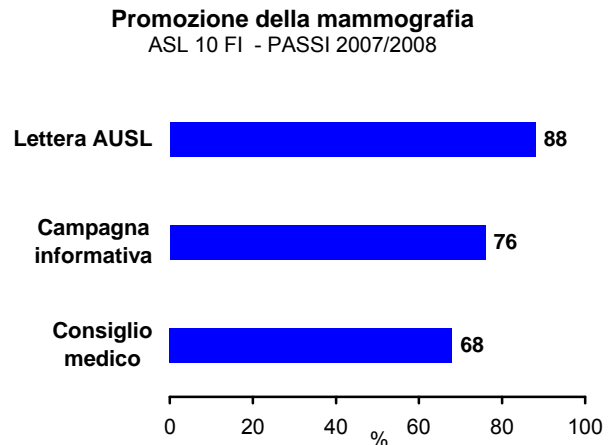
- il 38% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 48% da uno a due anni
 - il 7% da più di tre anni.
- Il 7% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.



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

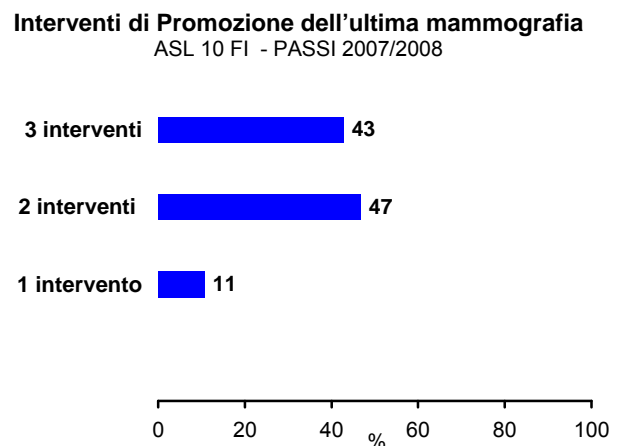
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL 10:
 - il 88% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL;
 - il 76 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
 - il 68% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.



- Nella Regione Toscana il 85,9% delle donne di 50-69 anni riferisce di aver ricevuto la lettera di invito dall'ASL (range dal 61,5% della ASL 12 di Viareggio al 97,7% della ASL 4 di Prato), mentre il 68,2% ha ricevuto consigli da parte di un operatore sanitario (range dal 43,6% della ASL 2 di Lucca al 86,5% della ASL 12 di Viareggio) ed il 83,9% riferisce di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 66,7% della ASL 11 di Empoli al 92,5% della ASL 3 di Pistoia).
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 61,8% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 60,2% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72,9% ha visto una campagna informativa.

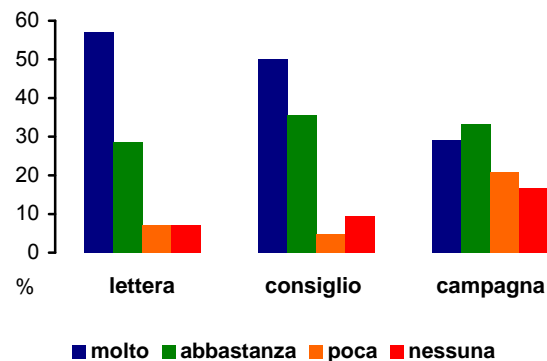
- Il 43% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 47% due interventi di promozione, il 11% uno solo.



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

- Nella ASL 10 il 86% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (57% molta e 29% abbastanza), mentre il 7% poca influenza sulla scelta ed il 7% nessuna. A livello regionale il 57% delle intervistate attribuisce alla lettera d'invito molta influenza, il 30% abbastanza influenza, il 8% poca ed il 5% nessuna.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008

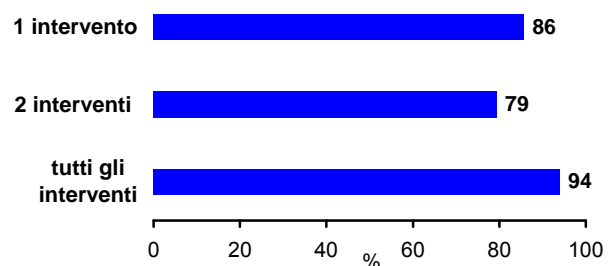


- Il 86% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (50% molta e 36% abbastanza), mentre il 5% poca influenza sulla scelta ed il 10% nessuna. Nella Regione Toscana il 88% delle intervistate ha attribuito al consiglio dei sanitari un'influenza positiva (il 53% molta e il 25% abbastanza), mentre il 7% e il 5% ritengono che tale intervento abbia avuto rispettivamente poca o nessuna influenza.
- Il 63% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (30% molta e 33% abbastanza), mentre il 21% poca influenza sulla scelta ed il 17% nessuna. A livello regionale un'influenza positiva della campagna informativa è riferita dal 75% delle donne (32% molta influenza, 43% abbastanza influenza), mentre il 15% attribuisce poca influenza ed il 10% nessuna alle iniziative di informazione.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 73,7% per la lettera dell'ASL, del 82,3% per il consiglio dell'operatore e del 68% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- La percentuale di donne che hanno effettuato la mammografia a seguito di un intervento di promozione (lettera, consiglio o campagna) risulta pari al 86% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati, al 79% nelle donne che hanno ricevuto due interventi e al 94% in quelle che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 53,9%, 73,1% e 81,9%. A livello nazionale solo il 29% delle donne che non hanno ricevuto alcun intervento risulta aver effettuato la mammografia.

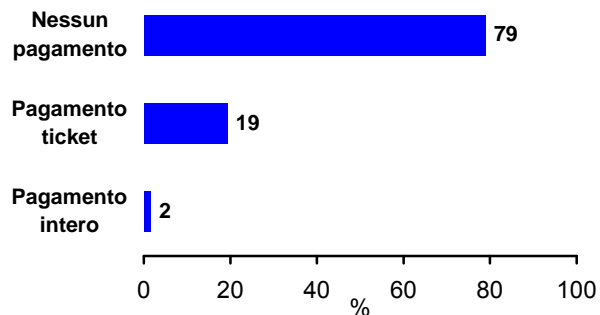
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008



Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL 10 il 79% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 19% ha pagato solamente il ticket e il 2% ha pagato l'intero costo dell'esame.

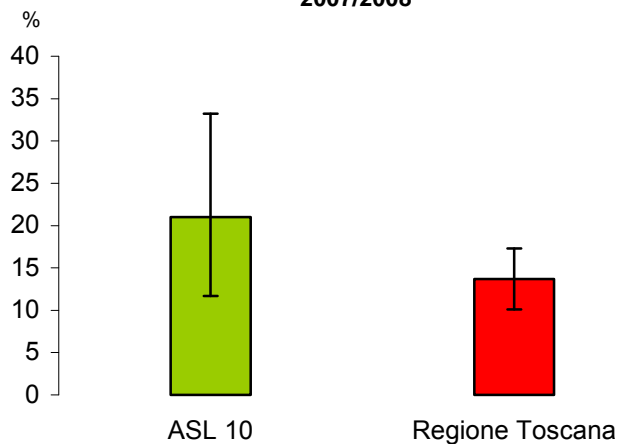
Costi della mammografia per le pazienti
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=63)



- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket), oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

- Nella Regione Toscana la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening risulta pari al 13,8% (range dal 0% della ASL 4 di Prato al 30% della ASL 9 di Grosseto).

% di donne di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo in occasione dell'ultima Mammografia preventiva - PASSI 2007/2008



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL 10 il 7% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 7% di averla effettuata oltre i 2anni.
- Le motivazione della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - “penso di non averne bisogno” (4 donne su 8)
 - “ho paura dei risultati dell'esame” (1 donna su 8)
 - “è fastidioso/doloroso” (1 donna su 8)
 - “altre motivazioni” (2 donne su 8)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 10 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventiva è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (79%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno. Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata. La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventiva prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

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

Nella Regione Toscana gli ultimi dati disponibili (2006) indicano un numero di decessi totale pari a 1604, con un tasso standardizzato di 28,5/100.000 per gli uomini e di 16/100.000 per le donne.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (da effettuare ogni due anni per le persone con età compresa fra i 50 e i 69 anni) e la colonscopia. Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 proponeva come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

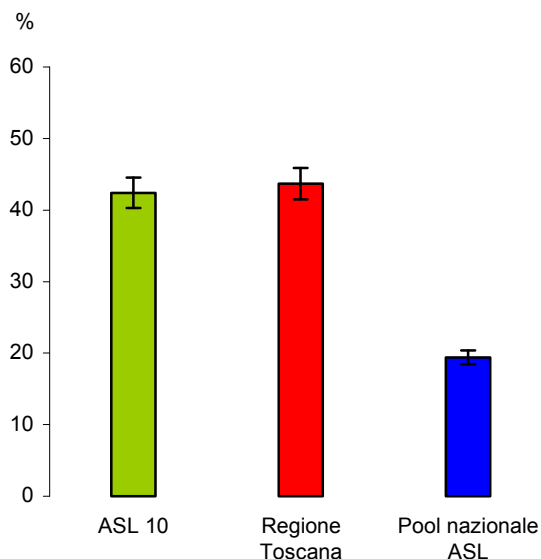
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida?

- Nella ASL 10 il 50% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 42% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 8% riferisce di aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

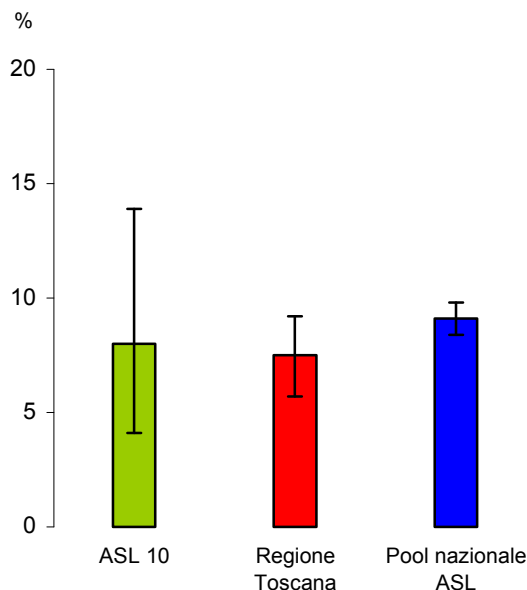
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=135)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	42,0 (IC95% 33,9-51,3)	8,0 (IC95% 4,1-13,9)
Classi di età		
50 - 59	37,9	8,1
60 - 69	45,9	8,0
Sesso		
uomini	40,0	7,7
donne	44,4	8,3
Istruzione		
bassa	47,9	6,5
alta	35,6	10,0
Difficoltà economiche		
sì	37,9	10,0
no	47,0	6,0

- In Regione Toscana il 43,7% dei soggetti ultracinquantenni intervistati ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni (range dal 6,3% della ASL 9 di Grosseto al 76,1% della ASL 6 di Livorno).
- Per quanto concerne la colonscopia, a livello regionale il 7,4% degli intervistati ha riferito di aver effettuato l'esame negli ultimi 5 anni a scopo preventivo (range dal 1,3% della ASL 2 di Lucca al 13,7% della ASL 1 di Massa Carrara).

% di persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue Occulto negli ultimi 2 anni- PASSI 2007/2008



% di persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni - PASSI 2007/2008



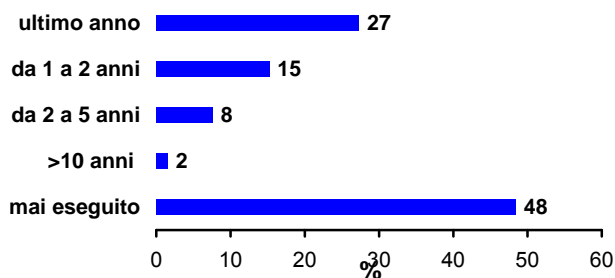
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 19,4% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9,1% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il 27% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 15% da uno a due anni
- il 10% da più di tre anni
- Il 48% non ha mai eseguito il test.

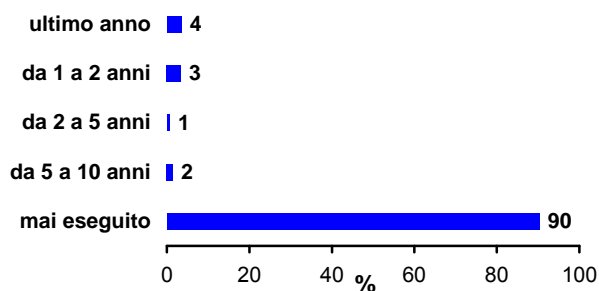
Sangue occulto e periodicità
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=132)



Rispetto alla colonscopia:

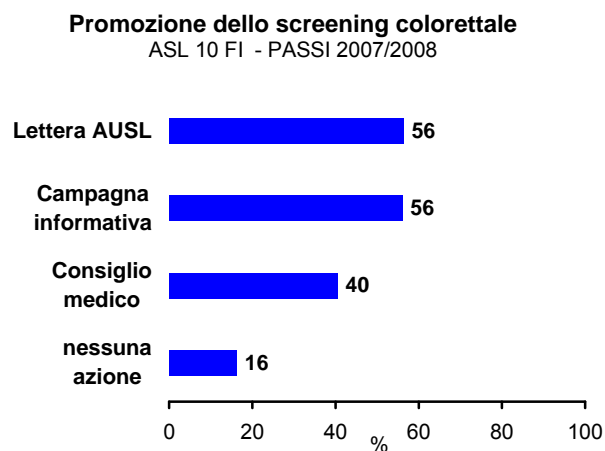
- il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 4% da uno a cinque anni
- il 2% da sei o più anni
- il 90% non ha mai eseguito la colonscopia.

Colonscopia e periodicità
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=137)



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

- Nella ASL 10:
 - il 56% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL ;
 - il 40% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto;
 - il 56% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.



- In Regione Toscana il 56,2% degli intervistati di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto la lettera di invito a fare lo screening colo-rettale (range dal 3,7% della ASL 9 di Grosseto al 88,9% della ASL 11 di Empoli), mentre il 38,7% è stato consigliato a fare lo screening da un operatore sanitario (range dal 18,1% della ASL 1 di Massa Carrara al 75,3% della ASL 11 di Empoli) e il 58,3% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 31,9% della ASL 12 di Viareggio al 88,3% della ASL 2 di Lucca).
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 21,4% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23,2% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41,7% ha visto una campagna informativa.

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

- Nella ASL 10 solo il 13% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 37% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 62% con due interventi e al 88% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 5,1%, 29,5%, 64,8% e 77,3%.

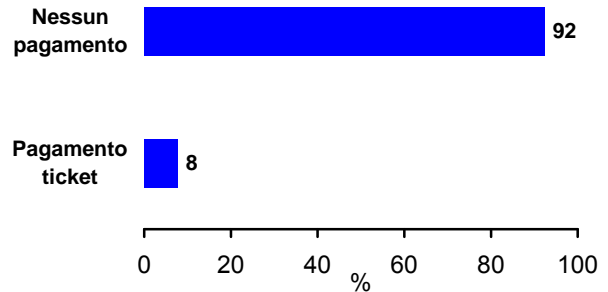


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL 10 il 92% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; mentre il 8% ha pagato il ticket.
- Tra coloro che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni nove persone su undici non hanno effettuato alcun pagamento, mentre le restanti due hanno pagato il ticket.

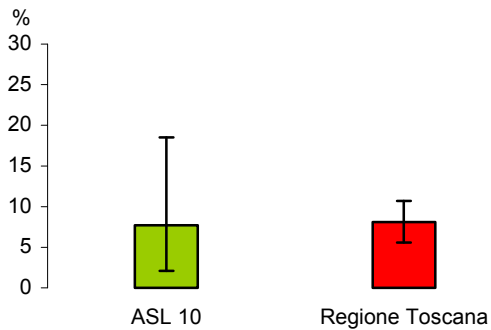
Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), o in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket).

Costi della ricerca di sangue occulto
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=52)

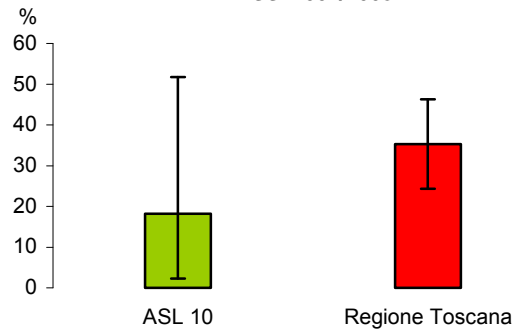


- Nella Regione Toscana la percentuale di persone che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private fuori dal programma di screening, è pari al 8,1%.

% di persone di 50-69 anni che hanno eseguito una ricerca di sangue occulto e hanno pagato il ticket o il costo completo
PASSI 2007/2008



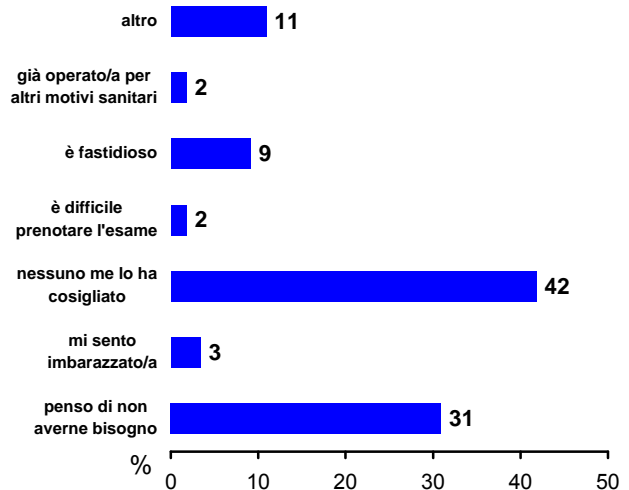
% di persone di 50-69 anni che hanno eseguito una colonscopia e hanno pagato il ticket o il costo completo
PASSI 2007/2008



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

- Nella ASL 10 il 40% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
 - “penso di non averne bisogno” 31%
 - “altro” 11%
 - “nessuno me lo ha consigliato” 42%
 - “è difficile prenotare l’esame” 2%
 - “sono già stata operato/a per altri motivi sanitari” 2%
 - “mi sento imbarazzato/a” 3%
 - “è fastidioso/doloroso” 9%
- Il 4% delle persone ha risposto a questa domanda “non so/ non ricordo”.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
ASL 10 FI - PASSI 2007/2008 (n=55)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante tale diagnosi di questa condizione richiede una valutazione clinica approfondita.

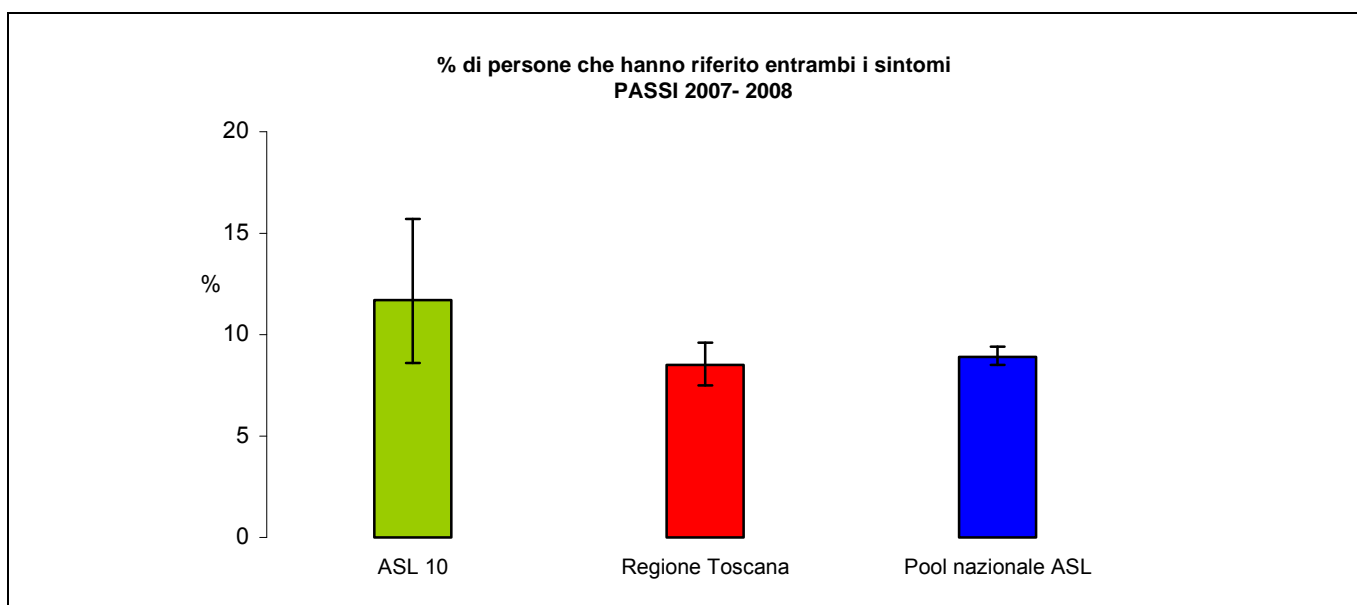
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella ASL 10 il 11,7% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL 10 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (circa tre volte più degli uomini), quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.
- In Regione Toscana l'8,5% dei soggetti intervistati riferisce i sintomi della depressione, con un range compreso tra il 4,1% della ASL 12 e 11,7% della ASL 10 e della ASL 11.
- Nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane il 8,9% degli intervistati

Sintomi di depressione ASL10 FI - PASSI 2007/2008 (n=343)

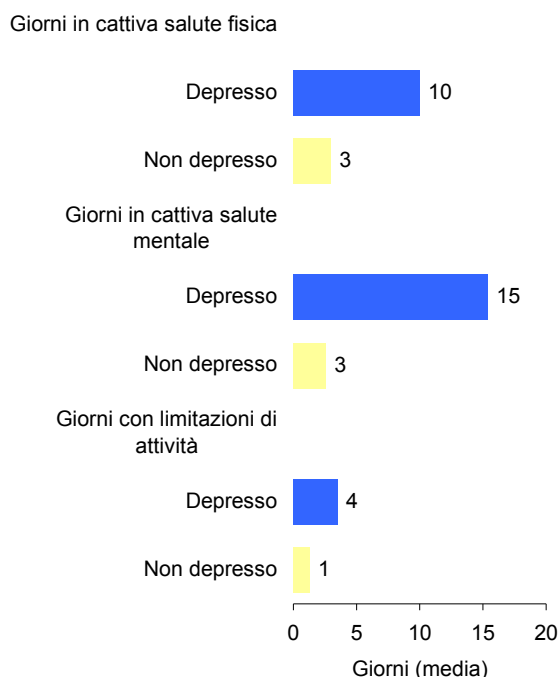
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	11,7 (IC95%: 8,6-15,7)
Classi di età	
18-34	7,1
35 - 49	12,3
50 - 69	13,9
Sesso	
uomini	5,6
donne	17,1
Istruzione*	
bassa	11,2
alta	12,0
Difficoltà economiche	
sì	15,1
no	8,6
Stato lavorativo	
Lavora	8,6
Non lavora	17,4
Malattie croniche	
Almeno una	16,4
Nessuna	10,8

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



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

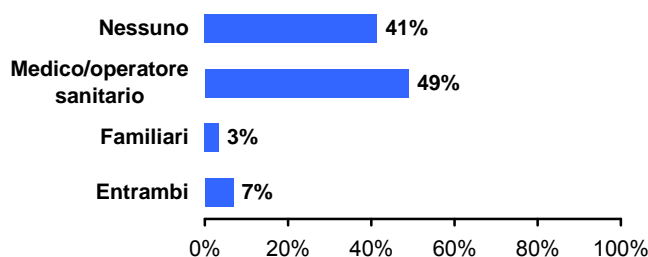
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 38,5% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono”, versus il 69,6% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e’ anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL 10 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 59%. Tale dato risulta sostanzialmente sovrapponibile con quello regionale.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, il 41% non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 49%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL 10 FI - PASSI2007/2008



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi ancora significativa la parte del bisogno non trattato.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali “sfide” dei Servizi Sanitari.

APPENDICE 1. Monitoraggio

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

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la ASL 10 Firenze

Tasso di risposta	78,8%
Tasso di sostituzione	21,2%
Tasso rifiuto	13,7%
Tasso di non reperibilità	7,6%
Tasso di eleggibilità	97,5%

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

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

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

• Tasso di risposta

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

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

$$RRI = \frac{n \text{ intervistate}}{n \text{ intervistate} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \cdot 100$$

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

• Tasso di sostituzione

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

$$TS = \frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} \cdot 100$$

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

• Tasso di rifiuto

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

$$REFI = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ intervistate} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \cdot 100$$

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

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

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

- **Tasso di non reperibilità**

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{n \text{ int. - rifiuti - non reperibili}} * 100$$

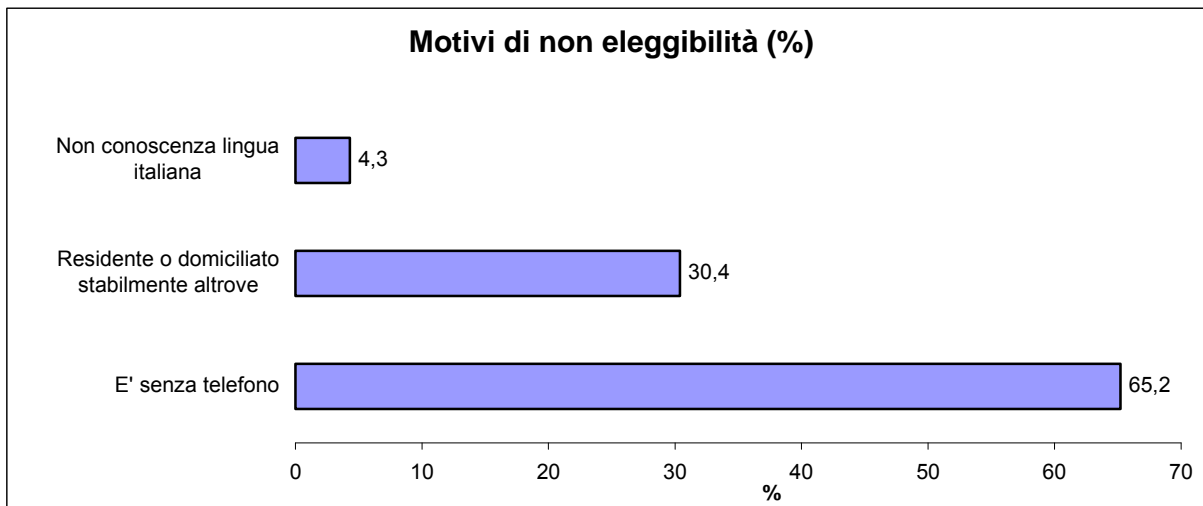
Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di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

- **Tasso di eleggibilità "e"**

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

$$\frac{n \text{ int. - rif.}}{n \text{ int. - rif. - resid. altrove - istruz. - dec. - no telefono - disabili - fuori dal range di età}} * 100$$

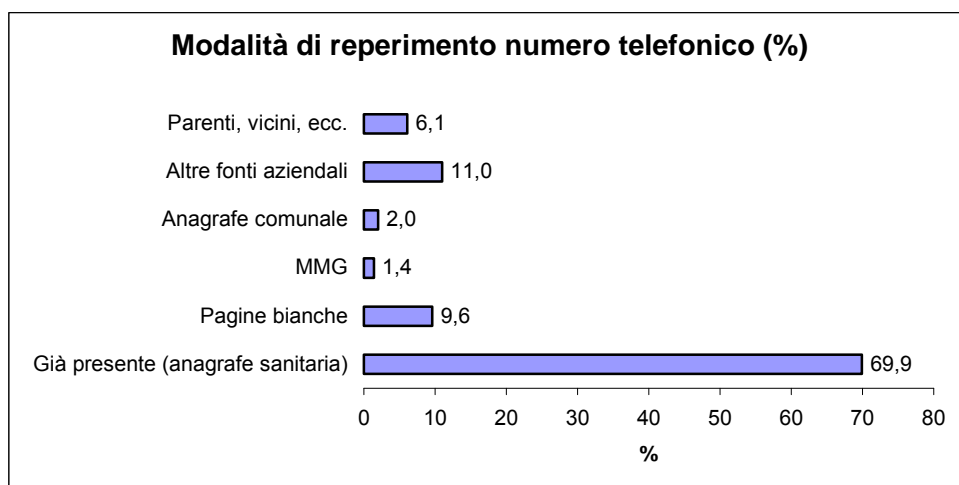
- **Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**



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

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

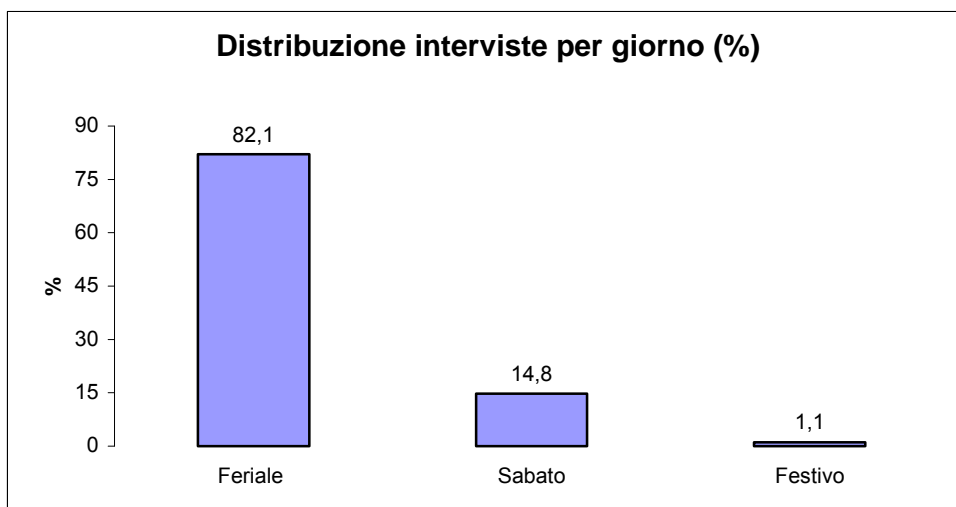
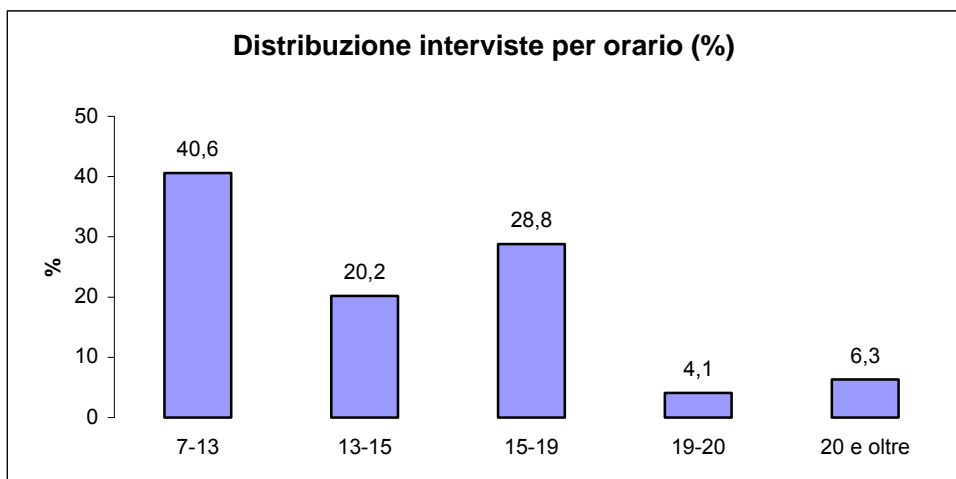
- **Modalità di reperimento del numero di telefono**



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

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

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



APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di ASL "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato. Sono stati calcolati due diversi pesi, uno che riporta i dati all'universo di riferimento ("Peso 1") e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria ("Peso 2").

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

$${}_iPesol_k = \frac{{}_iP_k}{{}_i\hat{p}_k}$$

$${}_i\hat{p}_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{pop_strato_k_Reg}$$

$${}_i\hat{p}_k = \frac{numero_int_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_Reg}$$

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

$${}_iPesol_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_ASL_i}$$

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

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

BIBLIOGRAFIA

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) *Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition* Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. *Current Issues of Public Health* 1996;2:51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. *Social and Preventive Medicine* 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. *Health Promotion International* 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. *American Journal of Preventive Medicine* 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. *Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods*. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: *Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference* Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005*. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html; ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto–legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004).
16. Italia. Ministero della Salute. *Progetto Mattoni SSN*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007.
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgsc/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Atalanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. *Gaining Health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgsc/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
22. Pope, J. *Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the result of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience*. Victoria: Naational Library of australia Cataloguing in Publication data; 2002.

23. Gruppo Profeta/Cnesps-Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007
24. Gruppo Profeta/Cnesps-Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37 (S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il “salto” del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. *BEN Notiziario ISS* 2006, 19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007
27. Cheli E, Porcellini M. *La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa*. Milano: Franco Angeli; 2004
28. Lever F, Rivoltella PC, Znacchi A. *La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche*. Roma: LDC-Rai-Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio; 1971
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environmental health perspectives*. 2002; 110, suppl 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. *Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore*. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI: 2007;3:1-2.
32. Perra A. *La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni*. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI: 2007;3:3-4.
33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. *PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI* 2007;5:78.
34. Zuanelli Sonino E. *La competenza comunicativa*. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. *Manuale di sociologia della comunicazione*. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition*. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR-13).
38. Gruppo Tecnico di Coordinamento PASSI. *Rapporti ISTISAN 07/30. Sistema di Sorveglianza PASSI*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it>
39. I programmi di screening della Regione Toscana. Ottavo rapporto annuale. 2007, CSPO
40. Morti per causa 2006. Regione Toscana, Settore Sistema Statistico Regionale. RMR 2007.
41. Sistema di Sorveglianza PASSI: Rapporto regionale 2007 della Toscana. Novembre 2008

INDICE

PREMESSA	3
OBIETTIVI	4
METODI	7
SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE	9
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	11
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	15
Buona percezione del proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese e limitazioni	
Conclusioni e raccomandazioni	
ATTIVITÀ FISICA	18
Sedentari e attivi	
Promozione attività fisica	
Autopercezione attività fisica	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINE AL FUMO	22
Distribuzione dell'abitudine al fumo	
Caratteristiche dei fumatori	
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	
Consigli sullo smettere di fumare	
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	
Esposizione al fumo in ambiente domestico	
Esposizione al fumo nei luoghi pubblici	
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro e percezione del rispetto della legge	
Conclusioni e raccomandazioni	
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	28
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Autopercezione del peso corporeo	
Autopercezione dell'alimentazione	
Informazioni e consigli sul peso da parte di operatori sanitari	
Informazioni e consigli sull'attività fisica da parte di operatori sanitari	
Quante persone hanno modificato il peso corporeo	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINI ALIMENTARI: IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	34
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
Conclusioni e raccomandazioni	
CONSUMO DI ALCOL	36
Quante persone devono	
Quanti sono i bevitori a rischio	
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	
Conclusioni e raccomandazioni	
SICUREZZA STRADALE	41
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano sotto l'effetto dell'alcol	
Conclusioni e raccomandazioni	
SICUREZZA DOMESTICA	43
Percezione del rischio	
Informazioni sul rischio di infortuni domestici	

Adozione di misure	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	48
Quanti si vaccinano	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	50
Quante donne sono vaccinate	
Quante donne sono suscettibili	
Conclusioni e raccomandazioni	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	52
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA	56
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Conclusioni e raccomandazioni	
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	59
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	62
Quante donne hanno eseguito un pap test nel rispetto delle linee guida	
Periodicità di esecuzione del pap test	
Interventi di promozione, loro percezione ed efficacia	
Costo del pap test	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	68
Quante donne hanno eseguito una mammografia nel rispetto delle linee guida	
Periodicità di esecuzione della mammografia	
Interventi di promozione, loro percezione ed efficacia	
Costo della mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON RETTO	74
Quanti hanno eseguito un test per il tumore del colon retto	
Periodicità di esecuzione dei test	
Interventi di promozione, loro percezione ed efficacia	
Costo dei test	
Conclusioni e raccomandazioni	
SINTOMI DI DEPRESSIONE	79
Quanti hanno sintomi di depressione	
Conseguenze percepite	
A chi ricorrono i soggetti con sintomi	
Costo dei test	
Conclusioni e raccomandazioni	
APPENDICE 1. MONITORAGGIO	82
APPENDICE 2. UTILIZZO DELLA PESATURA	87
BIBLIOGRAFIA	88

