

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto 2007 / 08

Azienda ULSS n. 15





A cura di:

Armando Olivieri (coordinatore aziendale), Marcello Poti (direttore Dipartimento di Prevenzione)

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 - ULSS Caserta 2, Caserta); Pirous Fateh- Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadigroma, Roma)

- a livello regionale:

Giovanna Frison, (Direzione Regionale per la Prevenzione - Regione Veneto)

Francesca Russo (Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione Regionale per la Prevenzione - Regione Veneto)

I componenti del Gruppo Tecnico Regionale: Gianstefano Blengio, Stefano Campostrini, Edoardo Chiesa, Adolfo Fiorio, Guglielmo Frapporti, Riccardo Galesso, Giovanni Gallo, Enrico Massa, Massimo Valsecchi

I coordinatori regionali: Silvia Milani, Mauro Ramigni

- a livello aziendale:

Gianni Bottacin, Marilena Favaro, Fiorella Rebellato, Rosita Securo, Maria Grazia Tavella
(Intervistatori/intervistatrici)

Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Az.ULSS 15 "Alta PAdovana", i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

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

PREMESSA

Passi si inserisce nel cuore delle attività politiche e sanitarie intraprese in Italia per promuovere la prevenzione: l'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta. Nel 2005, un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità ha confermato che le patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza costante all'aumento anche dei relativi costi diretti e indiretti, che consumano in media il 77% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione europea.

Il presente rapporto sintetizza i risultati del primo anno di avvio del sistema di sorveglianza nella nostra ULSS 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.

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 Sistema di sorveglianza PASSI, nato dalla collaborazione tra il Ministero della Salute e le Regioni, contribuisce a rispondere all'esigenza di monitorare nel tempo gli effetti dei piani per la prevenzione, i cambiamenti degli stili di vita e dei comportamenti che influenzano la salute della popolazione adulta, i motivi dell'adesione o della mancata adesione della popolazione agli interventi di prevenzione offerti, il grado di penetrazione dei messaggi proposti dal Servizio Sanitario.

Pertanto sarà molto importante integrare i risultati di PASSI con le altre fonti informative esistenti con il duplice scopo di accrescere il potere informativo dei dati raccolti e di riconsiderare gli obiettivi dei programmi di prevenzione in essere.

Si tratta di un'iniziativa originale non solo per l'Italia, ma anche per l'Europa: solo la Finlandia, infatti, realizza da qualche anno una sorveglianza di popolazione. In particolare, questa iniziativa nasce in Italia con una peculiarità unica: tarare questo strumento di sorveglianza soprattutto per un utilizzo dei dati a livello locale da parte delle nostre ULSS e Regioni.

Tra gli obiettivi non secondari della sorveglianza Passi (come già messo in luce dall'esperienza dei precedenti studi trasversali), quello di registrare l'opinione della popolazione sulla propria salute. L'indagine sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure, su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi. Passi diventa così una vera e propria piattaforma di comunicazione che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità stesse.

dr. Marcello Potì
Direttore Dipartimento di Prevenzione

	Pagina
INDICE	
OBIETTIVI	5
METODI	8
SINTESI DEL RAPPORTO	10
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE	12
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	16
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese e limitazione delle attività	
Conclusioni e raccomandazioni	
ATTIVITÀ FISICA	19
Quanti attivi fisicamente e quanti sedentari	
Promozione attività fisica	
Percezione del proprio livello di attività fisica	
Sedentarietà e fattori di rischio	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINE AL FUMO	23
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	
L'abitudine al fumo in ambito domestico	
L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici	
Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	
Conclusioni e raccomandazioni	
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	29
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Come considerano il loro peso	
Come considerano la propria alimentazione	
Consigli di perdere peso	
Consigli di fare attività fisica	
Chi ha cambiato peso nell'ultimo anno	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINI ALIMENTARI	34
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
CONSUMO DI ALCOL	36
Quante persone bevono	
Quanti sono i bevitori a rischio	
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	
Conclusioni e raccomandazioni	
SICUREZZA STRADALE	41
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano in stato di ebbrezza	
Conclusioni e raccomandazioni	
INFORTUNI DOMESTICI	43
Quale è la percezione del rischio	
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni	
Adozione di misure per rendere l'abitazione più sicura	
Conclusioni e raccomandazioni	

RISCHIO CARDIOVASCOLARE	48
IPERTENSIONE ARTERIOSA	48
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA	52
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	55
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	58
Quanti si sono vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	60
Quante donne sono vaccinate per la rosolia	
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	62
Quante hanno eseguito un Pap test	
Periodicità di esecuzione del Pap test	
Consigliato il Pap test	
Percezione dell'influenza della promozione del Pap test	
Efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test	
Costo ultimo Pap test	
Motivi nel non aver effettuato il Pap test	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	68
Quante hanno eseguito una mammografia	
Periodicità di esecuzione della mammografia	
Consigliata la mammografia	
Percezione dell'influenza della promozione della mammografia	
Efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia	
Costo ultima mammografia	
Motivi nel non aver effettuato la mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO	74
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon-retto	
Periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce	
Promozione degli screening per la diagnosi precoce tumori coloretali	
Efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali	
Costo ultimo esame effettuato	
Motivi nel non aver effettuato lo screening dei tumori coloretali	
Conclusioni e raccomandazioni	
SINTOMI DI DEPRESSIONE	79
Chi riferisce i sintomi di depressione	
conseguenze dei sintomi di depressione	
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	
Conclusioni e raccomandazioni	
APPENDICE	82

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi;
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;

- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al 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 precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per il Pap test e 3 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di AULSS 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 delle anagrafi sanitarie delle 21 Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie della Regione Veneto, periodicamente aggiornate. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle AULSS.

Il campione, nel periodo maggio 2007 – marzo 2008, è stato per l'ULSS 15 di 220 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 che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 21.996 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza. 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'ULSS di appartenenza. Abbiamo provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione nel periodo maggio 2007 – marzo 2008 con cadenza mensile. L'intervista telefonica è durata in media 23 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta tramite questionario cartaceo.

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

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

Analisi delle informazioni

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

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle sei province partecipanti, introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale.

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

Il personale dell'ULSS, 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.

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.

Sintesi del rapporto Azienda ULSS 15

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: nella AULSS 15 della Regione del Veneto, da maggio 2007 a marzo 2008, è stato intervistato un campione casuale di 220 persone (età 18-69 anni), selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria dell'Azienda. Il 50% degli intervistati è rappresentato da donne ed il 50% da uomini. L'età media è di 42 anni. La metà degli intervistati ha un livello di istruzione alto ed il 70% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: il 67% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 47% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: è completamente sedentario il 23% del campione ed il 30% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di due terzi dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: il 22% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena il 2% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. L'87% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o "quasi sempre" rispettato il divieto di fumo, mentre 91% dichiara che lo stesso divieto è rispettato nei luoghi pubblici. Il 13% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (2%) o solo in "alcune zone" (11%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il 24% del campione aziendale intervistato è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 12%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 26% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 65%. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra 18-34 anni.

Consumo di alcol: si stima che quasi i tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 20% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente l'11% beve fuori pasto, l'8.3% è bevitore "binge" ed il 6% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su cinque e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta non del tutto soddisfacente: l'89% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 35% degli intervistati. L'11% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 9.4% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici: nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nella nostra AULSS, non è elevata: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale di intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o da altri operatori sanitari, è limitata al 2%: tra questi ultimi il 35% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: in media, il 71% 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 nell'anno precedente.

Vaccinazione antirosolia: il numero di donne potenzialmente suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 36.1%.

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso un quinto della nostra popolazione, tra i 18 e i 69 anni; il 74% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Al 9.6% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Più di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (26.4%) e, tra questi, il 25.6% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (25%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 6% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che il proprio medico ha effettuato la misurazione del rischio cardiovascolare.

Sintomi di depressione: nella nostra AULSS il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: l' 85% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: Il 93.8% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato.

Screening tumore del colon retto: il 30% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, o una sigmoidoscopia o una colonscopia negli ultimi cinque anni a scopo preventivo.

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 246438 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ULSS 15 al 31/12/2007. Sono state intervistate 220 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. **Il periodo di osservazione descritto in questo primo rapporto va da maggio 2007 a marzo 2008.**

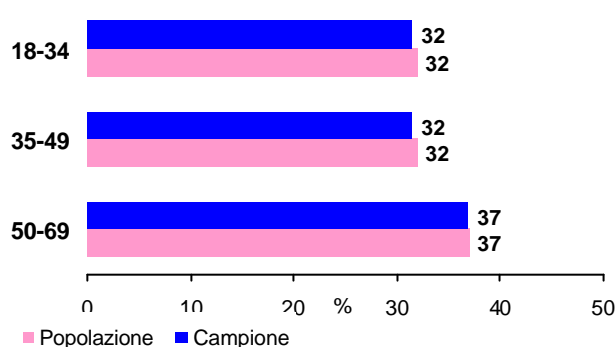
Il tasso di sostituzione¹ è stato del 12.6%; il tasso di risposta² è stato dell'87.4% e quello di rifiuto³ del 11.5% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

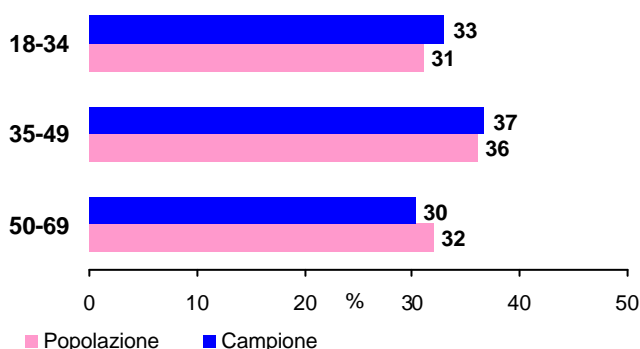
L'età e il sesso

- Nella ULSS 15 il 50% del campione intervistato (220 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 42 anni.
- Il 32.3% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34.1% in quella 35-49 e il 33.6% 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
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=220)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=220)



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)

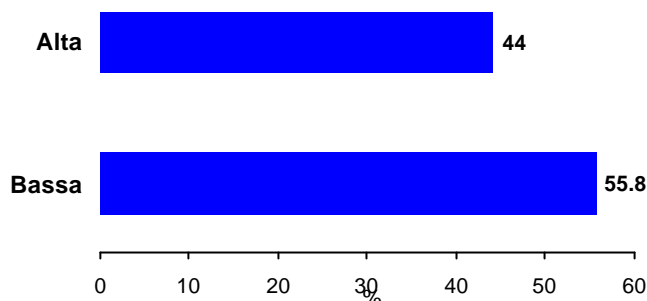
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

- Nella ULSS 15 l'14.4% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 41.4% la licenza media inferiore, il 34.9% la licenza media superiore e il 9.3% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.

Campione per livello di istruzione

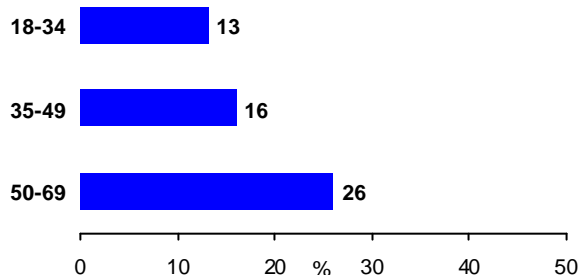
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=215)



- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

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

ULSS 15 - PASSI 2007 (n=215)

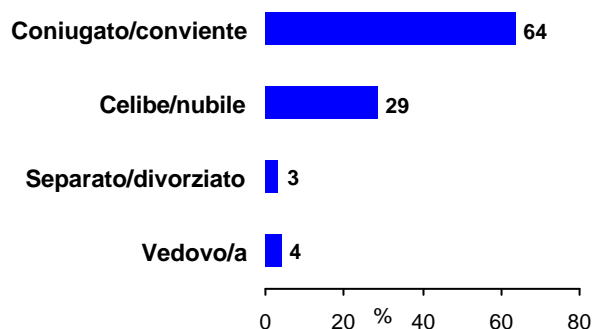


Lo stato civile

- Nella ULSS 15 i coniugati/conviventi rappresentano il 63.9% del campione, i celibi/nubili il 28.7%, i separati/divorziati il 3.2% ed i vedovi/e il 4.2%.

Campione per categorie stato civile

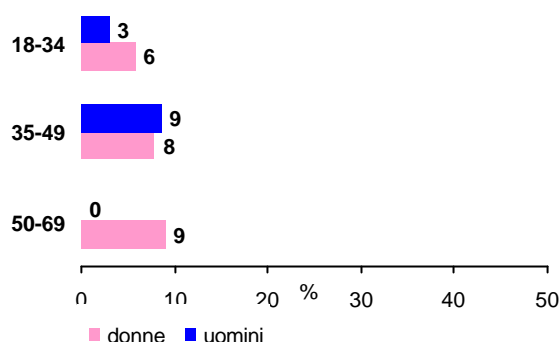
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=216)



Cittadinanza

- Nella ULSS 15 il 94.4% del campione intervistato è italiano, il 5.6% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, ad esempio solo il 4% dei 50-69 anni 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.

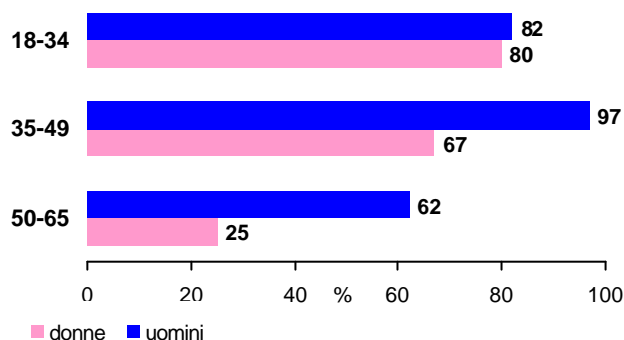
% di stranieri per sesso e classi di età
ULSS 15 - PASSI 2007



Il lavoro

- Nella ULSS 15 il 70.5% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (60% contro 80%). Gli intervistati più giovani e ultra 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.

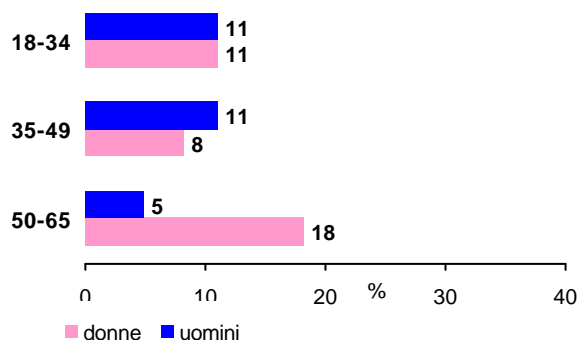
% di lavoratori regolari
per sesso e classi di età
ULSS 15 - PASSI 2007



Difficoltà economiche

- Nella ULSS 15 il 10.7% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 29.8% qualche difficoltà, il 59.5% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (12.3% contro 9%), è soprattutto la classe 18-34 anni che riferisce molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=215)



Conclusioni

Il campione nella ULSS 15 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione generale.

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 ULSS 15 il 66.7% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 28.8% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 4.6% 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*
ULSS 15 - PASSI 2006 (n=219)

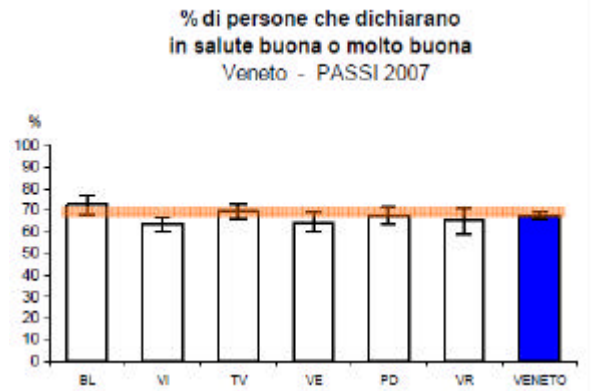
Caratteristiche	%
Totale	66.7 (IC95%: 60.0-72.9)
Età	
18 - 34	87.1
35 - 49	65.3
50 - 69	48.6
Sesso	
uomini	70.9
donne	62.4
Istruzione	
bassa	58.3
alta	76.8
Difficoltà economiche**	
sì	57.5
no	72.7
Patologia severa***	
presente	47.4
assente	70.7

* 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

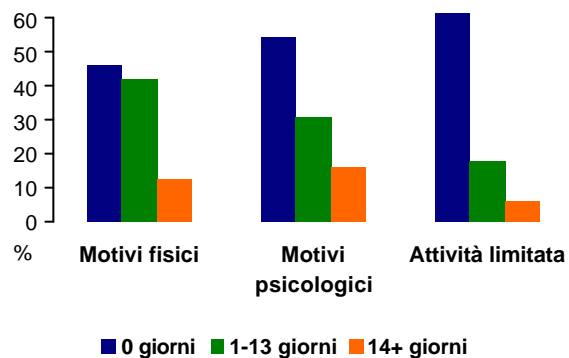
- Nelle sei province della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale del 67% (range dal 64% della provincia di Vicenza al 73% della provincia di Belluno).



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

- Nella ULSS 15 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (46.1% in buona salute fisica, 54.1% in buona salute psicologica e 77% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 12.3% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'15.6% per motivi psicologici e solo il 5.5% 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 4.5, mentre le attività abituali sono limitate per 1.8 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa), e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ULSS 15 - PASSI 2007



Giorni in cattiva salute percepita
ULSS 15 - PASSI 2007

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	4.5	5.1	1.8
Classi di età			
18 - 34	3.3	5.1	1.6
35 - 49	4.8	3.7	2.1
50 - 69	5.4	6.3	1.7
Sesso			
uomini	3.7	3.1s	1.7
donne	5.3	7.1	2.0

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Attività fisica

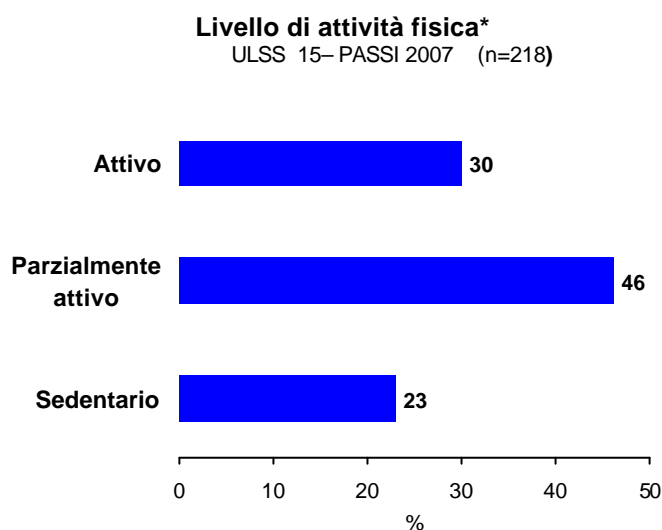
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ULSS 15 il 30% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 46% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 23% è completamente sedentario.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Il 23% delle persone intervistate dichiara di non svolgere alcuna attività fisica
- L'abitudine alla sedentarietà è maggiore tra i più giovani e tra le donne

Sedentari	
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=218)	
Caratteristiche	%
Totale	23,0 (IC95%: 18,3-21,8)
Classi di età	
18 - 34	25,7
35 - 49	24,3
50 - 69	20,3
Sesso	
uomini	21,8
donne	25,0
Istruzione*	
bassa	24,2
alta	23,2
Difficoltà economiche	
sì	23,3
no	24,2

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

- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie, non emergono differenze statisticamente significative rispetto al dato regionale, eccetto per Vicenza (range dal 15% di Vicenza al 25% di Verona).

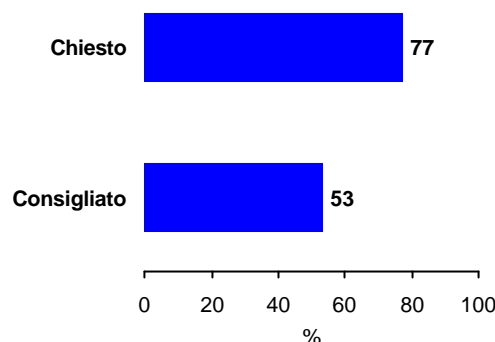


- Tra le ULSS partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% della popolazione è attiva, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.

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

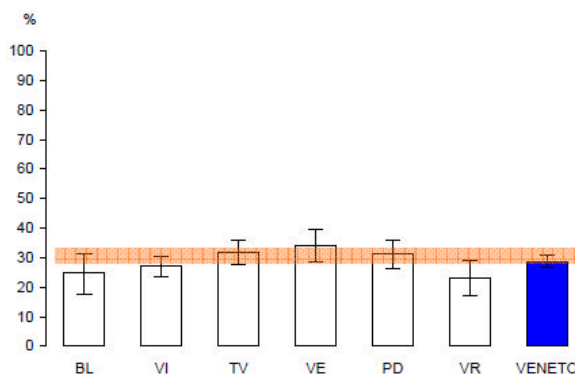
- Nella ULSS 15 solo il 77% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 53% dei casi.
- Tra le altre ULSS partecipanti al sistema PASSI Veneto il 35% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 29% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ULSS 15 – PASSI 2007



- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica (range dal 23% di Verona al 34% di Venezia).

% di persone a cui è stato consigliato di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario
Veneto – PASSI 2007

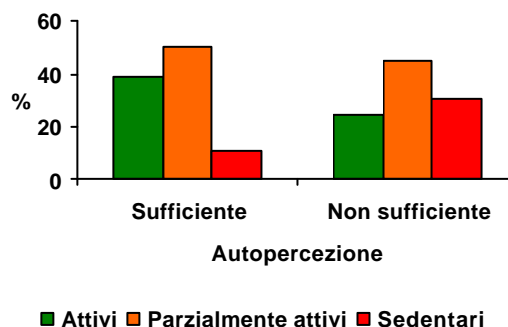


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nelle nostra ULSS il 11% delle persone che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente, siano in realtà sedentarie.

Tra l'insieme delle altre ULSS partecipanti la percentuale di persone che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente pur essendo sedentarie è del 48%

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=215)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ULSS 15 il 30% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 23% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone più giovani e 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 trentini si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente e risulta inferiore alla media delle altre ULSS. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività 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.

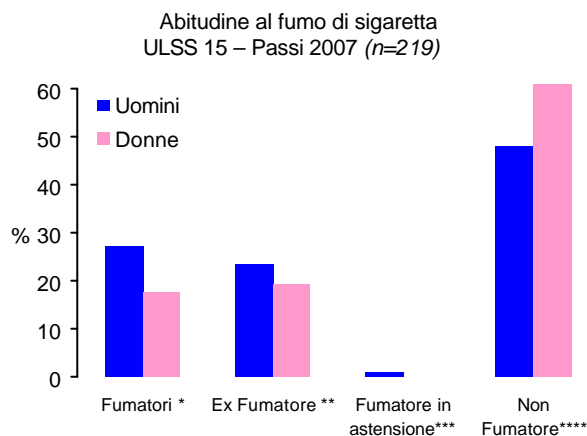
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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 ULSS 15 i fumatori sono pari al **22.4%**, gli ex fumatori al **21.5%**, e i non fumatori al **55.7%**. A questi si aggiunge una minima quota di persone (**0.5%**), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)

- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (**27%** versus **17%**); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (**63%** versus **48%**).



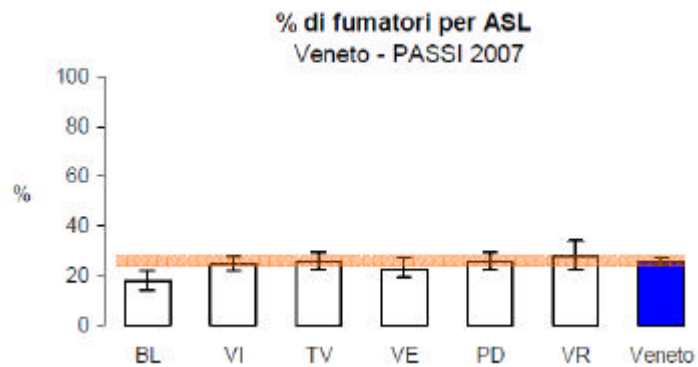
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**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

- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, solo Belluno si differenzia in modo statisticamente significativo per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 18% di Belluno al 28% di Verona).



- tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il **31%**, gli ex fumatori il **19%** e i non fumatori il **50%**.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media **11** sigarette al giorno. Tra loro, il **2%** dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta tra gli uomini, tra le persone al di sotto dei 50 anni e fra chi ha difficoltà economiche; vi sono piccole differenze per livello di istruzione; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

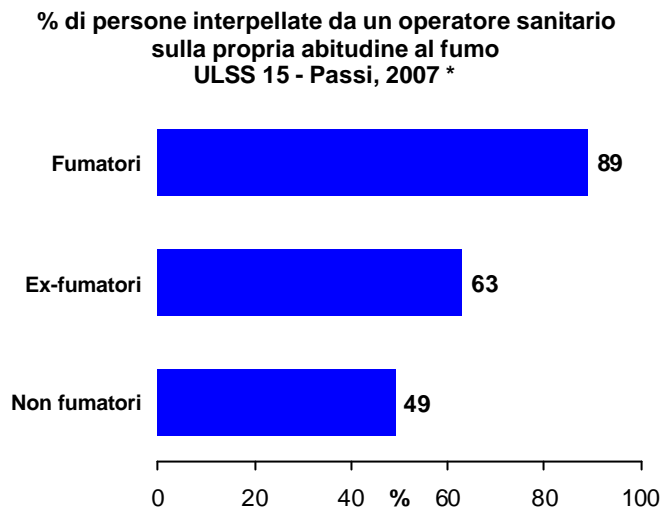
Fumatori	
ULSS 15 Passi, 2007 (n=219)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	22.8 (IC95%: 17.4 - 29.0)
Età, anni	
18 - 34	30
35 - 49	20
50 - 69	19
Sesso ^	
M	28
F	17
Istruzione**	
bassa	25
alta	21
Difficoltà economiche	
si	24
no	23

* 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)

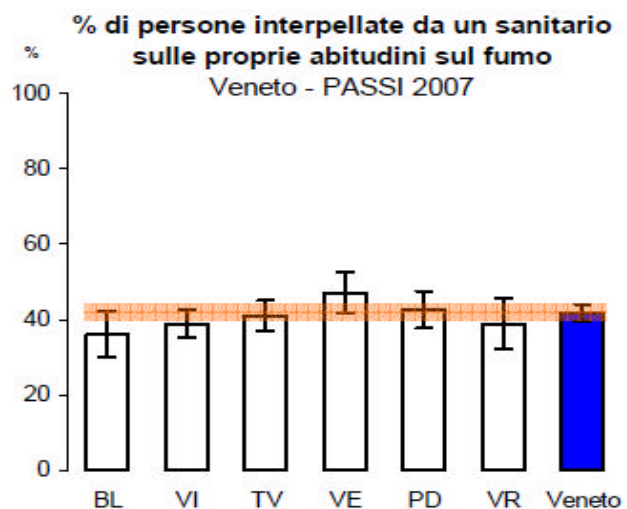
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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, quasi due intervistati su tre (64%) 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 ben il 89% dei fumatori, il 63% degli ex fumatori e il 49% dei non fumatori.
- Tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 66% dei fumatori e il 42% dei non fumatori.



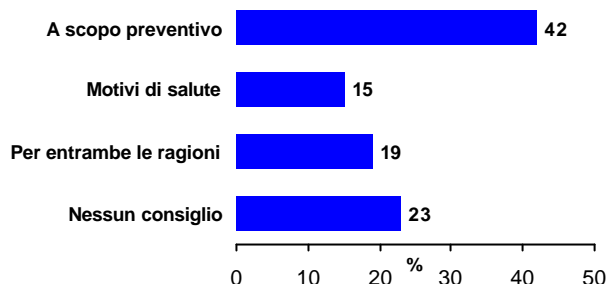
* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 114)



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

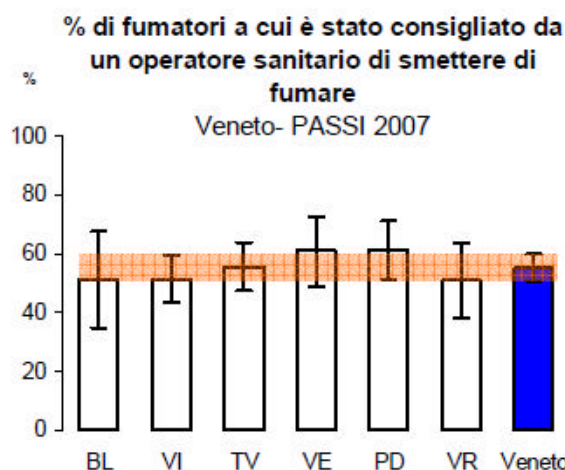
- il 77% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (42%)
- il 23% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI il 40%)

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione- ULSS 15 Passi 2007 *



* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 197)

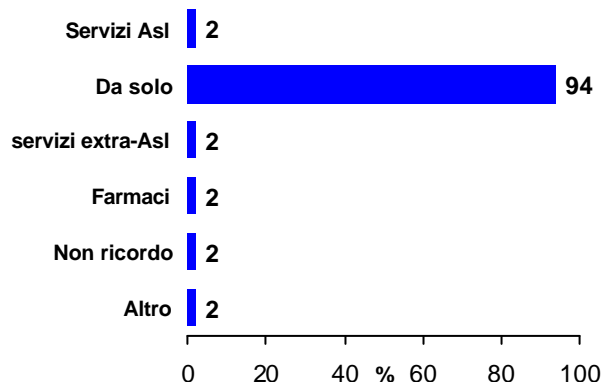
- Nelle 6 Province della regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 51% di Belluno e Vicenza al 61% di Padova)



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

- Fra gli ex fumatori il 94 % ha smesso di fumare da solo e il 2 % riferisce di aver fruito di servizi ULSS (tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI il 95%).
- anche i dati relativi alle ULSS partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli (il 95%).
- Il 55 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

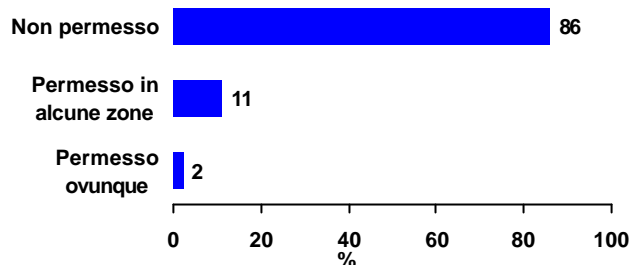
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ULSS 15 - Passi 2007



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- L' 86% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 14% dei casi si fuma ovunque (2%) o in alcuni luoghi (11%).

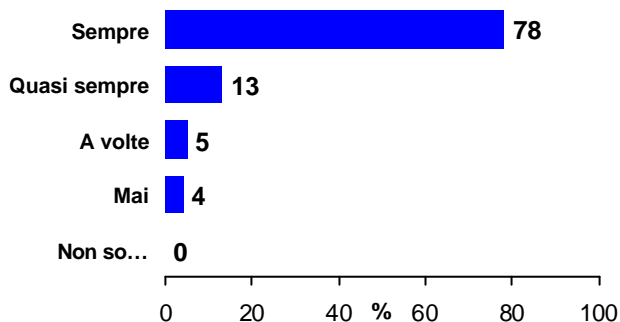
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ULSS 15 - Passi 2007



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 91% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 9% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del 84% e del 16%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo
nei luoghi pubblici (n= 196 intervistati)
ULSS 15 - Passi 2007 *

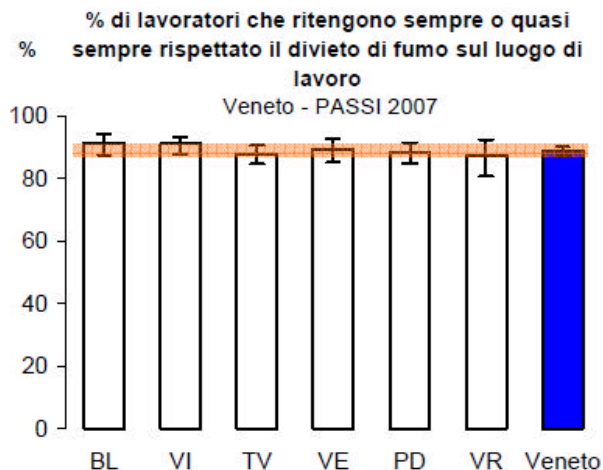
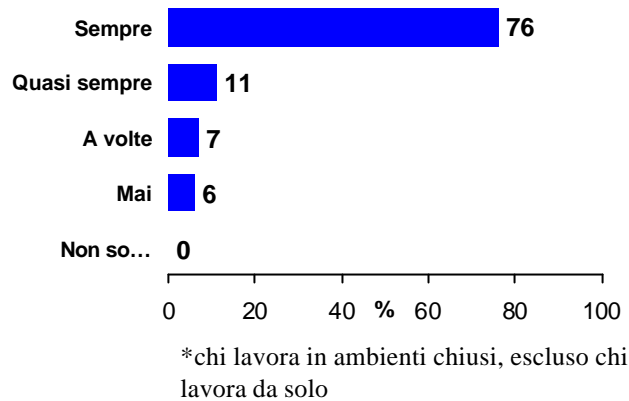


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 86.7% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 12.6% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del 85% e del 15%.
- Nelle sei Province della regione con un campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dal 88% di Verona al 92% di Belluno).

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 144 lavoratori) *
ULSS 15 - Passi, 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i più giovani, specialmente nella classe d'età dei 18 - 34, dove 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Più dei due terzi 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.

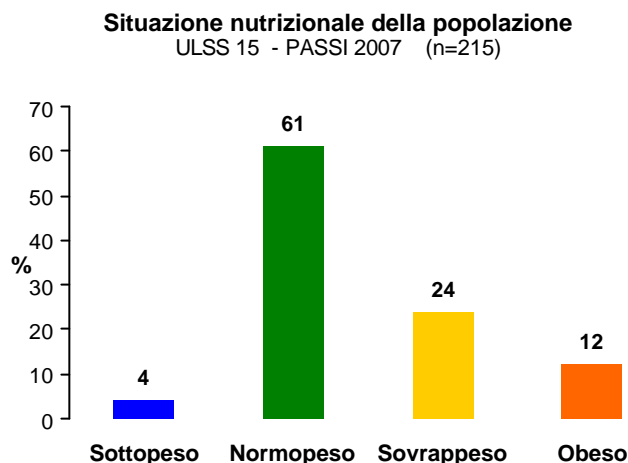
Situazione nutrizionale

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 preesistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (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 ULSS 15 il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 61% normopeso, il 24% sovrappeso e il 12% obeso.
- Complessivamente si stima che il 36% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



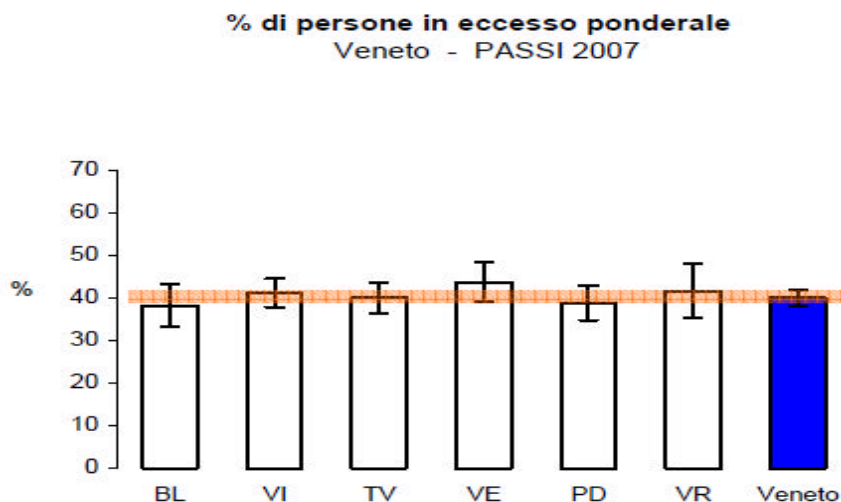
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (48% vs 23%) e nelle persone con basso livello di istruzione, con differenze tutte statisticamente significative.

Eccesso ponderale	
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=215)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	35.8 (IC95% 29.4-42.6)
Classi di età	
18 - 34	25
35 - 49	28
50 - 69	54
Sesso	
uomini	48
donne	23
Istruzione*	
bassa	44
alta	25
Difficoltà economiche	
sì	40
no	34

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

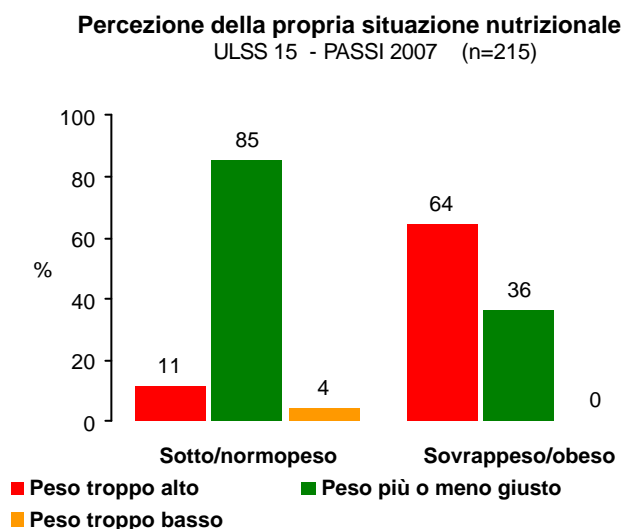
Nelle 6 Province del Veneto non emergono differenze statisticamente significative (range dal 44% della provincia di Venezia al 38% di Belluno).



- Tra le ULSS partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 43% presenta un eccesso ponderale (32% è in soprappeso e il 11% è obeso).

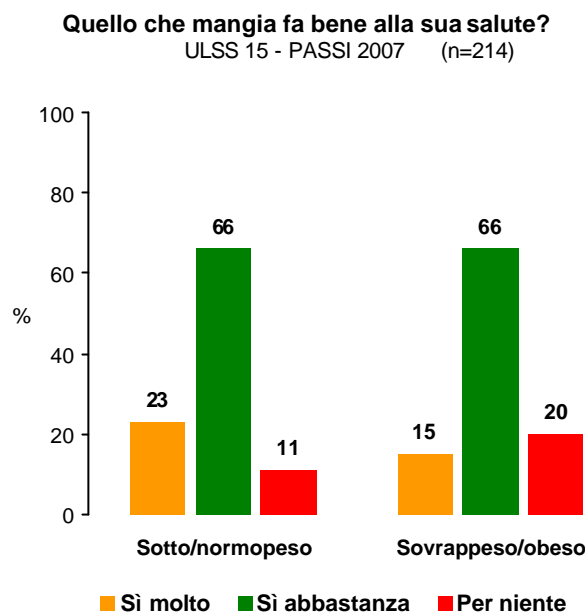
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ULSS 15 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 (85%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 36% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 79% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 93% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 71% rispetto al 60% degli uomini considera il proprio peso troppo alto.



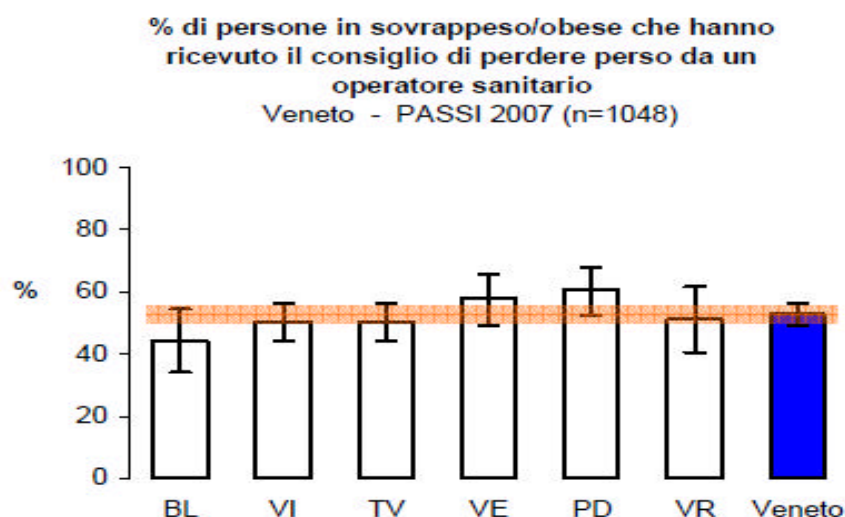
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ULSS 15 mediamente l'86% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: l'89% dei sottopeso/normopeso, l'80% dei sovrappeso/obesi.



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

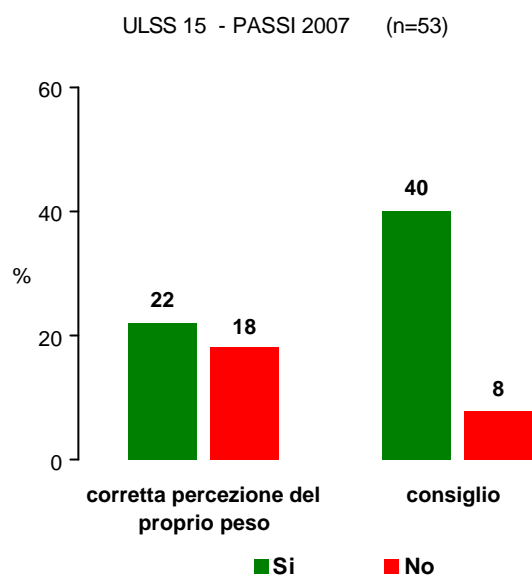
- Nella ULSS 15 il 40% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario.
- Nelle 6 province della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 60% della provincia di Padova al 44% di quella di Belluno).



- Tra le ULSS partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 57% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario (48% delle persone in sovrappeso e il 81% degli obesi).

- Solo il 26% 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 significativamente più alta:
 - nelle donne (46% vs il 17% degli uomini)
 - negli obesi (38% vs il 20% dei sovrappeso)
 - nelle persone in sovrappeso che percepiscono il proprio peso come "giusto" (22% vs il 18% di coloro che ritengono il proprio peso "troppo alto")
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (40% vs 7.7%).

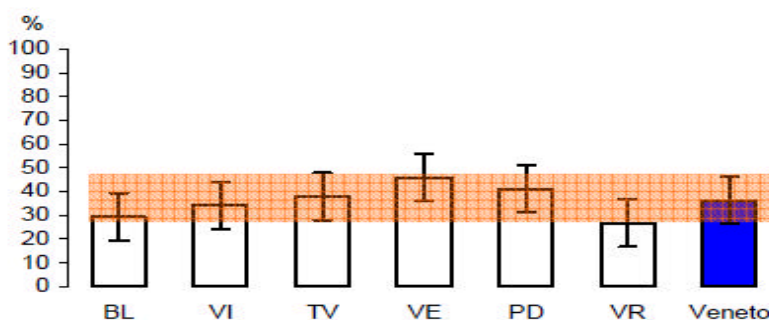
Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari



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

- Nella ULSS 15 il 27% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (29% nei soprappeso/ e 23% negli obesi).
- Il 61% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 50% delle persone in sovrappeso e il 78% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 65% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 67% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle 6 Province della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 26% di Verona al 46% di Venezia).

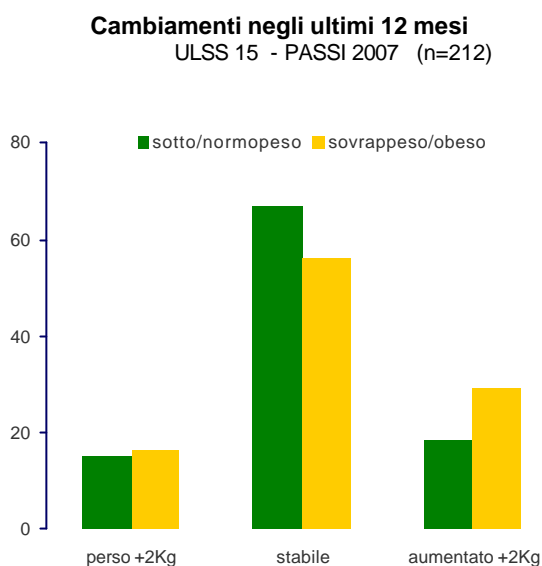
% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario Veneto - PASSI 2007



- Tra le ULSS partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ULSS 15 il 22% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia d'età di 18-34 anni (28% vs 24% in quella 35-49 anni e 15% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (29% negli obesi e nei sovrappeso vs 18% dei normopeso).
- Non emergono invece differenze tra donne (21%) e uomini (23%).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 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 63% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 26% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (65%).

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.

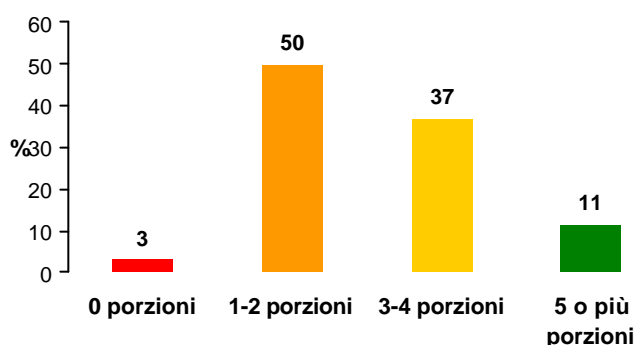
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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 ULSS 15 il 97% 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 37% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (20.3%), tra le donne (13%) e tra le persone con basso livello d'istruzione (15%); non emergono differenze legate alla condizione economica. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone obese.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=218)

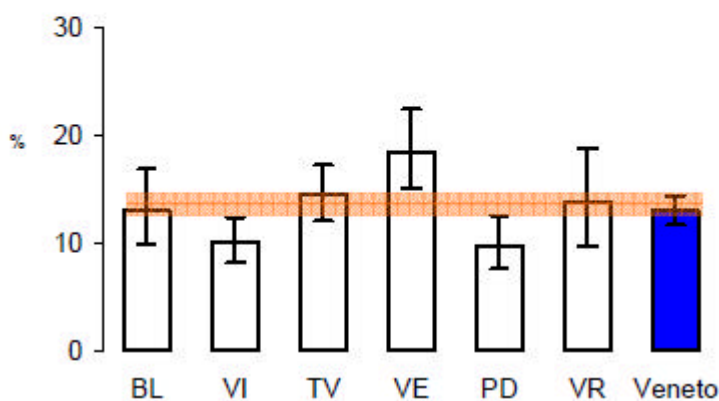


Consumo di frutta e verdura ULSS 15 - PASSI 2007 (n=194)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" (%)
Totale	11.0 (IC95% 7.2-15.9)
Classi di età	
18 - 34	2.9
35 - 49	9.3
50 - 69	20.3
Sesso	
uomini	9.1
donne	13.0
Istruzione**	
bassa	15.0
alta	5.3
Difficoltà economiche	
sì	13.8
no	9.4
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	8.7
sovrappeso/obeso	14.3

* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, per la sola provincia di Venezia emerge una differenza statisticamente significativa relativa alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 10% delle province di Padova e Vicenza al 18% della provincia di Venezia).

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



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la 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.

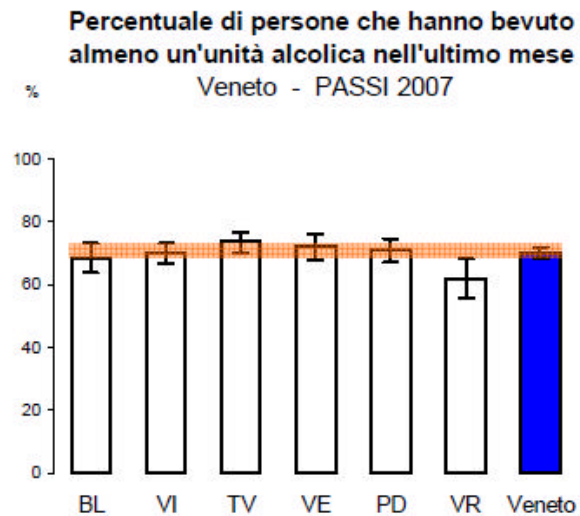
Quante persone consumano alcol?

- Nella ULSS 15 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%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 35-49. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 62.7% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 37.3% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=220)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	71 (IC95%:64-77)
Classi di età	
18 - 34	63
35 - 49	73
50 - 69	71
Sesso	
uomini	81
donne	60
Istruzione**	
bassa	72
alta	68
Difficoltà economiche	
sì	64
no	75

* 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

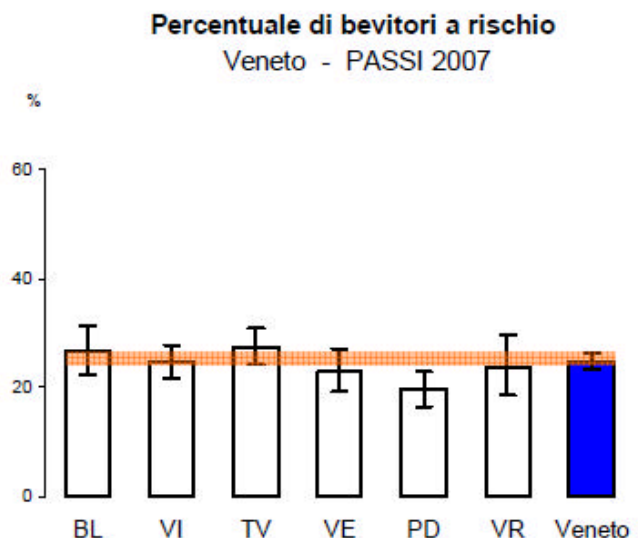
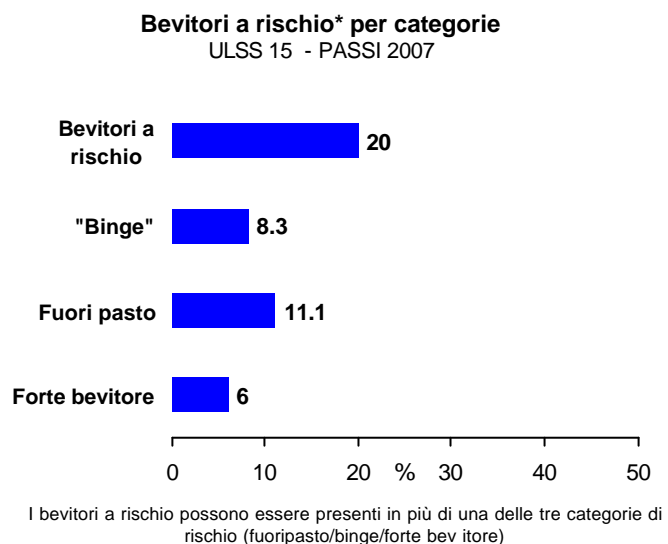
- Nelle sei province AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 62% della provincia di Verona al 74% della provincia di Treviso).
- Tra le ULSS partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 20% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 11.1% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 8.3% 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 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle sei province della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio (per i bevitori a rischio range dal 19% della provincia di Padova al 27% della provincia di Treviso).

Tra le ULSS partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto)



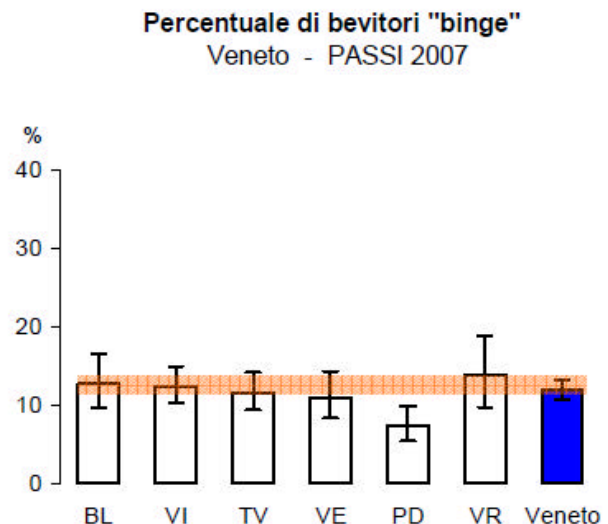
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 8% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, 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) ULSS 15 - PASSI 2007 (n=217)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	8.3 (IC95%: 5.0-12.8)
Classi di età	
18 - 34	13
35 - 49	5.3
50 - 69	6.8
Sesso	
uomini	16.4
donne	0
Istruzione**	
bassa	9.2
alta	7.4
Difficoltà economiche	
sì	5.8
no	10.2

*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

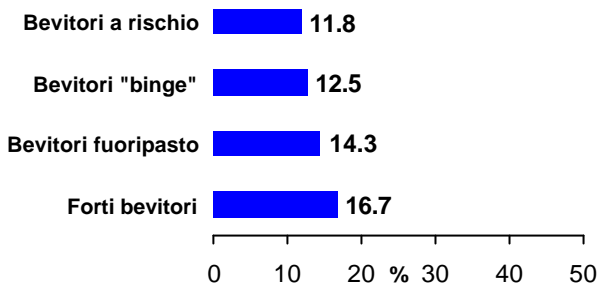
- Nelle sei province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" mostra differenze statisticamente significative: la provincia di Padova si differenzia con una percentuale di bevitori binge minore del livello regionale (range dal 7% della provincia di Padova al 14% di quella di Verona).



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

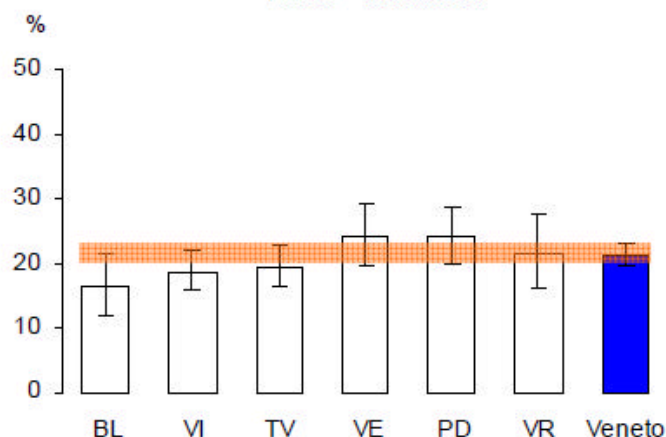
- Nella ULSS 15 solo il 42% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 9.5% ha ricevuto il consiglio di bere meno. Tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 11.8%, tra i bevitori "binge" del 12.5%, tra quelli che bevono fuori pasto del 14.3% e del 16.7% tra i forti bevitori.
- Nelle sei province del Veneto con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione (Regione (range dal 16% di Belluno e provincia al 24% delle province di Venezia e Padova).
- Tra le ULSS partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%; il 9% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)
ULSS 15 - PASSI2007 (n=93)



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

Percentuale di persone a cui un medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 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, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

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

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

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

Sicurezza stradale

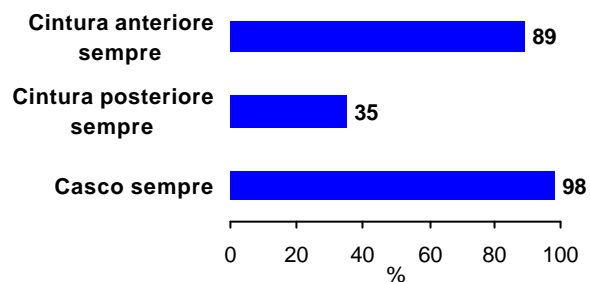
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia 225.078 incidenti stradali con 5.426 morti e 313.727 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. In Veneto nel 2005 gli incidenti stradali sono stati 21.929 con 555 morti e 30.161 feriti. 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'89%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (35%)
- Nella ULSS 15 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco
- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizza i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, senza presentare differenze statisticamente significative, tranne che per l'uso della cintura posteriore in provincia di Belluno, significativamente superiore al dato regionale (range dal 92% di Venezia all'88% di Verona per la cintura anteriore e dal 39% di Belluno al 28% di Venezia per quella posteriore).
- Nell'intero campione nazionale delle ULSS partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è del 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza

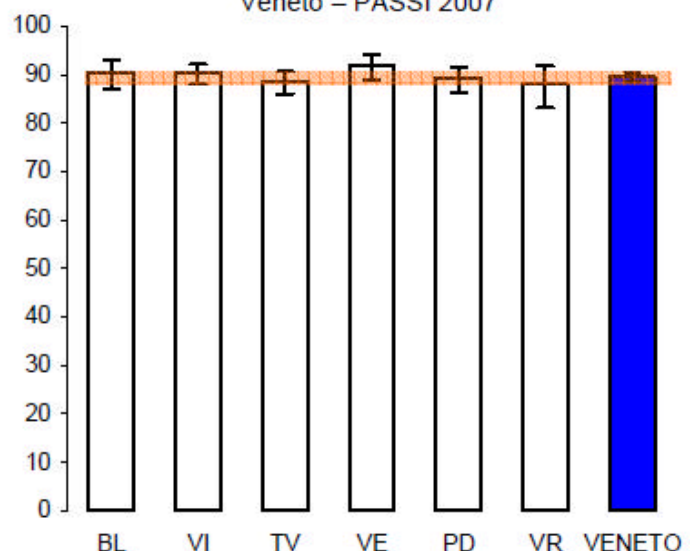
ULSS 15 - PASSI 2007



Percentuale di persone che usano sempre la

cintura anteriore per provincia

Veneto - PASSI 2007



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%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Il 9.4% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le 6 province della Regione, con campione rappresentativo, riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, il range varia dal 23% di Vicenza all'11% di Venezia. Sia Vicenza che Venezia differiscono in maniera statisticamente significativa dal dato regionale.

Nell'intero campione delle ULSS nazionale partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, valore che non si discosta in modo significativo sul piano statistico dal valore regionale.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

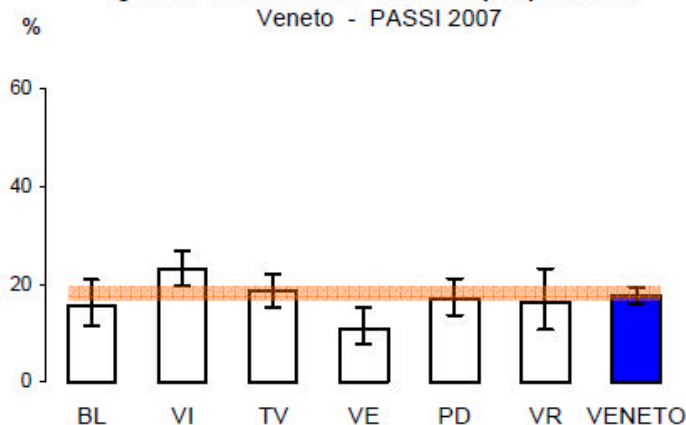
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=58)

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	16 (IC95%: 10.5 - 22.9)
Classi di età	
18-34	21.7
35 - 49	13.0
50 - 69	14.0
Sesso	
uomini	26.1
donne	1.6
Istruzione	
bassa	18.0
alta	13.8
Difficoltà economiche	
sì	13.0
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

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol per provincia
Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 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 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 ULSS 15 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 92.1% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ne ha meno. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza positivamente la percezione del rischio.
- Nelle province del Veneto con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio, (range dal 88% della provincia di Vicenza al 94% della provincia di Padova).
- Nelle pool nazionale delle ULSS partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ULSS 15 (n=216) - PASSI 2007

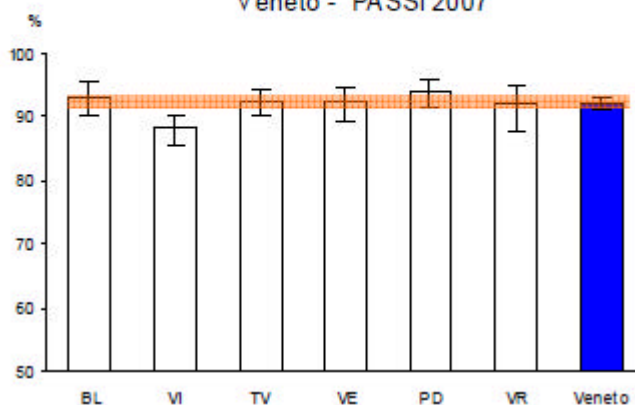
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
Totale	92.1
	(IC 95%: 87.7 - 95.3)
Età	
18 - 34	94.2
35 - 49	89.0
50 - 69	93.2
Sesso	
Uomini	97.3
Donne	86.8
Istruzione**	
bassa	93.3
alta	91.6
Difficoltà economiche	
si	92.0
no	93.0
Persone potenzialmente a rischio***	
si	90.8
no	93.0

* 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
Veneto - PASSI 2007



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

- Nella ULSS 15 solo il 22.7% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che non hanno alcuna istruzione o elementare.

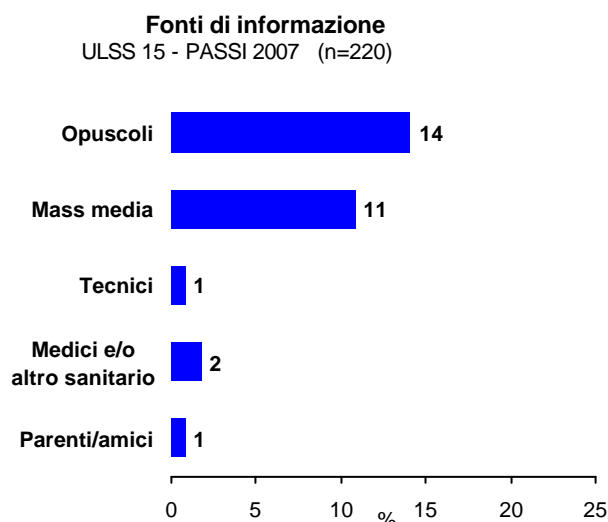
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
ULSS 15 (n=216) - PASSI 2007

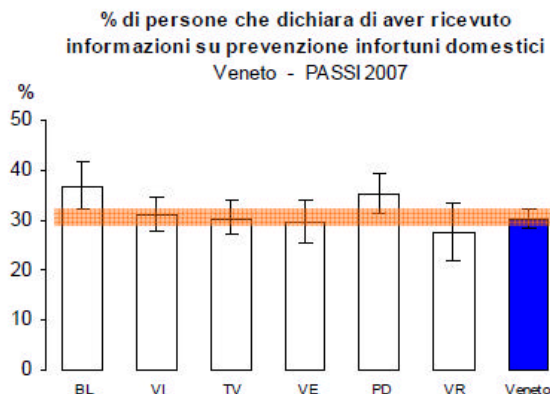
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	22.7
	(IC 95%: 17.3 - 28.9)
Età	
18 - 34	15.9
35 - 49	20.5
50 - 69	31.1
Sesso	
Uomini	20.0
Donne	25.5
Istruzione*	
bassa	23.3
alta	22.1
Difficoltà economiche	
si	21.8
no	22.7
Persone potenzialmente a rischio**	
si	19.5
no	25.0
Percezione del rischio	
alta	29.4
bassa	22.1

*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 (25% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.
- Nelle province della regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 37% della provincia di Belluno al 27% della provincia di Verona).
- Nel pool nazionale delle ULSS partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale delle persone che ha riferito di aver ricevuto le informazioni è pari al 28%





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

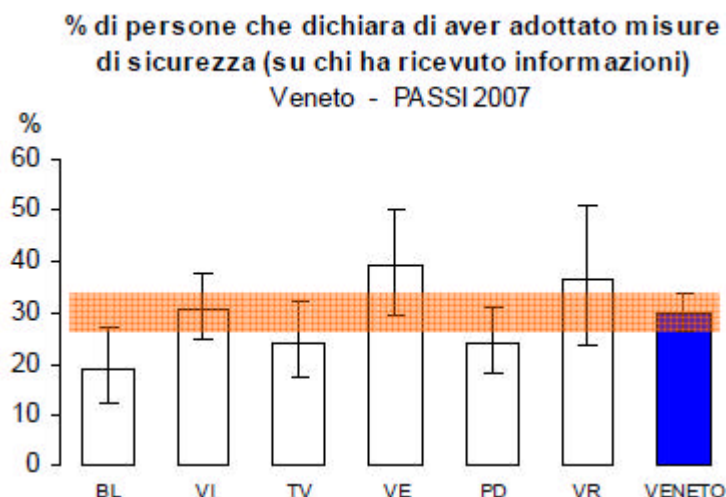
- Nella ULSS 15 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 35.1% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio senza raggiungere la significatività statistica. Anche per classi di età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche e presenza di persone potenzialmente a rischio non si rilevano forti differenze.
- Nelle ULSS della regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 20% della provincia di Belluno al 39% di Venezia).
- Nelle pool nazionali delle ULSS partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
ULSS 15 (n=15) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	35.1 (IC 95%: 20.2 - 52.5)
Età	
18 - 34	22.2
35 - 49	66.7
50 - 69	18.8
Sesso	
Uomini	38.9
Donne	31.6
Istruzione*	
bassa	30.0
alta	41.2
Difficoltà economiche	
si	42.9
no	27.3
Persone potenzialmente a rischio**	
si	26,7
no	26,1
Percezione del rischio	
alta	42.9
bassa	30.4

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

**si: presenza di anziani e/o bambini



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ULSS 15 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.

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 modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

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

Ipertensione 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 ULSS 15 (n= 218) - PASSI 2007

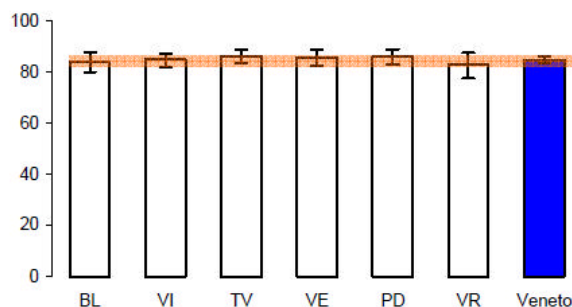
- Nella ULSS 15, l' **84.9%** degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il **5.5%** più di 2 anni fa. Il restante **9.6%** non ricorda o non l'ha avuta.
- Si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età (35-49 e 50-69 rispetto a 18-34)
- Tra le 6 province della Regione con campione rappresentativo, non si riscontrano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dal 83% all'86%).
- Nelle ULSS partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' **83 %**

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	84.9 (IC95%: 79.4 - 89.3)
Classi di età	
18 - 34	75.4
35 - 49	84.0
50 - 69	94.6
Sesso	
M	86.4
F	83.3
Istruzione*	
bassa	85.0
alta	84.2
Reddito**	
sì	85.1
no	84.4

*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?"

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa
negli ultimi due anni (%)
Veneto - PASSI, 2007



Quante persone sono ipertese?

Ipertesi ULSS 15 (n= 197) - PASSI 2007

- Nella ULSS 15 il **21.8 %** 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 (**36.6 %**). Emergono differenze anche per il livello di istruzione.

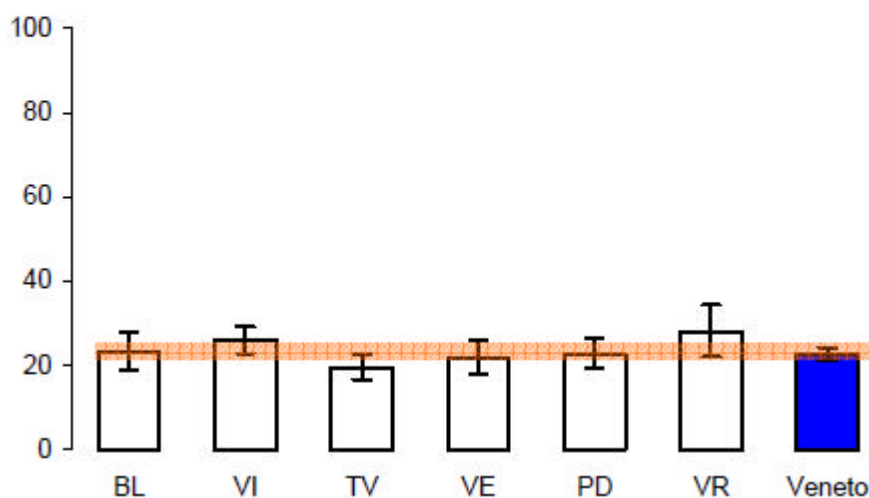
Caratteristiche demografiche		Ipertesi (%)
Totale		21.8 (IC95%: 16.3 - 28.3)
Età	18 - 34	13.6
	35 - 49	13.4
	50 - 69	36.6
Sesso	M	25.7
	F	17.7
Istruzione*	bassa	28.0
	alta	13.8
Difficoltà economiche **	sì	22.1
	no	22.2

*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?"

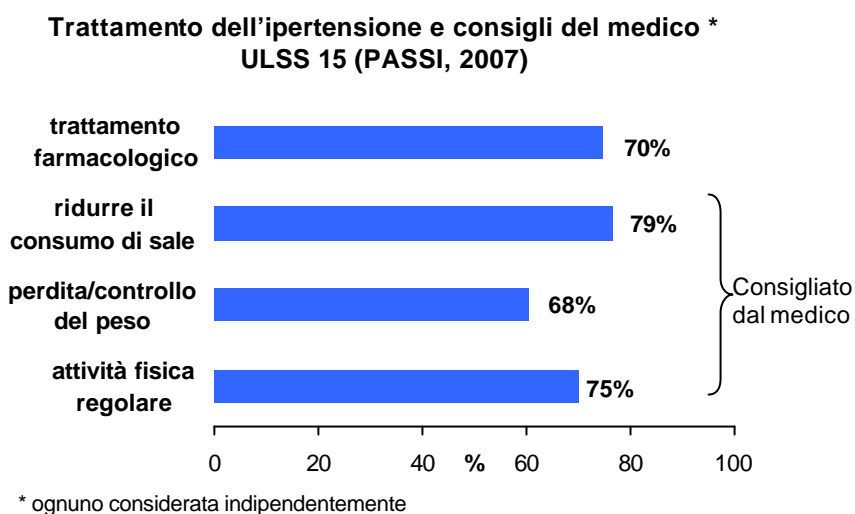
- Tra le 6 province della Regione con campione rappresentativo, non si riscontrano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 20% al 28%).

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

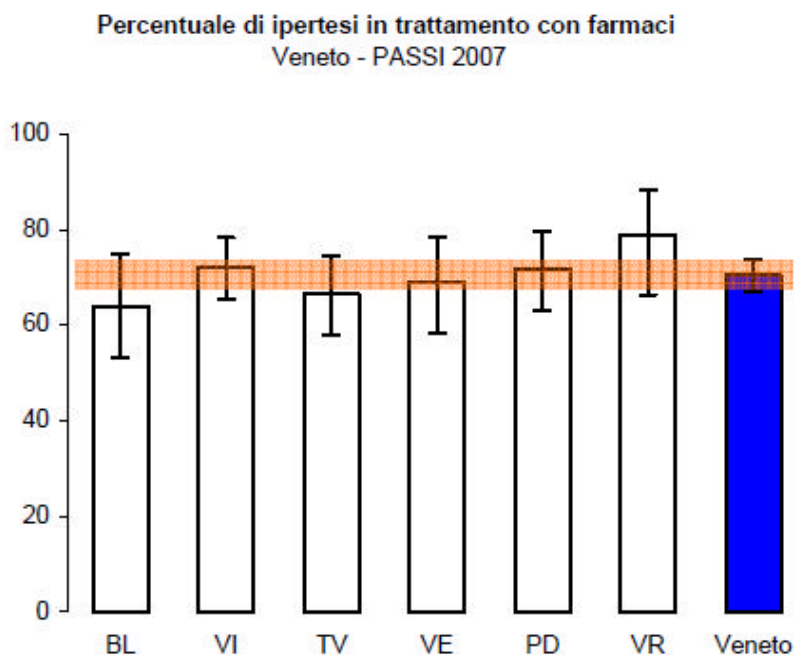


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il **74.4 %** degli ipertesi nella ULSS 15 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (**76.7 %**), ridurre o mantenere il peso corporeo (**60.5 %**) e svolgere regolare attività fisica (**69.8 %**).



- Tra le 6 Province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 65% al 79%).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 si stima che sia iperteso circa il **21%** della popolazione tra 18 e 69 anni, più del **35%** degli ultracinquantenni e circa il **13%** 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?

- Nella ULSS 15 l'**74.8%** degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il **53.7 %** riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il **13.8 %** tra 1 e 2 anni fa, il **7.3 %** più di 2 anni fa, mentre il **25.2 %** non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal **50.7 %** nella classe 18-34 anni al **90.5 %** nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito.
- Tra le 6 Province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 75% all'81%).
- Nelle ULSS partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al**77%**

Colesterolo misurato almeno una volta ULSS 15 (n= 218) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	74.8 (IC95%: 68.5 - 80.4)
Classi di età	
18 - 34	50.7
35 - 49	81.3
50 - 69	90.5
Sesso	
M	69.1
F	80.6
Istruzione*	
bassa	77.5
alta	70.5
Difficoltà economiche**	
sì	75.9
no	73.4

*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?"

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il **26.4%** ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con minori difficoltà economiche

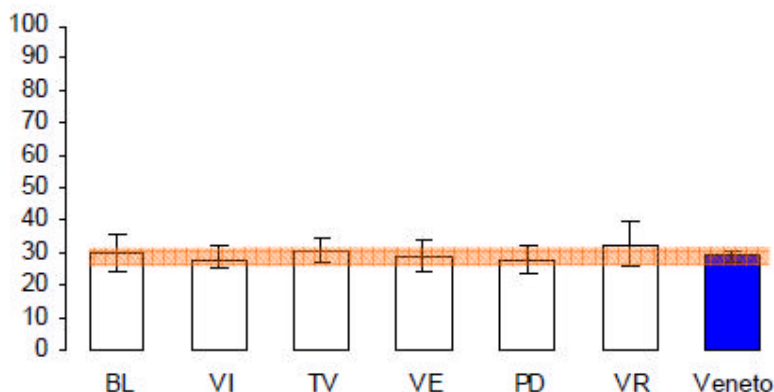
Ipercolesterolemia riferita ULSS 15 (n= 163) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
Totale		26.4 (IC95%: 19.8 - 33.8)
Età	18 - 34	20.0
	35 - 49	18.0
	50 - 69	37.3
Sesso	M	25.0
	F	27.6
Istruzione*	bassa	31.2
	alta	20.9
Difficoltà economiche**	sì	19.7
	no	31.9

*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?"

- Tra le 6 province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 28% al 32%).

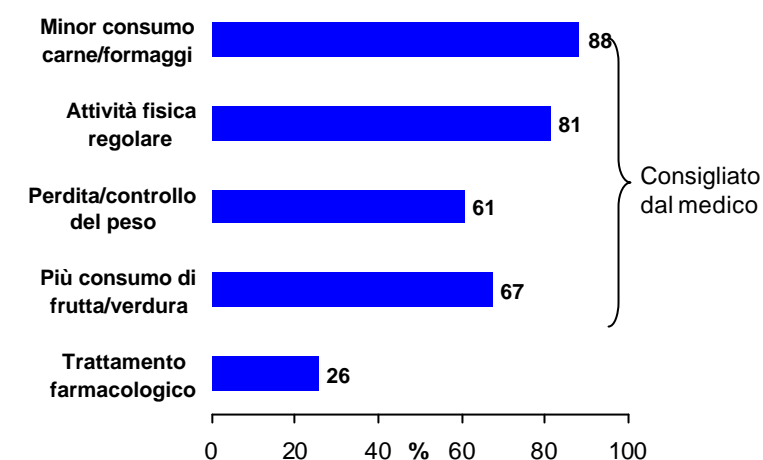
Persone con ipercolesterolemia riferita (%) Province del Veneto - PASSI 2007



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il **25.6 %** degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il **88.4 %** degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il **67.4%** di aumentare il consumo di frutta e verdura, il **60.5 %** di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il **81.4 %** di svolgere regolare attività fisica.

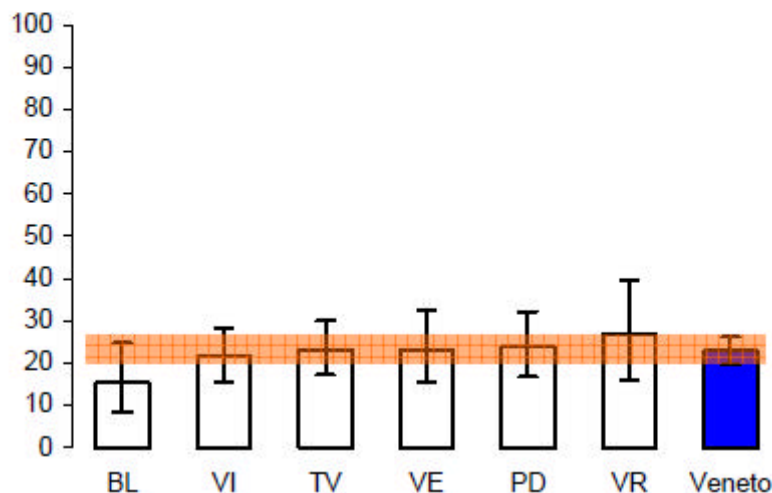
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ULSS 15 - PASSI 2007



* considerati indipendentemente

- Tra le 6 province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 16% al 27%).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al **25 %** della popolazione di 18-69 anni dell'ULSS 15 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il **26 %** dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al **37 %** 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 il piano di prevenzione regionale ne prevede 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?

- Nella ULSS 15 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del **5.8** %.
- 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.

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ULSS 15 (n=137) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	5.8 (IC95%: 2.6 - 11.2)
Classi di età	
35 - 49	5.4
50 - 69	6.3
Sesso	
M	2.9
F	9.0
Istruzione*	
bassa	6.1
alta	5.8
Difficoltà economiche**	
basso	5.7
alto	6.2
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	6.9^s
no	4.0

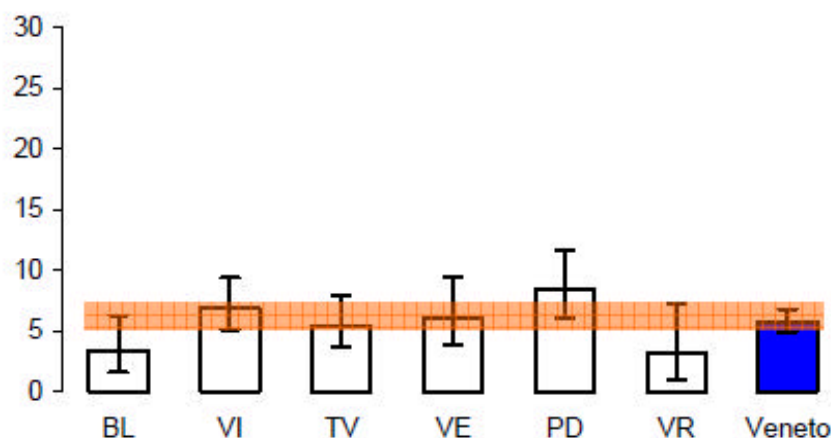
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**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

- Tra le 6 Province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (range dal 3 % al 8%).
- Nelle ULSS partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'7%

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



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ULSS 15.

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.

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?

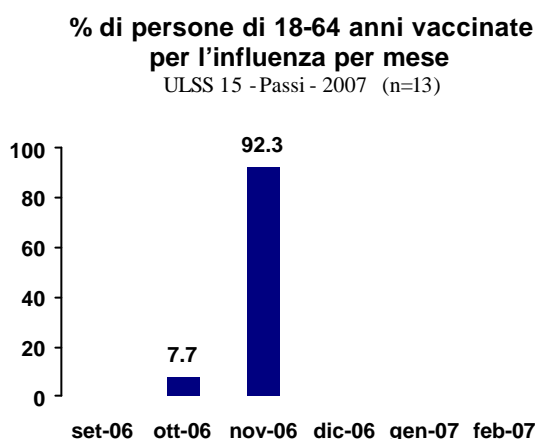
- Nella ULSS 15 il 14.6% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute
- Emergono differenze significative legate al sesso.
- Tra le tutte le ULSS italiane partecipanti, la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 12.5%.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)	
<i>ULSS 15 - Passi, 2007 (n=89)</i>	
Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	14.6 (IC95%:8.0 - 23.7)
Età	
18-34	6.5
35-49	6.1
50-64	36.0
Sesso	
uomini	19.1
donne	9.5
Istruzione*	
bassa	22.9
alta	5.3
Difficoltà economiche	
sì	9.4
no	18.5

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

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica il 71.4% risulta vaccinato.

- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quel mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ULSS 15 una quota significativamente maggiore di persone ha praticato la vaccinazione durante il mese di Novembre.



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie adottate nel Veneto hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (71,9% nella campagna 2007/2008 secondo i dati del Servizio Sanità Pubblica e Screening della Direzione per la Prevenzione Regionale) ma, tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (meno di una persona su tre).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, può essere 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%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ULSS 15 il 66.7 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- la percentuale di donne vaccinate cresce con l'età (passando dal 50% tra 18-24 anni al 67.5% tra 35 -49 anni) e con il basso livello d'istruzione.
- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria (range dal 46% della Provincia di Verona al 66% della Provincia di Padova).
- tra le ULSS partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32 %.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=75)

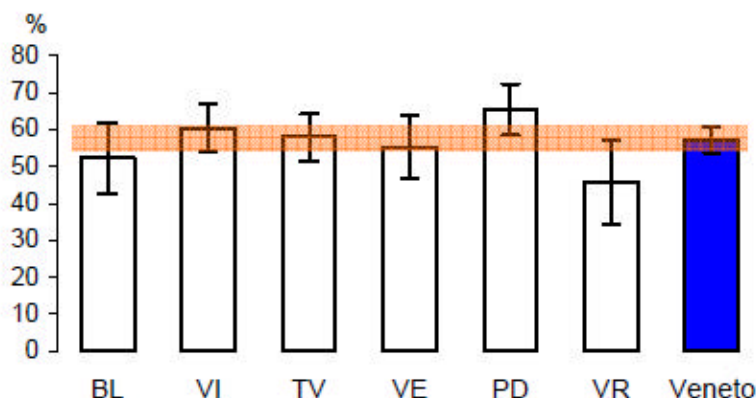
ULSS 15 - Passi, 2007

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	66.7 (IC95%: 54.8 – 77.1)
Età	
18-24	50.0
25-34	73.9
35-49	67.5
Istruzione*	
bassa	61.5
alta	67.4
Difficoltà Economiche	
sì	60.6
no	69.2

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

Donne 18-49 anni vaccinate contro la rosolia (%)

Veneto - PASSI 2007 (n=1000)



Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

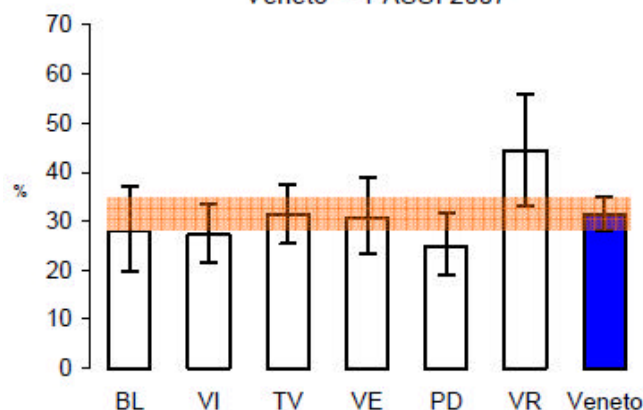
- Nella ULSS 15 il 78.7% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (66.7%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (12.0%).
- Il 2.7% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 18.7% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le 6 Province della Regione con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è della Provincia di Verona (44%), la più bassa alla Provincia di Padova (25%), in linea con i valori di copertura vaccinale.
- Tra le province partecipanti la percentuale stimata di donne suscettibili è del 32%.
- tra le ULSS partecipanti al sistema nazionale la percentuale di donne suscettibili è del 44%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=75) ULSS 15 - Passi 2007

	%
Immuni	78.7
Vaccinate	66.7
Non vaccinate con rubeotest positivo	12.0
Suscettibili/stato sconosciuto	36.1
Non vaccinate; rubeotest negativo	2.7
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2.7
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	16.0

Donne dai 18-49 anni suscettibili alla rosolia

Veneto - PASSI 2007



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 pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

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. Nel Veneto il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1999-2003 è stato di 8/100.000 donne residenti. Nel 2008 si stimano 200 nuovi casi di neoplasia del collo dell'utero. Nella regione la mortalità relativa a tutti tumori dell'utero (corpo e collo) è in lieve diminuzione, registrando un tasso standardizzato dell' 8,8/100.000 nel 2000 e del 7,2 nel 2006; nel 2006 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 74. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 70%.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 11 milioni (il 69%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Veneto, alla fine del 2006 il programma di screening citologico era presente in 20 AULSS sulle 21, dal 2007 il programma è attivo in tutte le 21 AULSS della regione.

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

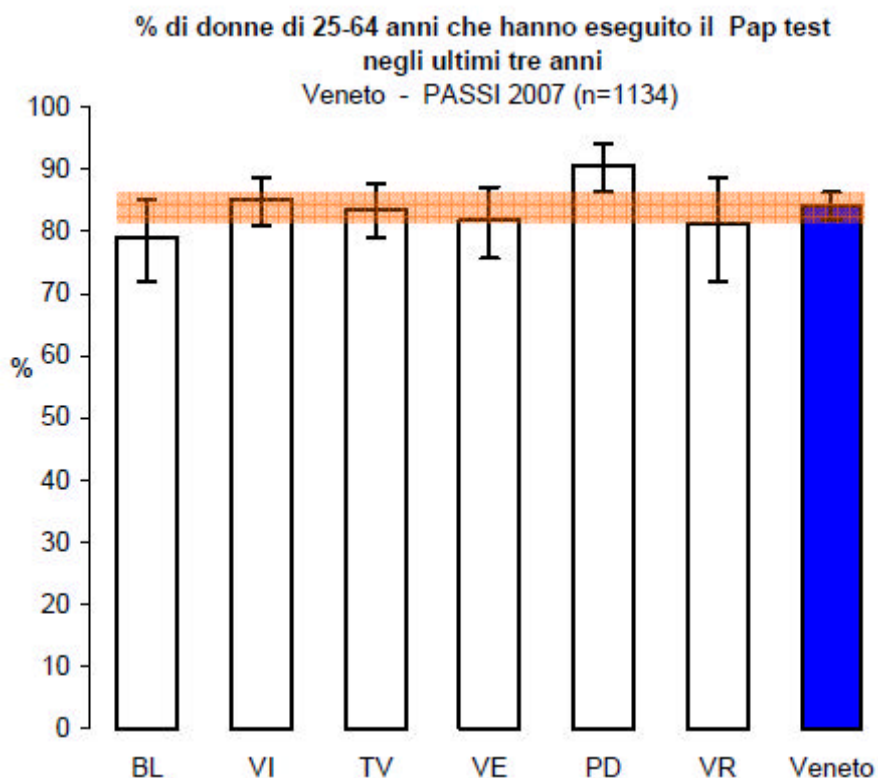
- Nella ULSS 15 circa l'85% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ULSS 15 - PASSI 2007 (n=88)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	85.2 (IC95%:76.1 - 91.9)
Classi di età	
25 - 34	82.6
35 - 49	92.5
50 - 64	76.0
Stato civile	
coniugata	89.8
non coniugata	74.1
Convivenza	
convivente	87.1
non convivente	80.8
Istruzione**	
bassa	81.4
alta	90.5
Difficoltà economiche	
sì	80.0
no	88.9

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

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

- Nelle 6 Province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 79% della provincia di Belluno al 91% di quella di Padova).



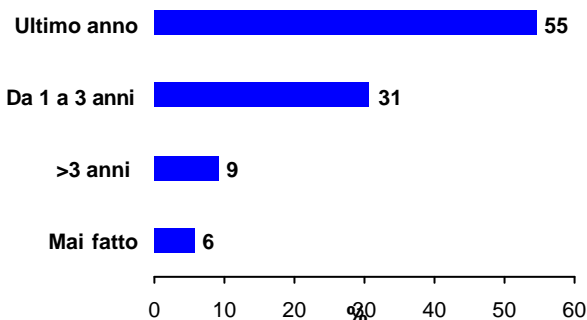
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Pap test e periodicità*
ULSS 15 - PASSI2007 (n=88)

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

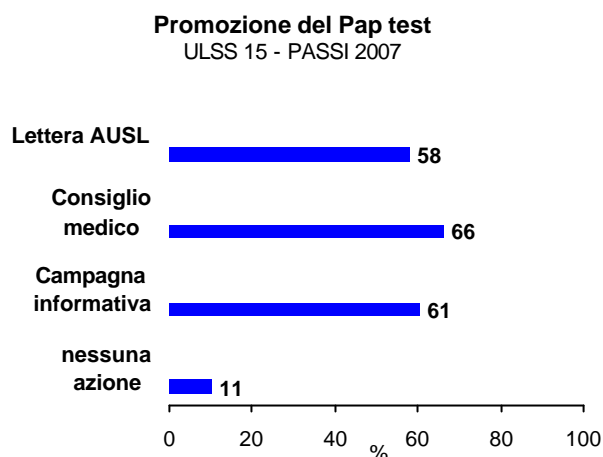
- il 54.5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 30.7% da uno a tre anni
 - il 9.1% da più di tre anni.
- L'5.7% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



* 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?

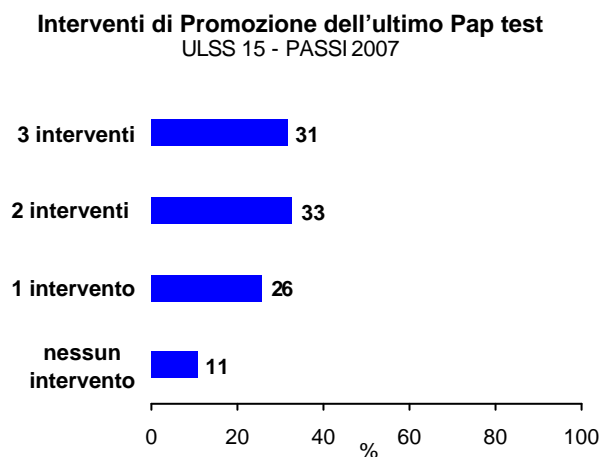
- Nella ULSS 15:
 - l'58.1% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - il 60.5 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 66.3% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.



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

- Nelle 6 Province della Regione si rilevano differenze significative per ciò che riguarda l'aver ricevuto la lettera (range dal 65% di Venezia al 86% di Belluno) ed il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 49% di Verona al 77% di Padova), mentre non sono risultate differenze significative nell'aver visto o sentito una campagna informativa (range 63% di Verona al 84% di Belluno).
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ULSS, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

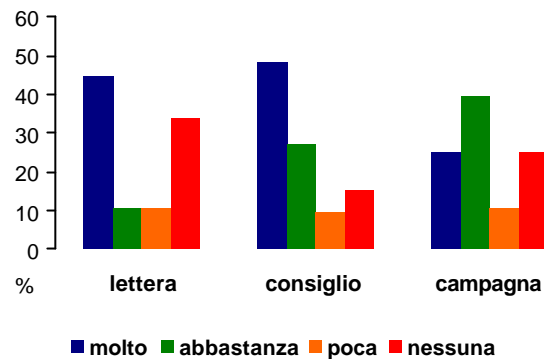
- Il 31.4% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ULSS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 32.6% due interventi di promozione, il 25.6% uno solo.
- Solo il 10.5% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ULSS 15 il 55.3% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ULSS, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (44.7% molta e 10.6% abbastanza), mentre il 10.6% poca influenza sulla scelta e ben il 34% nessuna.
- Tra le 6 province della regione emergono differenze significative nella percezione dell'influenza positiva che la lettera di invito ha avuto nel decidere di effettuare il Pap test (range dal 45% di Padova al 72% di Belluno).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
ULSS 15 - PASSI 2007

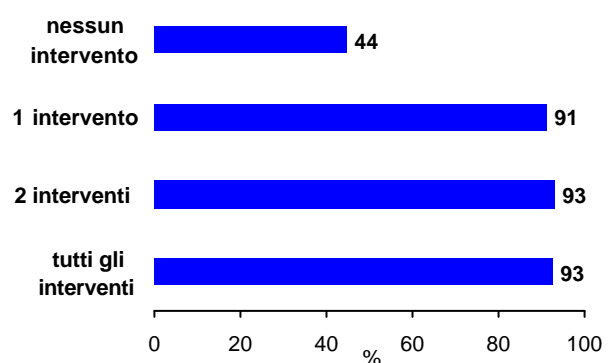


- Il 75% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (39% molta e 36% abbastanza), mentre il 16% poca influenza sulla scelta ed il 9% nessuna; tra le 6 province della regione emergono differenze nella percezione dell'influenza positiva (range dal 63% di Belluno al 93% di Verona).
- Il 59% 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 (26% molta e 33% abbastanza e), mentre il 24% poca influenza sulla scelta ed il 16% nessuna; tra le 6 province della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 56% di Verona al 65% di Belluno).
- Tra le ULSS partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ULSS, il 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

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

- Nella ULSS 15 solo il 44.4% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'90.9% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'92.9% con due interventi e al 92.6% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43%, 65%, 81% e 88%.

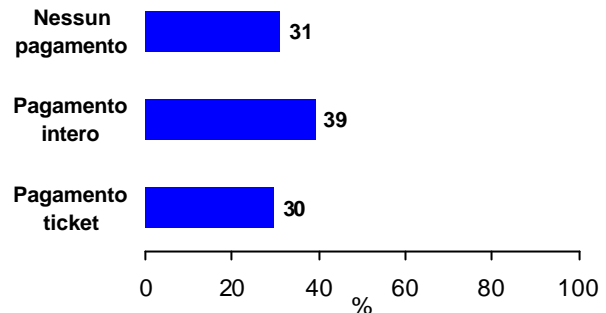
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
ULSS 15 - PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

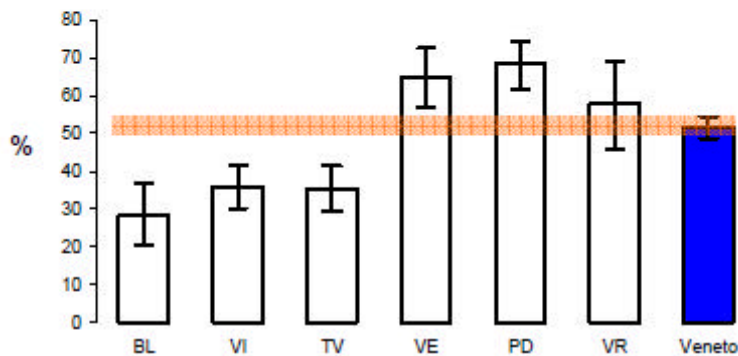
- Nella ULSS 15 il 31.1% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 29.7% ha pagato solamente il ticket e il 39.2% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=74)



- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 28% di Belluno al 68% di Padova).

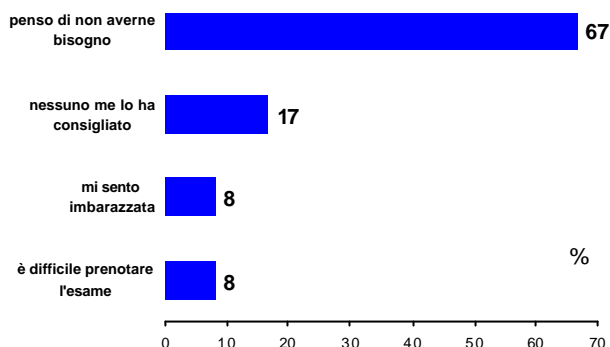
% di donne di 25-64 anni che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per eseguire il Pap test
Veneto - PASSI 2007 (n=1134)



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

- Nella ULSS 15 l'5.7% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 9.1% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 66.7%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 16.7%
 - "mi sento imbarazzata" 8.3%
 - "è difficile prenotare l'esame" 8.3%

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ULSS 15 - PASSI 2007 (n=12*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 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.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (84%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (48%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (36%). 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 (45%) e ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (45% adesione grezza) 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 52% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 19% 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 aderenti.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi l'anno. Si stima che nel 2007 in Veneto siano stati diagnosticati circa 4150 nuovi casi (circa 170 casi per 100.000 donne residenti). Il 17.5% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alle neoplasie della mammella (circa 39,5 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 85%. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa malattia nelle donne di 50-69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi l'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale. Alla fine del 2006 nel Veneto il programma di screening mammografico era attivo in 19 AULSS su 21.

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

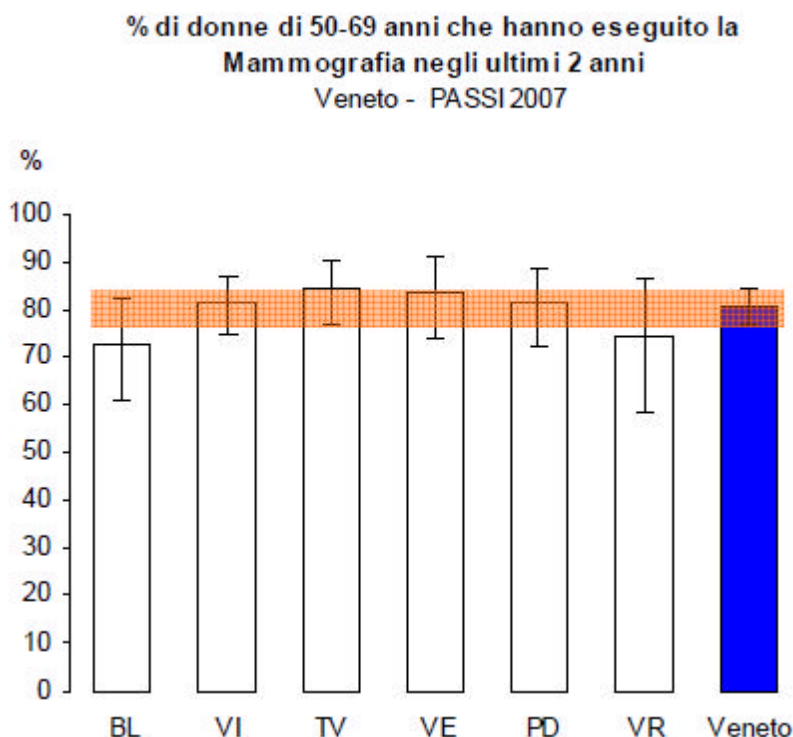
- Nella ULSS 15 circa 93.8% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra in modo significativo sul piano statistico che l'esame viene eseguito di più tra le donne senza molte difficoltà economiche.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 45.5 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 70% 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 35.3 anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ULSS 15- PASSI 2007 (n=32)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	93.8 (IC95%:79.2 - 99.2)
Classi di età	
50- 59	88.2
60 -69	100.0
Stato civile	
coniugata	95.8
non coniugata	87.5
Convivenza	
convivente	95.8
non convivente	87.5
Istruzione**	
bassa	92.6
alta	100.0
Difficoltà economiche	
sì	88.2
no	100.0

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

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

- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 73% di Belluno e provincia all'84% di Treviso e provincia).



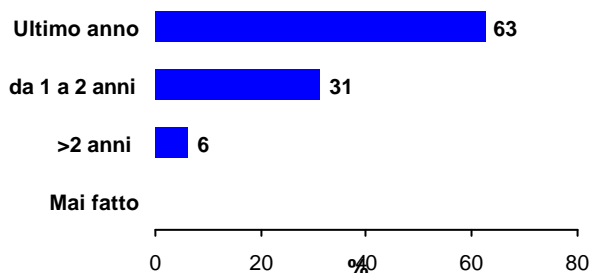
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 62.5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 31.3% da uno a due anni
- l'6.3% da più di tre anni.

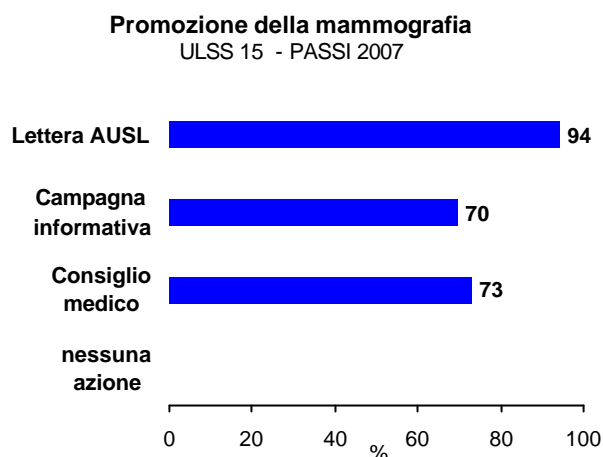
Mammografia e periodicità*
ULSS 15 - PASSI2007 (n=32)



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

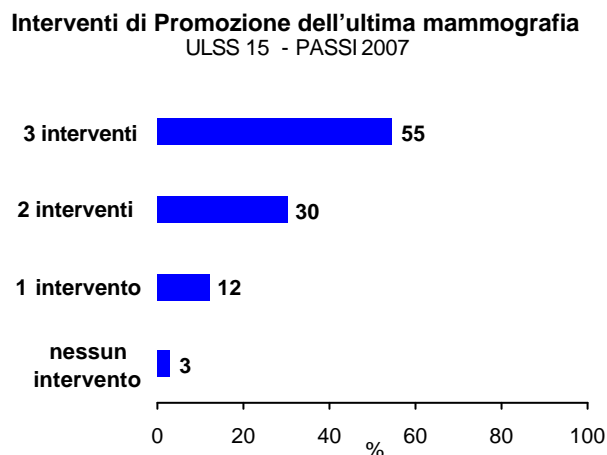
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ULSS 15:
 - l'93.9% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - il 69.7 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 72.7% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.



- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la lettera (range dal 69% di Venezia e provincia al 97% di Belluno) e nell'aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 68% della provincia di Vicenza al 86% della provincia di Venezia). Non si riscontrano differenze statisticamente significative tra province nell'aver ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 51% di Verona e provincia al 70% di Padova e provincia).
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ULSS, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 73% ha visto una campagna informativa.

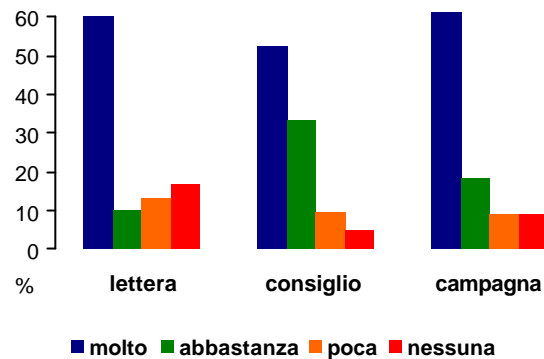
- Il 54.5% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ULSS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 30.3% due interventi di promozione, il 12.1% uno solo.
- Solo il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ULSS 15 il 83.3% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ULSS, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (60% molta e 10% abbastanza), mentre il 13.3% poca influenza sulla scelta ed il 16.7% nessuna.
- In Veneto il 77% delle donne di 50-69 anni che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'AUSL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (54% molta e 20% abbastanza), mentre l'11% poca influenza sulla scelta ed il 15% nessuna.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ULSS 15 - PASSI 2007

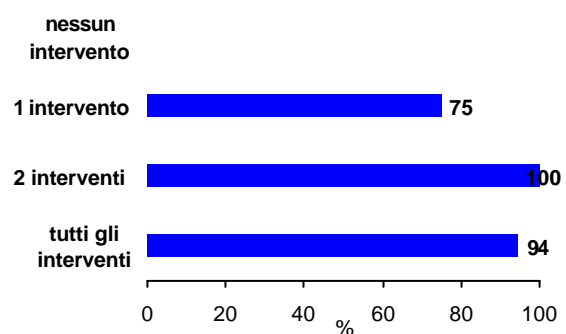


- Il 78% delle donne di 50-69 anni che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (44% molta e 34% abbastanza), mentre il 15% poca influenza sulla scelta ed il 7% nessuna. Tra le 6 province della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 71% di Padova al 84% di Treviso).
- Il 69% 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 (36% molta e 35% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta ed il 12% nessuna; tra le 6 province della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 62% di Vicenza all'82% di Verona).
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ULSS, il 81% per il consiglio dell'operatore e del 67% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

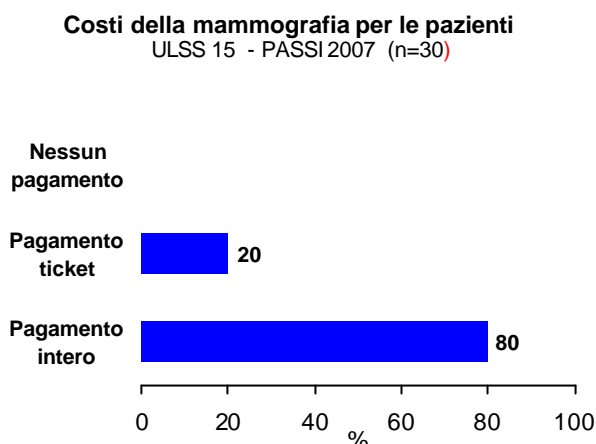
- Nella ULSS 15 la percentuale sale al 75% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 100% con due interventi e all'94.4% con tutti e tre gli interventi.

Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
ULSS 15 - PASSI 2007

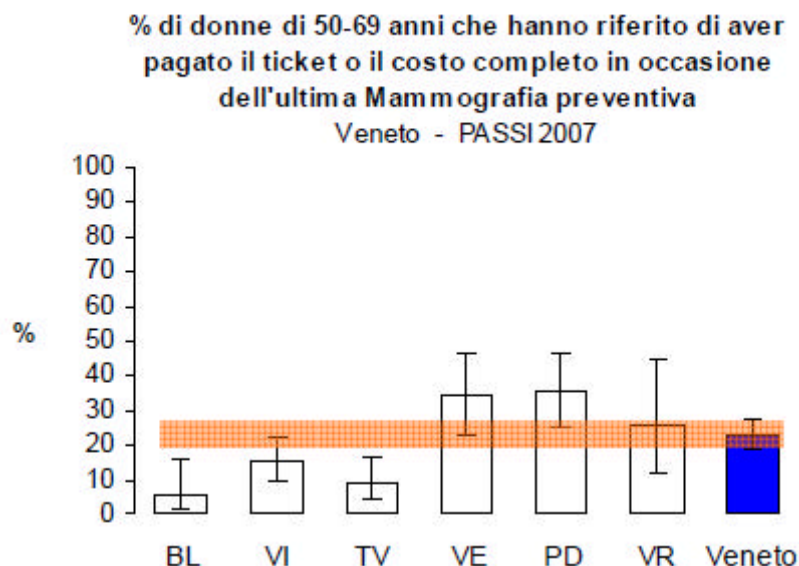


Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ULSS 15 l'80% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Mammografia; il 20% ha pagato solamente il ticket. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del 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).



- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla 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 (range dal 6% di Belluno e provincia al 35% di Padova e provincia).



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ULSS 15 nessuna delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 6.3% di averla effettuata oltre i 2anni.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 15 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 (93.8%) 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 il 77% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 16% con una periodicità superiore e il 7% l'ha effettuata in forma completamente privata. Il confronto tra la proporzione di donne che ha effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicata da PASSI (77%) e dai flussi regionali screening (72%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni e dimostra un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali. Questo fenomeno 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 del polmone tra gli uomini e il cancro della mammella tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma coloretale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 13.000.

Nel Veneto, sulla base dei dati del Registro Tumori, si stima che nel 2007 i nuovi casi di tumore del colon retto siano stati circa 3800 (88/100.000 nei maschi e 67 nelle femmine).

Queste neoplasie sono responsabili di circa il 13% dei decessi per tumore che ne 2006 sono stati pari a 1.708. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 61%. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci, la rettosigmoidoscopia e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nell'ULSS 15 in una prima fase si è deciso di avere un approccio sperimentale, con particolare attenzione al monitoraggio di ogni aspetto e fase dell'intervento. Nel corso del 2006 è stata sottoposta a screening tutta la popolazione target dei comuni di Camposampiero e Cittadella e nel 2007 sono stati completati gli esami di approfondimento richiesti.

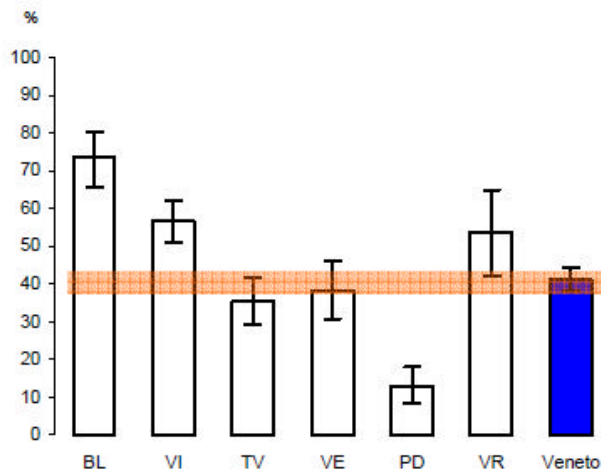
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida?

- Nella ULSS 15 il 30% 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 18% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- L'4.2% riferisce di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

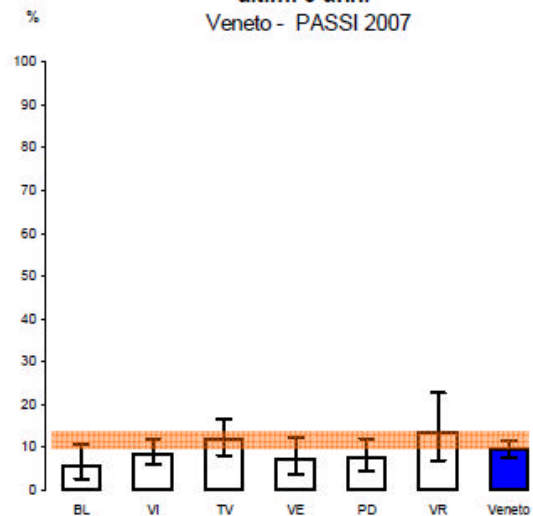
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ULSS 15 - PASSI 2007 (n=74)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	17.6 (IC95% 9.7-28.2)	4.27 (IC95% 0.9-11.9)
Classi di età		
50 - 59	19.6	2.3
60 - 69	14.3	7.4
Sesso		
uomini	24.4	7.7
donne	9.1	0.0
Istruzione		
bassa	16.1	3.8
alta	22.2	5.6
Difficoltà economiche		
sì	25.0	3.8
no	13.0	4.4

- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni mostra differenze statisticamente significative (range dal 13% della provincia di Padova al 73% della provincia di Belluno).
- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative (range dal 6% di Belluno al 13% di Verona)

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



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



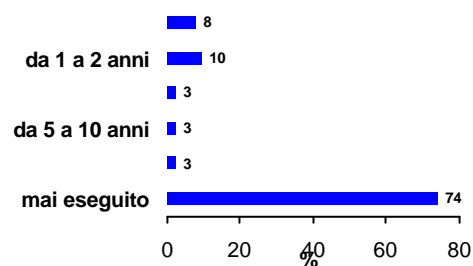
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- l' 8.1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 9.5% da uno a due anni
- l' 8.4% da più di tre anni
- il 74% non ha mai eseguito il test.

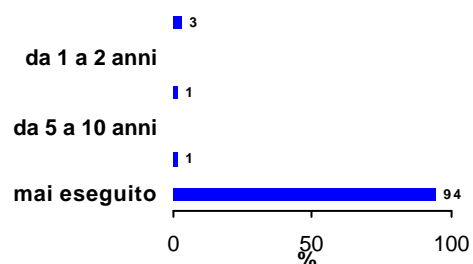
Sangue occulto e periodicità*
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=74)



Rispetto alla colonscopia:

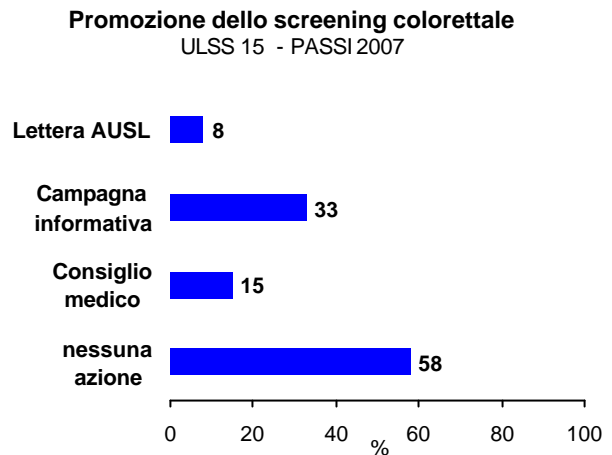
- il 2.8% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 1.4% da due a cinque anni
- il 1.4% da più di dieci anni
- il 94.4% mai eseguito

Colonscopia e periodicità*
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=71)



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

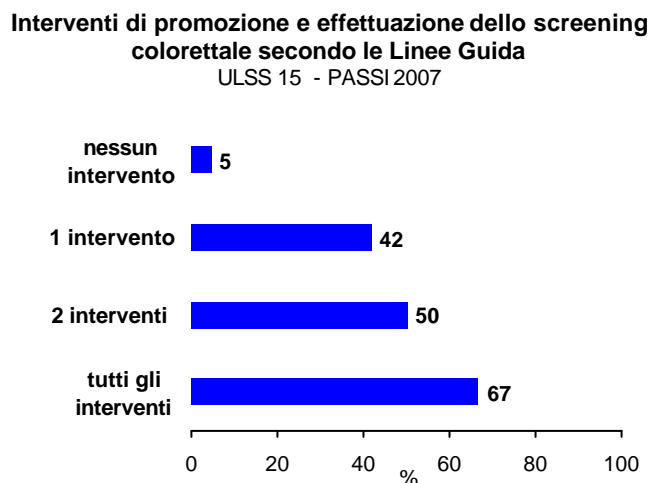
- Nella ULSS 15:
 - il 8.1% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - il 14.9% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
 - il 32.9% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa



- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colo-rettale (range dal 8% della provincia di Padova al 92% della provincia di Belluno), si rilevano differenze statisticamente significative anche per il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 20% di Padova e provincia al 42% di Belluno e provincia) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 38% della provincia di Padova all' 87% della provincia di Belluno).
- Tra le ULSS partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ULSS, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

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

- Nella ULSS 15 solo il 5% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 42% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 50% con due interventi e al 67% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ULSS partecipanti queste percentuali sono rispettivamente del 8%, 44%, 75% e 82%.

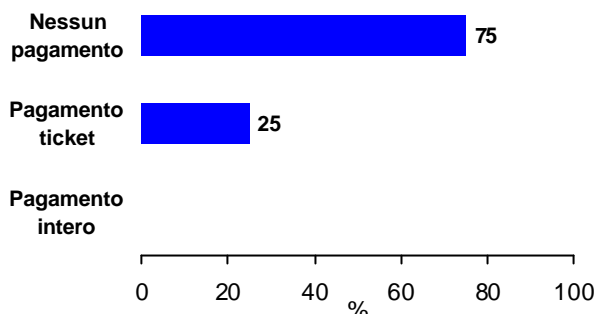


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

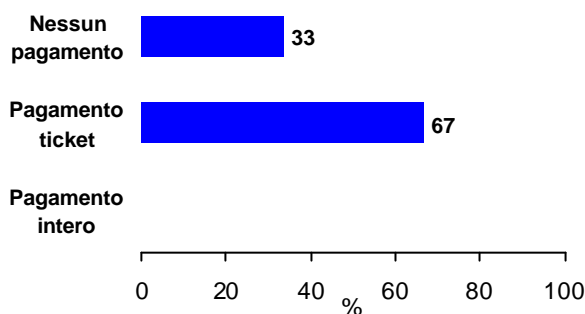
- Nella ULSS 15 il 75% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 25% ha pagato solamente il ticket.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 33.3% non ha effettuato alcun pagamento, il 66.7% ha pagato esclusivamente il ticket.

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

Costi della ricerca di sangue occulto
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=12)

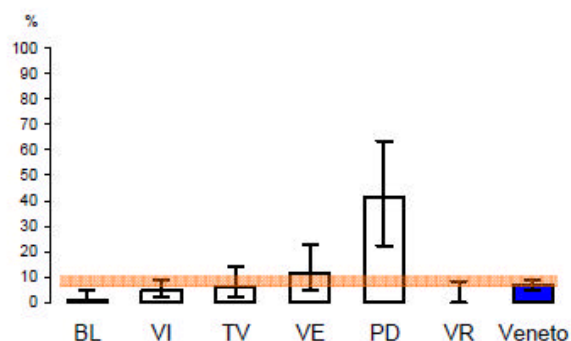


Costi della colonscopia
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=3)

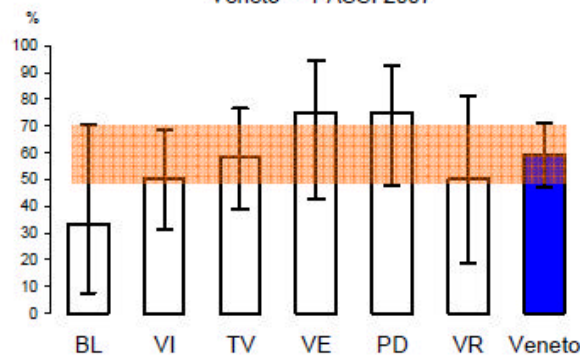


- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 0% della provincia di Verona al 42% della provincia di Padova).
- Per quel che riguarda la colonscopia, non ci sono differenze statisticamente significative tra le 6 province della regione (range dal 33% della provincia di Belluno al 75% delle province di Padova e Venezia).

Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di sangue occulto (%)
Veneto - PASSI 2007



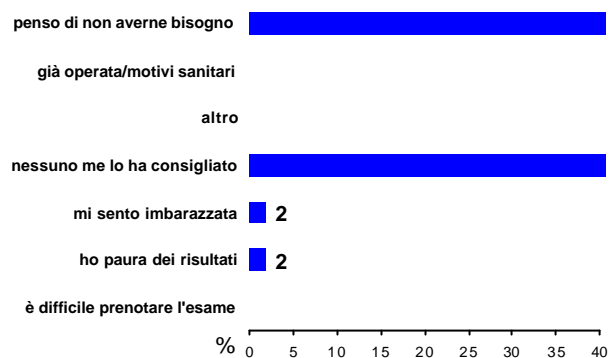
Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la colonscopia preventiva (%)
Veneto - PASSI 2007



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

- Nella ULSS 15 il 68.9% 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" 40.8%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 51%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 2%
 - "mi sento imbarazzata" 2%
 - "è fastidioso/doloroso" 2%".

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
ULSS 15 - PASSI 2007 (n=74)



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.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle ULSS della Regione Veneto è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

L'azione prioritaria per i programmi di screening in generale è l'estensione completa a tutto il territorio della ULSS 15 del programma di screening del CCR per il 2008

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.

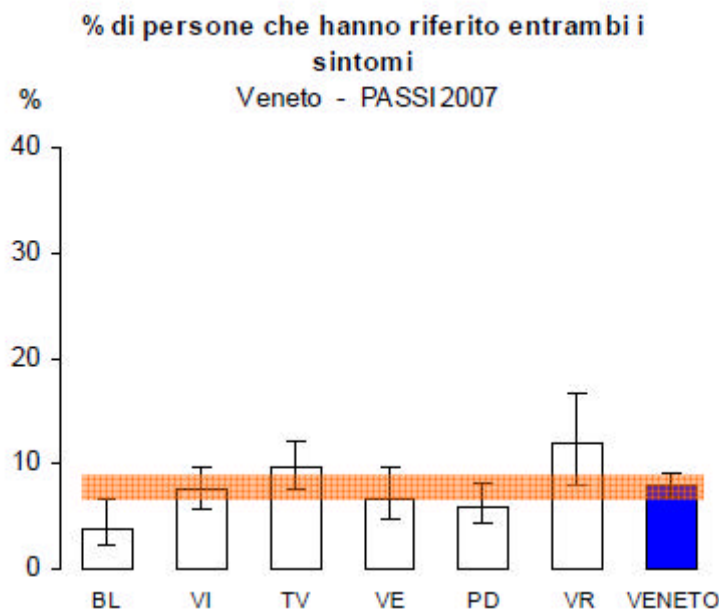
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella ULSS 15 l'8.9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ULSS 15 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (quasi tre volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica

Sintomi di depressione ULSS 15 - PASSI 2007 (n=213)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ³)
Totale	8.9 (IC95%: 5.5 - 13.6)
Classi di età	
18-34	7.2
35 - 49	8.2
50 - 69	11.3
Sesso	
uomini	4.6
donne	13.5
Istruzione*	
bassa	10.3
alta	7.4
Difficoltà economiche	
sì	10.3
no	8.1
Stato lavorativo	
Lavora	6.3
Non lavora	14.5
Malattie croniche	
Almeno una	22.2
Nessuna	6.2

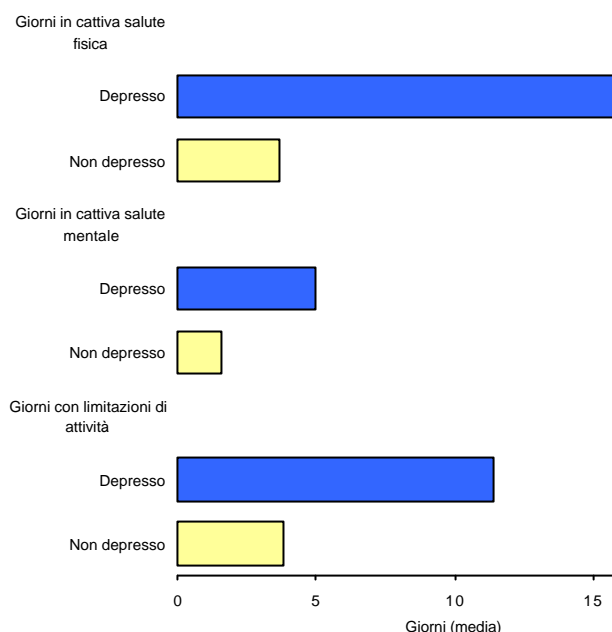
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle sei province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 4% della provincia di Belluno al 12% di Verona).



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

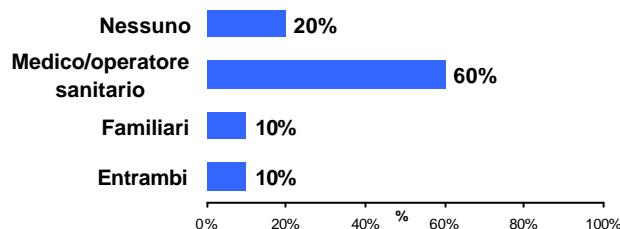
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 26.3% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 70.1% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- 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?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione ULSS 15 - PASSI2007

- Nella ULSS 15 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 80%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, il 20% non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 60%.



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.

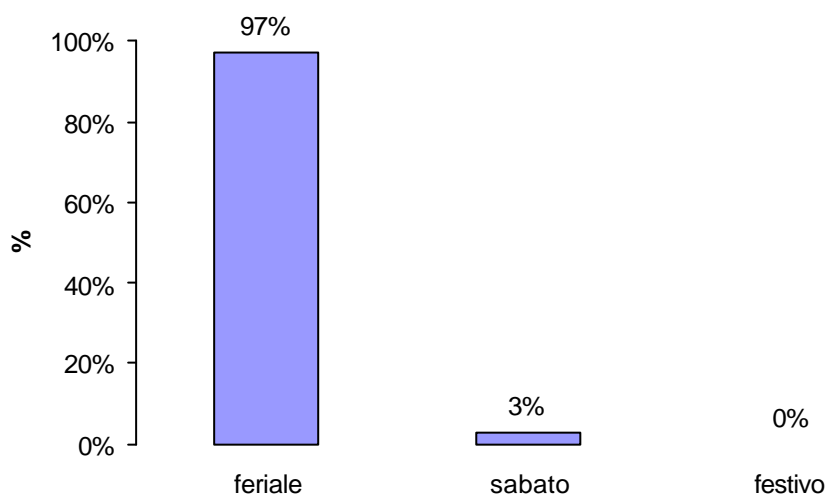
Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle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

MONITORAGGIO

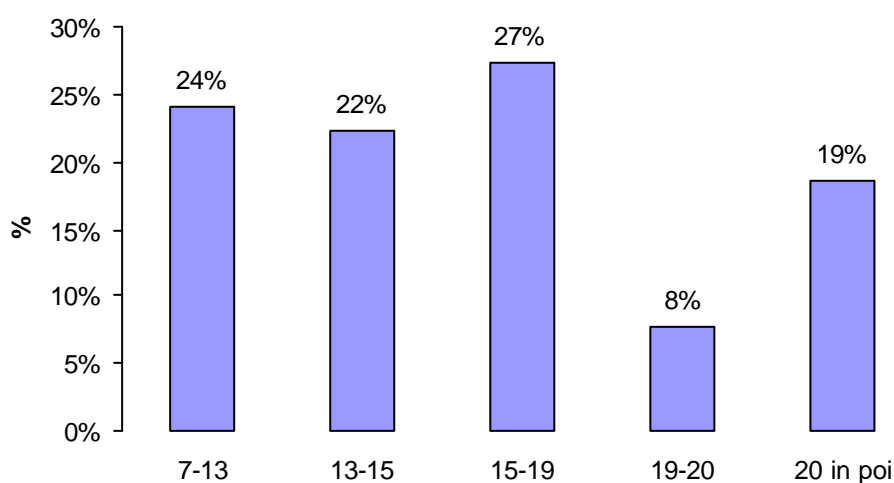
Distribuzione delle interviste per orari/giorni

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

Distribuzione interviste per giorno



Distribuzione interviste per ora



Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero: http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
- David W. Hosmer, Stanley Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley, 2000

Salute e qualità di vita percepita

- Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT, Anno 2003
- CDC - Healthy days methods 1989
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- Healthy People 2010 www.healthypeople.gov
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008) http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero: http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
- Ministero della Salute – Programma “Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari” http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Relazione annuale sul tabagismo 2008 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003
- Valery L, Anke O, Inge KK, Johannes B. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur J Cancer Prev. 2008 Nov;17(6):535-44.

Alimentazione

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992

Alcol

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm> European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor – Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Sicurezza domestica

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2 005 pag. 66-88
- Taggi F. et al., "Sistema SINIACA – La sicurezza domestica: dalla conoscenza alla prevenzione", documento ISS, O5/AMPP/RT/550, novembre 2005
- Taggi F. Rapporto Istan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Databse Syst Rev 2003

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial JAMA 2003 30;289 (16):2083 - 93

Diagnosi precoce oncologica

- Osservatorio Nazionale Screening Sesto rapporto
- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" –2002
- ISTAT La mortalità per causa nelle regioni italiane 2000-2002 www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)

Sintomi di depressione

- "Strengthening mental health promotion". WHO – Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)
- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - European Neuropsychopharmacology. 15 (2005): 357-376
- "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH ("European Study on the Epidemiology of Mental Disorders", realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health Survey Initiative)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)