

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto 2007 / 08

Azienda ULSS n. 13 Veneto



Stampa Centro Stampa Azienda ULSS 13 Mirano - Regione Veneto, Dolo, gennaio 2009



Copia del volume può essere richiesta a:

Segreteria del Dipartimento di Prevenzione AULSS 13
Riviera XXIX Aprile, 2 – 30012 Dolo (VE)
e-mail: dipartimentoprevenzione@ulss13mirano.ven.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet dell' AULSS 13 Veneto all'indirizzo:
<http://www.ulss13mirano.ven.it/mirano/...>



La redazione del documento è stata curata da:

Dalla Costa Damiano, Antonella Dal Pra, Silvia Milani, Flavio Valentini (Dipartimento di Prevenzione – AULSS 13 Mirano)
Elisa Mogliani (Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi, Padova)

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 Carrozzini (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL 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, Federica Michieletto, Silvia Milani, Mauro Ramigni, Massimo Valsecchi

- a livello dell'AULSS 13: Coordinatore Aziendale e Intervistatori

Silvia Milani, Antonella Dal Pra U.O.S. Osservatorio Epidemiologico

Magda Fattoreto Distretto Socio – Sanitario n. 2

Paola Ferrarese, Monica Terrin Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Maurizia Meneghetti Servizio Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro

Marina Romanato Servizio per l' Educazione e la Promozione della Salute

Campionamento trimestrale

Alessandro Calzavara U. O. Sviluppi Applicativi

Si ringrazia la Direzione Strategica Aziendale, il Direttore del Dipartimento Risorse Informatiche e Tecnologiche, il personale dell'Area Formazione e della Direzione Economico-Finanziaria che hanno reso possibile l'avvio e l' implementazione del Sistema di Sorveglianza a livello locale.

Si ringraziano i Sindaci dei Comuni dell'AULSS 13 ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Lo studio non sarebbe possibile senza la disponibilità delle persone intervistate a cui va un particolare ringraziamento per il tempo e l' attenzione dedicati.

Introduzione

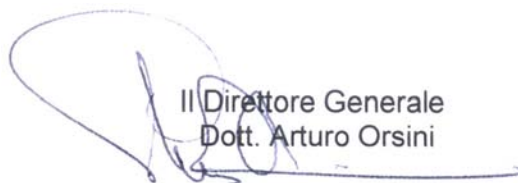
Questo rapporto è il risultato del primo anno di attività del Sistema di sorveglianza PASSI nell' Azienda ULSS 13, dopo una fase sperimentale nel 2005, frutto dell'impegno del personale del Dipartimento di Prevenzione, della collaborazione con la Direzione regionale per la Prevenzione e con il CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) struttura dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il Sistema di sorveglianza PASSI è nato per monitorare nel tempo da un lato i fattori comportamentali di rischio per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione, ..) e dall'altro la diffusione e l'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione (screening oncologici, utilizzo della carte del rischio cardiovascolare, ...). Il sistema di sorveglianza PASSI registra in tal modo, con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle AULSS, l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

Con questo sistema di sorveglianza le iniziative su temi di salute di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo e potrà essere confrontato il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica). Il Sistema contribuisce inoltre alla crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione.

PASSI è uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa, infatti, solo pochi Paesi hanno attivato un'effettiva sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali. Inoltre la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati a livello locale fornisce informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione mirati.

Anche questa Azienda ULSS intende avviare iniziative di informazione e di prevenzione sugli aspetti che, in base ai dati raccolti, presentano maggiori criticità per favorire nei cittadini e negli operatori sanitari comportamenti coerenti con gli obiettivi di tutela della salute.



Il Direttore Generale
Dott. Arturo Orsini

INDICE

Pagina

INTRODUZIONE DEL DIRETTORE GENERALE	3
OBIETTIVI	7
METODI	11
SINTESI DEL RAPPORTO	15
TABELLA RIASSUNTIVA	17
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	25
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	29
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	31
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	35
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	41
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	45
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	

CONSUMO DI ALCOL	47
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	51
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano in stato di ebbrezza	
Conclusioni e raccomandazioni	
INFORTUNI DOMESTICI	53
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	57
IPERTENSIONE ARTERIOSA	58
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA	61
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	64
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	67
Quanti si sono vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	69
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	71
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	77
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	83
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	89
Chi riferisce i sintomi di depressione	
conseguenze dei sintomi di depressione	
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	
Conclusioni e raccomandazioni	
MONITORAGGIO	93
BIBLIOGRAFIA	97

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 rubeo-test;
- 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 periodicità dell'ultima effettuazione e se è 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 attività
- 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 per tanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte all' Anagrafe Sanitaria dell' Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 13 della Regione Veneto, periodicamente aggiornata. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell' AULSS 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 sistema di sorveglianza PASSI è nato soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle AULSS, il campionamento deve garantire quindi la rappresentatività a livello aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è il campionamento stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) ed è direttamente effettuato dall' Anagrafe Sanitaria dell' AULSS. Il protocollo dello studio prevede inoltre che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna AULSS, sia di 25 unità. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irraggiungibili o che non desiderano partecipare all'indagine.

Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale con i dati complessivi della regione di appartenenza, il Gruppo Tecnico Nazionale ha provveduto a mettere a disposizione i programmi di analisi per ottenere le stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole AULSS partecipanti al sistema di sorveglianza.

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

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

Anche per i dati delle singole Aziende ULSS è stato previsto l' utilizzo di complessi meccanismi di controllo e pesatura, allo scopo di tener conto dei piccoli disallineamenti tra il campione effettivo e quello atteso legati ad arrotondamenti nell'assegnazione delle interviste ai sei strati per sesso e classi di età.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie AULSS appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2007 - I trimestre 2008 risultano dall'aggregazione dei dati di tutte le Aziende Sanitarie Locali partecipanti alla sorveglianza PASSI (che hanno raggiunto un livello minimo di rappresentatività), utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale ed aziendale

Interviste

I cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AULSS. Sono stati informati tramite lettera 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 da personale del Dipartimento di Prevenzione dal mese di aprile 2007 a marzo 2008, con cadenza mensile (luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità). Complessivamente sono state condotte 315 interviste telefoniche con una durata media 24 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 3,5% delle interviste sono state effettuate con il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

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.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2007 e primo trimestre 2008 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

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'AULSS, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

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

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del

coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

Sintesi del rapporto Azienda ULSS 13

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: nella AULSS 13 della Regione del Veneto, da aprile 2007 a marzo 2008, è stato intervistato un campione casuale di 315 persone, selezionato dalla lista della Anagrafe Sanitaria dell' Azienda. Il 50% degli intervistati è rappresentato da donne ed il 50% da uomini. L'età media è di 44 anni. La metà degli intervistati ha un livello di istruzione alto ed il 70% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: il 64% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 35% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: è completamente sedentario il 25% del campione ed il 26% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: il 22% si dichiara fumatore e il 23% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena l'1% 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 l'89% dichiara che lo stesso divieto è rispettato nei luoghi pubblici. Il 12% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (2%) o solo in "alcune zone" (10%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il 31% 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 22% dei casi e di praticare un' attività fisica almeno moderata nel 69%. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 15% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 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 23% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 11% beve fuori pasto, il 11% è bevitore "binge" ed il 5% 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: il 90% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 26% degli intervistati. Il 12% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 16% 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 ASL, non è elevata: il 94% 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 29%: tra questi ultimi il 36% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: in media, solo il 25% 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 34%.

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso un quinto della nostra popolazione, tra i 18 e i 69 anni; il 62% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. All' 8% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Più di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (27%) e, tra questi, il 18% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su cinque (20%) 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 ASL 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' 82% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: l' 87% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato.

Screening tumore del colon retto: il 72% 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.

Tabella riassuntiva

Sistema di sorveglianza PASSI 2007-I trimestre 2008

Campione n=30.408

Che cos'è il sistema di sorveglianza Passi?

Nel 2006, il ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (Passi, Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province autonome hanno aderito al progetto. Da aprile 2007, è partita la rilevazione dei dati in 20 Regioni. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni, rappresentativo della popolazione, viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Per maggiori informazioni: www.epicentro.iss.it/passi.

Risultati

Tutti i risultati sono espressi in %, tranne dove diversamente specificato

Descrizione del campione

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Numerosità	315	4271	30.408
Uomini	49.8	50.5	49.5
Donne	50.2	49.5	50.5
Età media	44 anni	44 anni	44 anni
18-34	27.3	30.1	29.1
35-49	36.8	35.2	34.0
50-69	35.9	34.7	36.8
Livello di istruzione			
alto ¹	50.8	52.2	56.1
basso ²	49.2	47.8	43.9
Stato civile			
coniugati	68.2	64.0	61.6
celibi/nubili	26.4	29.2	30.8
vedovi/e	2.5	3.0	3.0
separati/divorziati	2.9	3.8	4.6
Cittadinanza straniera	2.5	4.2	2.4
Lavoro regolare ³	70.1	71.3	63.8
Difficoltà economiche			
nessuna	51.4	55.6	44.0
qualche	40.9	35.7	41.4
molte	7.7	8.6	14.6

¹ licenza media superiore o laurea

² licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

³ campione compreso tra 18 e 65 anni

Sezione 1 - Percezione dello stato di salute

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	64.1	67.7	64.7 (64.0-65.4)
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività			
0 giorni	76.5	80.6	77.0
1-13 giorni	17.8	15.6	18.5
14+ giorni	5.7	3.8	4.5

Sezione 1 - Vaccinazione antinfluenzale

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Vaccinati 18-65	7.4	12.9	12.4 (11.4-13.4)
Vaccinati 18-65 con almeno 1 patologia	25.0	30.2	28.8 (25.8-31.9)

Sezione 2 - Attività fisica

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Livello di attività fisica attivo ⁴	26.3	32.4	32.6 (31.9-33.2)
parzialmente attivo ⁵	49.0	47.6	38.8 (38.1-39.6)
sedentario ⁶	24.7	20.0	28.6 (27.9-29.3)
Riferisce che un medico operatore sanitario ha chiesto al proprio assistito se fanno regolare attività fisica ⁷	37.1	35.6	32.5 (31.7-33.4)
Riferisce che un medico operatore sanitario ha consigliato al proprio assistito di fare dell'attività fisica	26.6	29.6	29.5 (28.7-30.3)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	31.6	24.2	25.4

Sezione 3 - Abitudine al fumo

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Abitudine al fumo fumatori ⁸	20.6	24.9	30.3 (29.6-31.0)
uomini	24.2	28.8	34.9
donne	17.1	20.9	25.8
ex fumatori ⁹	23.5	21.5	19.0 (18.4-19.5)
non fumatori ¹⁰	54.6	53.6	50.7 (50.0-51.4)
Fumatori			
18-24	-	35.1	36.0
25-34	-	30.2	35.6
35-49	26.7	25.5	31.6
50-69	19.5	18.4	24.2

⁴ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

⁵ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

⁶ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁷ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

⁸ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

⁹ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

¹⁰ meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

Livello di istruzione			
<i>alto</i>	22.6	23.9	31.9
<i>basso</i>	21.3	26.0	29.1
Difficoltà economiche			
<i>si</i>	25.0	29.0	33.4
<i>no</i>	19.3	21.8	26.4
Numero medio di sigarette	12 sigarette	12 sigarette	13 sigarette
Chiesto se fuma			
<i>a tutto il campione</i>	47.3	41.6	41.4 (40.5-42.2)
<i>ai fumatori</i>	67.4	64.9	65.5 (64.1-67.0)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori)	72.1	57.6	60.8 (59.2-62.3)
Ha tentato di smettere nell'ultimo anno	46.2	47.7	40.1
Ha smesso da solo	97.3	94.9	95.8
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):			
<i>sempre o quasi sempre</i>	87.4	89.8	85.4 (84.6-86.1)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:			
<i>sempre o quasi sempre</i>	88.7	92.9	85.0 (84.3-85.6)

Sezione 4 - Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>sovrappeso</i>	30.8	30.7	32.0 (31.3-32.7)
<i>obeso</i>	11.7	9.2	10.8 (10.3-11.3)
<i>sovrappeso/obeso</i>	42.5	39.9	42.8 (42.1-43.5)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹¹			
<i>sovrappeso</i>	44.4	45.3	47.9
<i>obesi</i>	75.0	81.1	81.5
<i>sovrappeso/obeso</i>	53.8	54.0	56.9 (55.6-58.1)
Consigliato di fare attività fisica da un medico o operatore sanitario			
<i>sovrappeso</i>	22.4	34.0	32.5
<i>obesi</i>	47.8	46.3	43.5
<i>sovrappeso/obeso</i>	30.6	36.9	35.4 (34.2-36.7)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	14.6	13.1	10.4 (10.0-10.9)

Sezione 5 - Consumo di alcol

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ¹²	73.5	70.0	61.1 (60.4-61.8)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	10.9	13.1	8.3 (8.0-8.7)
Bevitori binge ¹³	10.9	11.5	7.0 (6.7-7.4)
Forti bevitori ¹⁴	5.4	6.7	3.8 (3.6-4.1)
Bevitori a rischio ¹⁵	23.0	24.5	15.7 (15.2-16.2)
Chiesto dal medico il consumo di alcolici	22.1	21.1	15.6 (15.0-16.2)

¹¹ solo tra chi e' andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no

¹² una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

¹³ nell'ultimo mese consumo almeno una volta di 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

¹⁴ più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2/gg per le donne

¹⁵ bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

Consigliato di ridurre il consumo <i>ai bevitori a rischio</i>	25.0	7.4	8.0
---	------	-----	-----

Sezione 6 - Sicurezza stradale

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹⁶			
<i>casco sempre</i>	98.7	96.8	91.7 (90.8-92.6)
<i>cintura anteriore sempre</i>	90.5	89.4	81.7 (81.1-82.3)
<i>cintura posteriore sempre</i>	25.6	31.0	18.9 (18.3-19.5)
Guida sotto effetto dell'alcol ¹⁷	16.2	17.3	12.9 (12.3-13.5)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	16.0	13.6	9.1

Sezione 7 - Ipertensione arteriosa

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che riferiscono di essere ipertese	20.3	22.2	21.4 (20.8-22.0)
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	86.3	85.1	82.6 (82.1-83.2)

Sezione 7 - Colesterolemia

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche	27.3	28.2	24.9 (24.2-25.7)
Misurazione del colesterolo almeno una volta	80.3	78.2	77.0 (76.4-77.6)

Sezione 7 - Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ¹⁸	5.9	6.4	6.4 (6.0-6.9)

Sezione 8 - Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25 - 64 anni)

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni	82.2	83.9	74.0 (73.0-75.1)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	75.8	77.0	56.1 (55.1-57.0)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	55.3	60.8	58.8 (57.6-59.9)
Donne che hanno visto una campagna informativa	68.3	72.2	66.6
Influenza positiva di			
<i>lettera dell'ASL</i>	52.4	59.9	65.2
<i>consiglio dell'operatore</i>	86.6	74.6	77.3
<i>campagna comunicativa</i>	60.0	61.4	63.0
Donne che hanno effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio			

¹⁶ calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o in automobile

¹⁷ aver guidato entro un' ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg.

¹⁸ su tutte le persone >34 anni, senza patologie CV

medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)			
<i>0 interventi</i>	80.0	55.9	42.2
<i>1 intervento</i>	85.7	77.8	65.4
<i>2 interventi</i>	84.0	87.1	82.0
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	87.2	91.8	87.5

Sezione 9 - Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50 - 69 anni)

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	87.5	81.7	68.2 (66.7-69.8)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	91.1	82.1	61.8 (60.3-63.3)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	60.7	61.3	60.2 (58.5-61.8)
Donne che hanno visto una campagna informativa	80.4	76.9	72.9
Influenza positiva (molta/abbastanza) di			
<i>lettera dell'ASL</i>	76.5	76.3	73.7
<i>consiglio dell'operatore</i>	79.3	79.2	82.3
<i>campagna comunicativa</i>	67.6	72.0	68.0
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)			
<i>0 interventi</i>	-	67.6	29.1
<i>1 intervento</i>	72.7	72.3	53.9
<i>2 interventi</i>	93.8	83.4	73.1
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	92.9	86.2	81.9

Sezione 10 - Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni)

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	69.5	43.8	19.4 (18.7-20.1)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	5.8	9.3	9.1 (8.4-9.8)
Ha ricevuto la lettera dell' ASL	80.5	55.4	21.4 (21.8-22.9)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	33.0	27.2	23.2 (22.2-24.1)
Ha visto una campagna informativa	64.3	54.1	41.7
Persone che hanno eseguito test per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)			
<i>0 interventi</i>	14.3	8.6	5.1
<i>1 intervento</i>	72.7	44.9	29.5
<i>2 interventi</i>	73.9	75.6	64.8
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	87.0	81.4	77.3

Sezione 11 - Vaccinazione antirosolia

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Donne vaccinate (18-49 anni)	52.5	57.8	32.5 (31.3-33.6)
Donne (18-49 anni) suscettibili ¹⁹	27.7	30.7	44.8 (43.1-45.7)

Sezione 12 - Sintomi di depressione

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ²⁰	9.2	7.7	8.9 (8.5-9.4)
<i>donne</i>	13.9	10.4	12.3 (11.5-13.0)
<i>uomini</i>	4.5	5.0	5.6 (5.1-6.1)
<i>18-34</i>	9.3	6.3	6.5
<i>35-49</i>	7.8	7.6	8.5
<i>50-69</i>	10.6	8.9	11.6
<i>almeno 1 patologia</i>	15.0	11.9	17.8
Ha cercato aiuto da qualcuno ²¹	47.4	48.0	53.1
Figure a cui si è ricorso per sintomi di depressione			
<i>nessuno</i>	52.6	52.0	46.9
<i>medico/operatore sanitario</i>	31.6	28.7	33.6
<i>famiglia/amici</i>	15.8	14.9	13.7

Sezione 13 - Sicurezza domestica

	AULSS 13	Veneto	Pool di ASL italiane
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	94.0	92.2	91.6 (91.2-92.0)
Hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive ²²	36.0	28.1	29.1 (27.7-30.5)
Dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni	28.9	31.0	27.9 (27.2-28.6)
Fonti di informazione:			
<i>opuscoli</i>	14.9	17.9	14.1
<i>mass media</i>	15.6	13.6	14.9
<i>tecnici</i>	1.6	3.6	3.0
<i>medico/altro operatore sanitario</i>	2.5	2.1	1.9
<i>parenti/amici</i>	0.3	0.9	1.2

¹⁹ donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha mai effettuato il rubeotest

²⁰ score calcolato sulla base del numero di giorni, nelle ultime 2 settimane, con poco interesse o piacere nel fare le cose o giù' di morale, depresso/a o senza speranza

²¹ calcolata sulle persone depresse (N.B. la domanda non è stata fatta a tutte le persone che vengono classificate come depresse utilizzando lo score)

²² calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

Regioni e P.A. partecipanti

- 18 su 21 (vedi figura).
- Per la Basilicata contribuisce solo l'ASL di Matera.
- Per la Puglia contribuiscono le ASL di Bari, Brindisi, Lecce, Taranto.
- La Sardegna non ha raggiunto nel 2007 una numerosità e una rappresentatività sufficienti per poter produrre stime attendibili.
- La Lombardia e la Calabria non hanno raccolto alcuna intervista nel 2007; la prima ha iniziato nel 2008, mentre la seconda deve ancora iniziare.
- Per il Veneto le ASL della provincia di Rovigo non sono state considerate, in quanto poco rappresentate nel campione regionale.

Sistema di pesature per dato di pool di ASL 2007-I trimestre 2008

I pesi sono calcolati per ricostruire un'Italia teorica (vedi figura), integrando i dati delle zone con un numero consistente di interviste con quelli delle zone comunque interessanti ma in cui sono disponibili poche interviste. Il peso viene calcolato in base alla rappresentatività della singola ASL sul totale della popolazione italiana (sempre strato specifico), escludendo le ASL che non partecipano o non entrano nel gruppo utilizzato.



Descrizione del campione aziendale

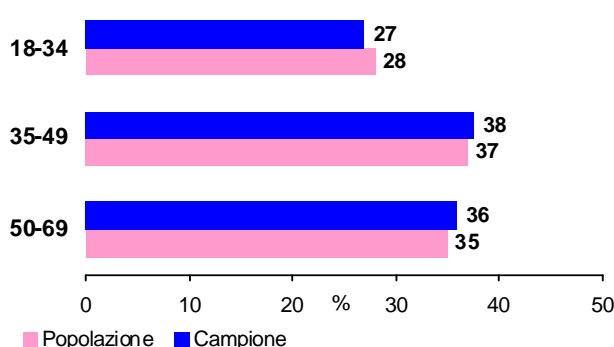
La popolazione in studio è costituita da una media di 179.856 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria della AULSS 13. Sono state intervistate 315 persone di età compresa tra i 18 e 69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. I campionamenti delle persone da intervistare sono stati ripetuti trimestralmente come previsto dal protocollo del sistema di Sorveglianza. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'84% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 21 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione²³ è stato dell' 11%, il tasso di risposta²⁴ è stato dell'89% e quello di rifiuto²⁵ dell' 8,5 (ulteriori indicatori di monitoraggio sono riportati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

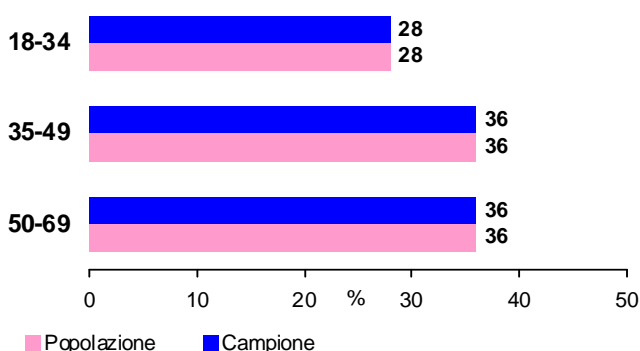
L'età e il sesso

- Nell' AULSS 13 il 50% del campione intervistato (158 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 27% degli intervistati (uomini e donne) è compreso nella fascia 18-34 anni, il 37% in quella 35-49 e il 36% 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
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=157)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=158)



²³ Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

²⁴ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

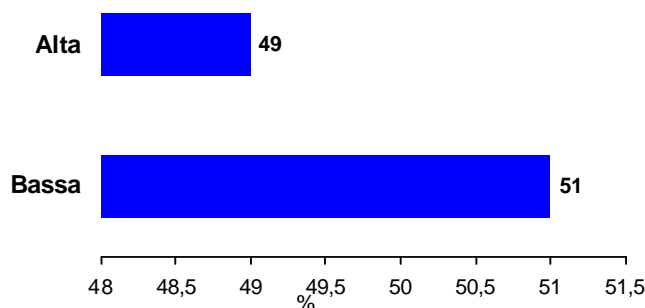
²⁵ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

- Nell' AULSS 13 il 51% del campione ha un livello di istruzione basso, il restante 49% ha un livello di istruzione alto. Per livello di istruzione basso si intende la frequenza una durata degli anni di studio minore o uguale ad 8 (nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore) e per livello di istruzione alto una durata degli studi maggiore o uguale a 9 anni (licenza media superiore e laurea). Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.

Campione per livello di istruzione

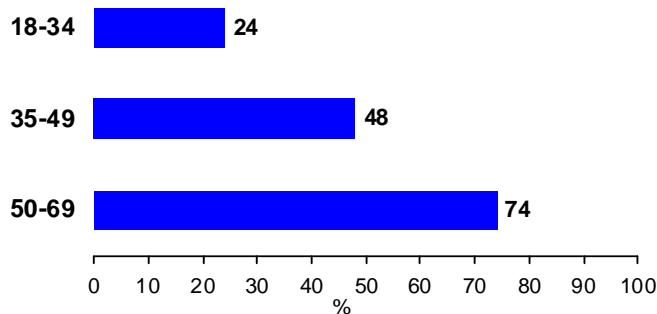
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzioni 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

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)

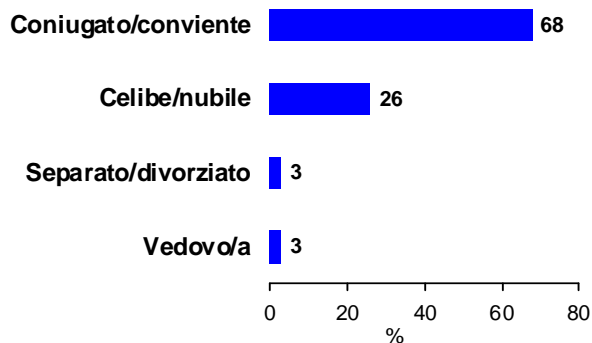


Lo stato civile

- Nell' AULSS 13 i coniugati/conviventi rappresentano il 68% del campione, i celibi/nubili il 26%, i separati/divorziati il 3% ed i vedovi/e il 3%.

Campione per categorie stato civile

AULSS13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



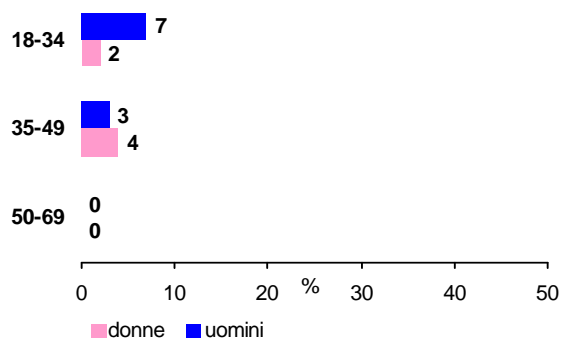
Cittadinanza

- Nell' AULSS 13 il 97% del campione intervistato è italiano, il 3% straniero. Gli stranieri sono maggiormente rappresentati nelle fasce di età più giovani, infatti non è entrata a far parte del campione nessuna persona di cittadinanza non italiana maggiore di 49 anni.

Poiché il protocollo della sorveglianza prevede la sostituzione degli stranieri che non sono in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o presenti nel nostro paese da più tempo.

% di stranieri per sesso e classi di età

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)

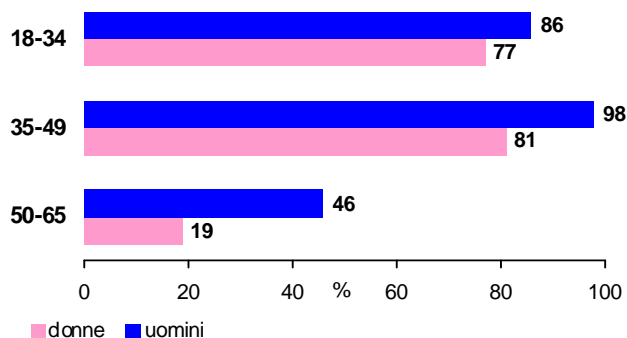


Il lavoro

- Nell' AULSS 13 il 70% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (61% contro 79%). Gli intervistati più giovani, 18-34 e 35-49 anni, riferiscono di lavorare con regolarità in misura maggiore dei più anziani. Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative tra uomini e donne nelle classi di età 35-49 anni e 50-65 anni.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)

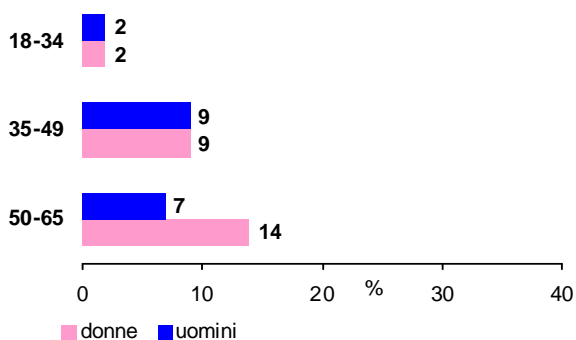


Difficoltà economiche

- Nell' AULSS 13 l' 8% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 51% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (9% contro 6%), sono soprattutto le donne della classe di età 50-69 anni che riferiscono 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

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



Conclusioni

Il campione dell' AULSS 13 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione che vive nel territorio dell' AULSS 13 stessa.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campione estratto, 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 di sigaretta, 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?

- Nell' AULSS 13 il 64% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 31% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle AULSS del Veneto aderenti al Sistema di Sorveglianza, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è del 68%.
- Nel pool di ASL italiane partecipanti la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è del 65%.

Stato di salute percepito positivamente*

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)

Caratteristiche	%
Totale	64.1 (IC95%: 58.6-69.4)
Età	
18 - 34	83.7
35 - 49	73.3
50 - 69	39.8
Sesso	
uomini	71.3
donne	57.0
Istruzione**	
bassa	51.3
alta	77.4
Difficoltà economiche	
sì	58.6
no	69.6
Patologia severa***	
presente	35.0
assente	68.4

* 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

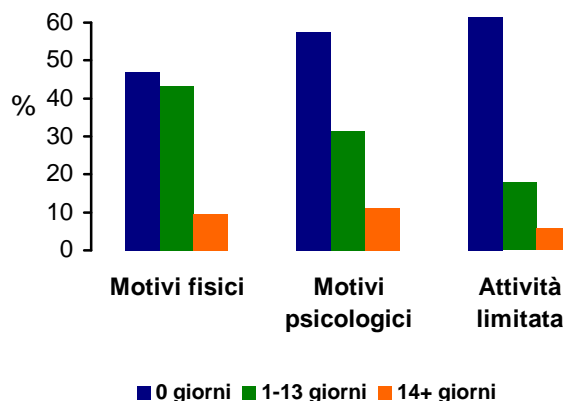
*** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

- Nell' AULSS 13 la maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (47% in buona salute fisica, 57% in buona salute psicologica e 76% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 10% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'11% per motivi psicologici e solo il 6% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 4, mentre le attività abituali sono limitate per 2 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa).

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



Giorni in cattiva salute percepita

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3.9	4.1	2.0
Classi di età			
18 - 34	2.3	2.9	1.6
35 - 49	4.0	5.4	2.9
50 - 69	5.0	4.0	2.5
Sesso			
uomini	3.2	2.6	1.8
donne	4.6	5.6	2.1

Conclusioni e raccomandazioni

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

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di AULSS, 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

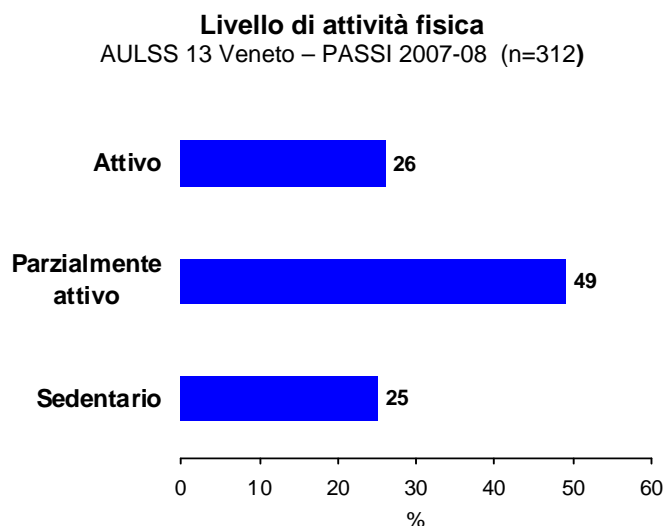
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi industrializzati, 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?

- Nell' AULSS 13 il 26% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 49% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 25% è completamente sedentario.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nell' AULSS 13 non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne, tra persone con differente livello di istruzione e tra persone con presenza o assenza di difficoltà economiche.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, gli uomini, le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di sorveglianza il 32% della popolazione è attiva, il 48% parzialmente attivo e il 20% è sedentario.
- Tra il pool di ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33% della popolazione è attiva, il 39% parzialmente attivo e il 29% è sedentario.

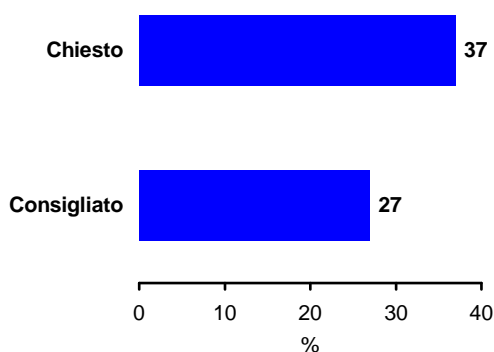
Sedentari	
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=312)	
Caratteristiche	%
Totale	24,7 (IC95%: 20,1-29,9)
Classi di età	
18 - 34	14,1
35 - 49	24,6
50 - 69	32,7
Sesso	
uomini	26,3
donne	23,1
Istruzione*	
bassa	29,1
alta	20,1
Difficoltà economiche	
sì	26,7
no	21,9

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

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

- Nella AULSS 13 solo il 37% 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 27% dei casi.
- Nelle altre AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza il 36% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto se pratica regolarmente un'attività fisica ed il 30% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.
- Nel pool di ASL italiane partecipanti il 32% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto se pratica regolarmente un'attività fisica ed il 29% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08

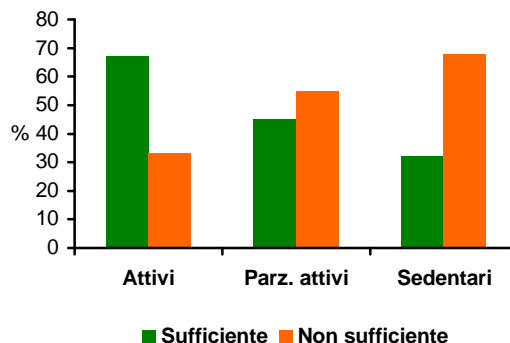


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- E' interessante notare come nella AULSS 13 il 32% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Nell'insieme delle AULSS del Veneto partecipanti, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 24%, mentre nel pool di ASL partecipanti a livello nazionale, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 25%.

Autopercezione del livello di attività fisica praticata

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=309)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell' AULSS 13 il 26% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 74% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane, gli uomini, le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

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 poco più di un terzo dei casi gli operatori sanitari dell'AULSS 13 si informano circa lo svolgimento di attività fisica da parte dei propri assistiti e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ad una percentuale ancora inferiore (33%). 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.

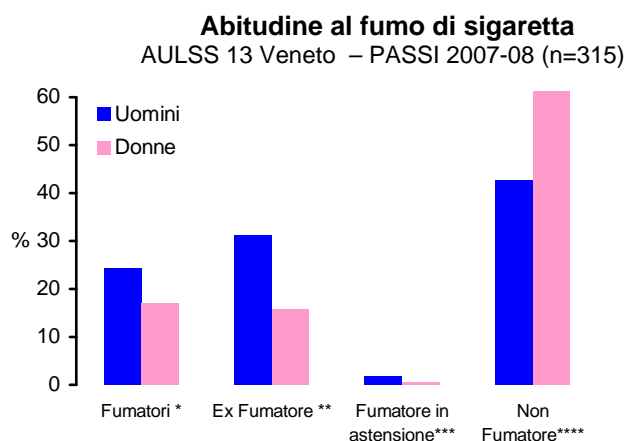
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

- Nell' AULSS 13 i fumatori sono pari al 21%, gli ex fumatori al 23%, e i non fumatori al 55%. A questi si aggiungono 4 persone (1%), 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 (24% versus 17%); la percentuale di persone che non hanno mai fumato è significativamente maggiore tra le donne rispetto agli uomini (67% versus 43%).



*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 AULSS della Regione Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di fumatori è del 25%, gli ex fumatori sono il 22% e i non fumatori il 54%.
- tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 30%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 51%.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i soggetti di età 35-49, tra gli uomini, tra persone con alto livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra loro, l' 11% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di fumatori è risultata più alta in generale (25%), nelle persone tra i 18 e 34 anni e in chi ha difficoltà economiche; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 12.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta in entrambi i sessi, in tutte le fasce d'età, in tutti i livelli di istruzione e di situazione economica; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 13.

Fumatori	
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=315)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	21.9 (IC95%: 17.5-27.0)
Età, anni	
18 - 34	18.6
35 - 49	26.7
50 - 69	19.5
Sesso ^	
M	26.1
F	17.7
Istruzione**	
bassa	21.3
alta	22.6
Difficoltà economiche	
si	25.0
no	19.3

* 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)

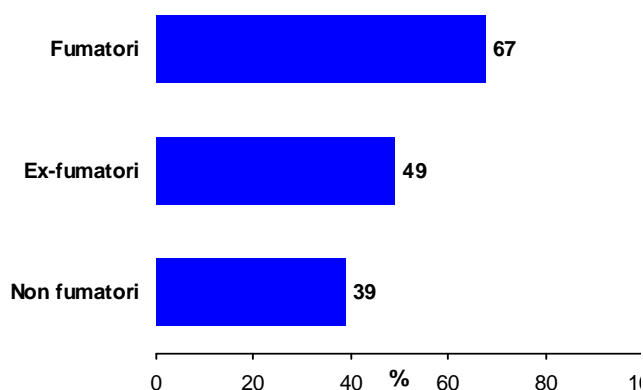
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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

- Considerando chi è stato da un medico o ha avuto contatti con un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco meno di un intervistato su due (47%) 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 67% dei fumatori, il 49% degli ex fumatori e il 39% dei non fumatori.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza, la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo è del 42% di tutto il campione e del 65% se si considerano i soli fumatori.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo

AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n=205)

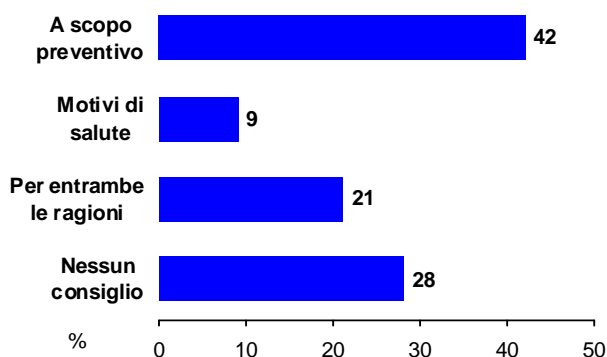
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, riferisce di essere stato interpellato da un sanitario sulla propria abitudine al fumo il 41% di tutto il campione ed il 65% dei fumatori.

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

- Il 72% 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 28% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da un operatore sanitario è del 58%; tra le ASL italiane partecipanti la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da un operatore sanitario è del 61%.

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

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08



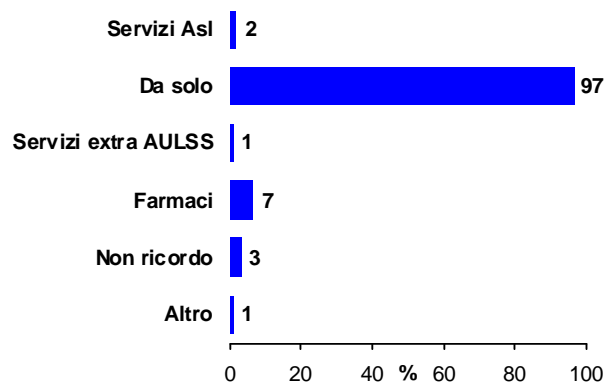
* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n=43)

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

- Fra gli ex fumatori il 97 % riferisce di aver smesso di fumare da solo, il 2% riferisce di aver usufruito di servizi dell'AULSS e l' 1% riferisce di aver fruito di servizi extra AULSS.
- Il 46% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.
- Di questi ultimi il 90% ha tentato di smettere da solo.

% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori

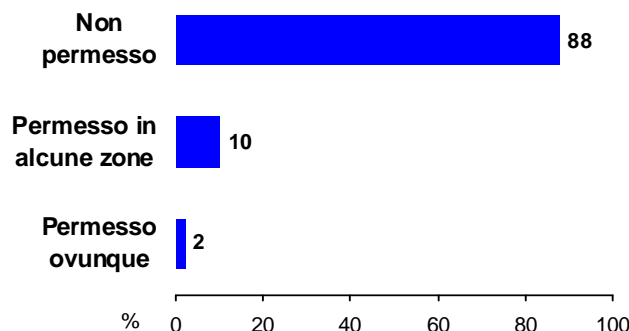
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- L' 88% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 12% dei casi si fuma ovunque (2%) o in alcuni luoghi (10%).

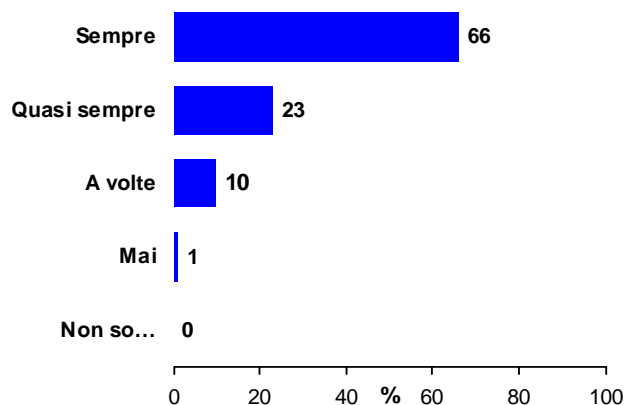
Frequenza (%) delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate riferiscono, nel 89% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- L' 11% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di intervistati che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici è pari al 93%.
- Nel pool di ASL italiane partecipanti la percentuale di intervistati che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici diminuisce all' 85%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n=283 intervistati)*
AULSS 13 Veneto - Passi 2007-08

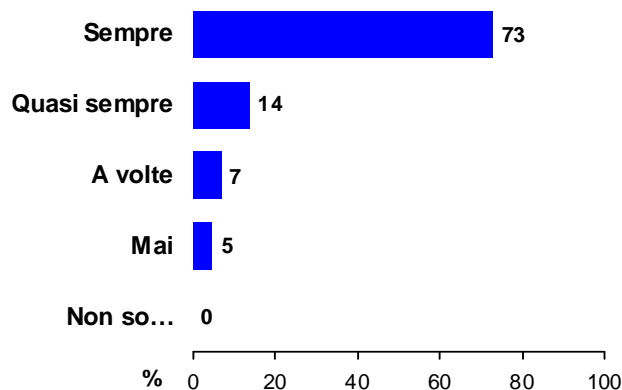


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 87% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 13% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro è del 90%, considerando il campione del pool di ASL italiane la percentuale passa all' 85%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n=190 lavoratori) *
AULSS 13 Veneto - Passi 2007-08



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' AULSS 13 una persona su cinque fuma, con una maggiore prevalenza di fumatori nella fascia di età dai 35 ai 49 anni, dove più di una persona su 4 riferisce di essere fumatore. Tra i risultati del primo anno di rilevazione viene confermata la minore prevalenza dell'abitudine al fumo nelle donne, ma la minore propensione a smettere di fumare rispetto agli uomini.

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.

L'abitudine di fumare nei locali pubblici e soprattutto nei luoghi di lavoro è ancora presente, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

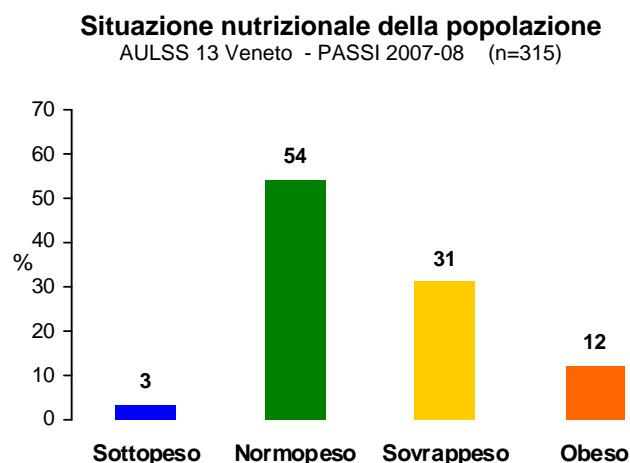
Situazione nutrizionale

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell' AULSS 13 il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 31% sovrappeso e il 12% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenta 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 (52% vs 33%) e nelle persone con basso livello di istruzione, con differenze tutte statisticamente significative.
- Nelle AULSS della Regione Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza il 40% della popolazione è in eccesso ponderale (il 31% è in sovrappeso e il 9% è obeso), mentre tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza presenta un eccesso ponderale il 43% della popolazione (il 32% è in sovrappeso e l' 11% è obeso).

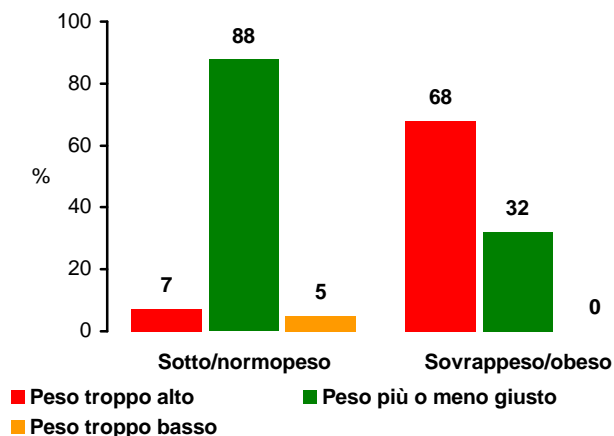
Eccesso ponderale	
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	42.5 (IC95% 37.0-48.2)
Classi di età	
18 - 34	22.1
35 - 49	43.1
50 - 69	57.5
Sesso	
uomini	52.2
donne	32.9
Istruzione*	
bassa	50.6
alta	34.2
Difficoltà economiche	
sì	48.7
no	36.6

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

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 AULSS 13 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 (88%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 68% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso l'87% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 89% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese l'85% rispetto al 57% degli uomini.

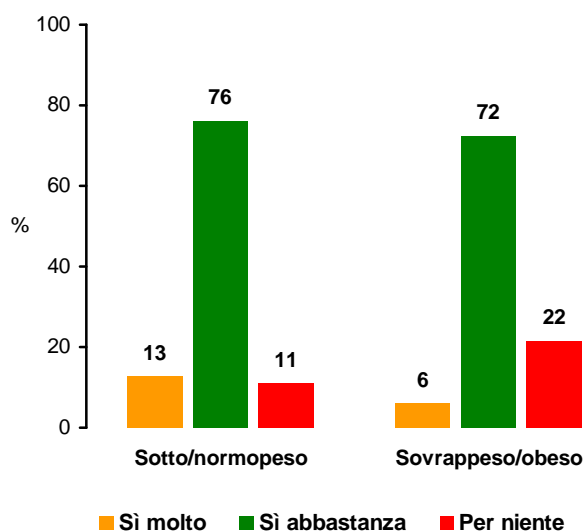
Percezione della propria situazione nutrizionale
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nell' AULSS 13 mediamente l'84% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare: l'89% dei sottopeso/normopeso, il 78% dei soprappeso/obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



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

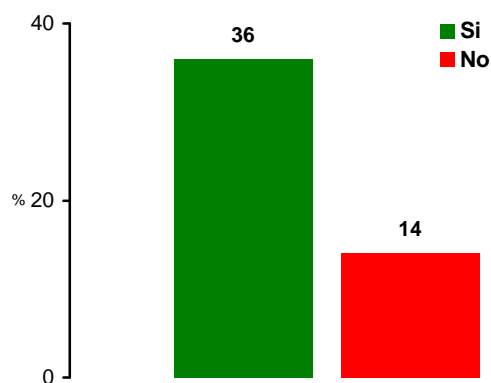
- Nella AULSS 13 il 54% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e il 75% delle persone obese.
- Nelle AULSS della Regione partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario è stata del 54% (ricevono il consiglio il 45% delle persone in sovrappeso e l' 81% degli obesi).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 48% 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 l'81% degli obesi).

- Solo il 22% 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 (38% vs il 12% degli uomini)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (36% vs 14%)
 - nelle persone in **sovrappeso** (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (29% vs il 10% delle persone in sovrappeso che percepiscono il proprio peso "più o meno giusto").

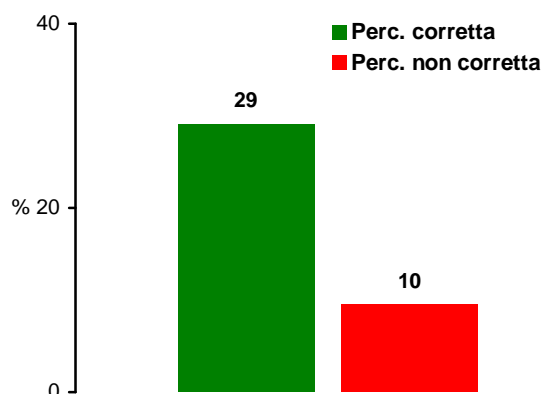
Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=134)



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

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=97)



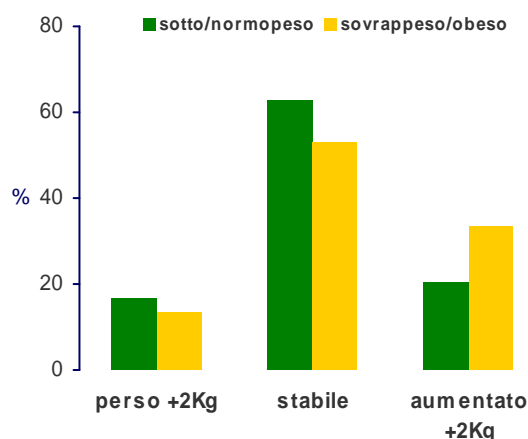
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- Nell' AULSS 13 il 31% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (34% nei sovrappeso/ e 22% negli obesi).
- Il 31% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 22% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 91% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 72% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario è del 37%.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 35% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (32% delle persone in sovrappeso e il 43% degli obesi).

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nell' AULSS 13 il 26% 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 (34% vs 22% in quella 35-49 anni e 24% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (33% nei sovrappeso/obesi vs 21% dei sottopeso/normopeso).
 Non emergono invece differenze tra donne (26%) e uomini (26%).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AULSS 13 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. Nella popolazione in sovrappeso/obeso emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: il 68% 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 22% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (69%). 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.

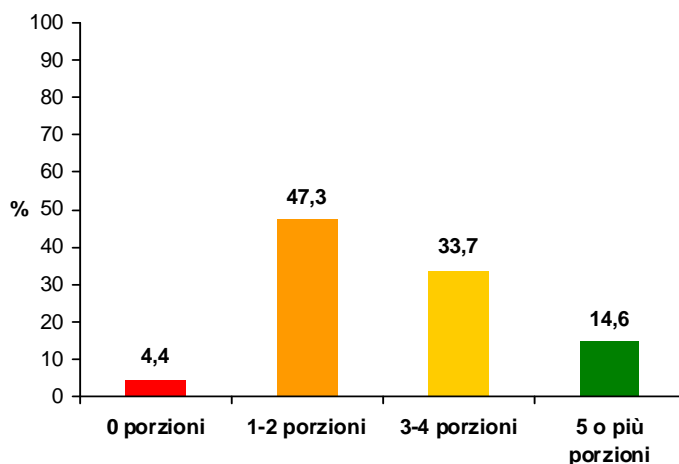
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente legate 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?

- Nell' AULSS 13 il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 15% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 34% mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



Per porzione di frutta o verdura si intende un quantitativo che può essere contenuto nel palmo di una mano, cioè circa 50 grammi di insalata o 150 grammi di frutta od ortaggi crudi

- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (20%), tra le persone con basso livello d'istruzione (17%) e tra le persone che non dichiarano difficoltà economiche; non emergono differenze legate al sesso.

Consumo di frutta e verdura	
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"*** (%)
Totale	14.6 (IC95% 11.0-19.1)
Classi di età	
18 - 34	3.5
35 - 49	17.2
50 - 69	20.4
Sesso	
uomini	14.6
donne	14.6
Istruzione**	
bassa	17.5
alta	11.6
Difficoltà economiche	
sì	10.5
no	18.6
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	14.4
sovrappeso/obeso	14.9

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

Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" è del 13%, mentre nel pool di Asl partecipanti a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo il 15% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

L'analisi dei dati evidenzia, inoltre, tra i più giovani una minore adesione alle raccomandazioni relative al consumo di frutta e verdura. Appare necessario implementare o estendere i programmi di intervento finalizzati ad aumentare i consumi di frutta e verdura tra i bambini e i ragazzi.

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 almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevande alcoliche 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?

- Nell' AULSS 13 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 73%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-34. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 63% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 36% prevalentemente durante il fine settimana.
- Nelle AULSS della Regione partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica è del 70%.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.

Consumo di alcol (ultimo mese)
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=313)

Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	73.5 (IC95%:68.2 - 78.3)
Classi di età	
18 - 34	75.6
35 - 49	75.0
50 - 69	70.3
Sesso	
uomini	86.6
donne	60.3
Istruzione**	
bassa	70.9
alta	76.1
Difficoltà economiche	
sì	74.4
no	72.0

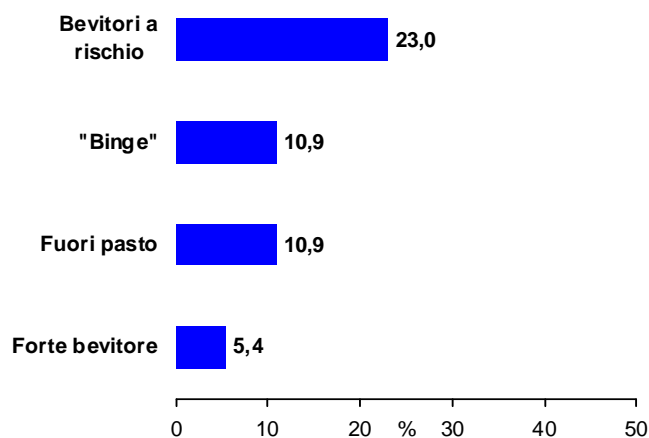
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 23% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- L' 11% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- L' 11% 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 5% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle AULSS del Veneto il 24% degli intervistati è bevitore a rischio (7% forte consumo, 11% consumo binge, 13% consumo fuori pasto)
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto)

Bevitori a rischio* per categoria AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda l' 11% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, negli uomini, mentre non risultano differenze significative rispetto all'età, al livello di istruzione e alle difficoltà economiche.

Consumo "binge" (ultimo mese) AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08

Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	11 (IC95%: 7.7-15.0)
Classi di età	
18 - 34	14
35 - 49	8.6
50 - 69	10.8
Sesso	
uomini	18.5
donne	3.2
Istruzione**	
bassa	9.5
alta	12.3
Difficoltà economiche	
sì	11.3
no	10.6

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

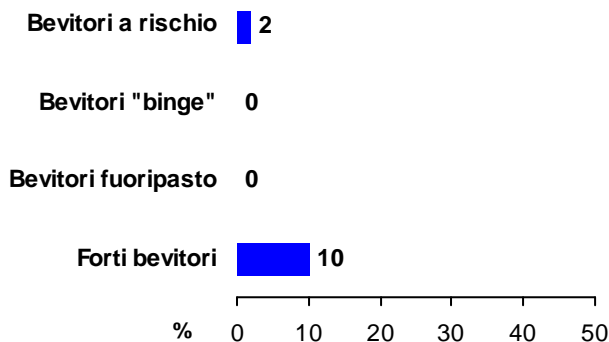
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Nell' AULSS 13 solo il 22% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 2%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dallo 0% di bevitori "binge", dal 0% di bevitori fuori pasto e dal 10% di forti bevitori.

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

AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=266)



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

- Nelle AULSS della Regione la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è del 21%; il 7% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16%; l' 8% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' AULSS 13 si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quarto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio; si tratta di livelli di consumo in linea con i valori regionali, ma che si discostano in modo significativo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2007 – marzo 2008.

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.

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, e con il supporto dei 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

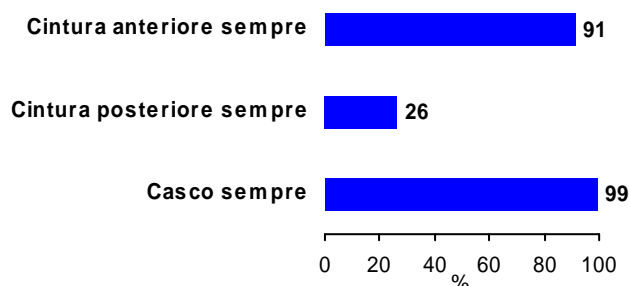
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2007 si sono verificati in Italia 230.871 incidenti stradali con 5131 morti e 325.850 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono 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. Nel Veneto nel 2007 gli incidenti stradali sono stati 18.378 con 538 morti e 25.327 feriti. Nel 2007 sono decedute per incidente stradale 28 persone residenti nell'AULSS 13.

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 a ridurre la guida sotto l'effetto dell'alcol, al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e al miglioramento delle infrastrutture stradali e della segnaletica.

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'91%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (26%).
- Nella AULSS 13 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 99% riferisce di usare sempre il casco

Uso dei dispositivi di sicurezza
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)



- Nelle AULSS della Regione partecipanti al Sistema di Sorveglianza, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è dell' 89% per la cintura anteriore, del 31% per quella posteriore e del 97 per l'uso del casco.
- Nell'intero pool di ASL italiane partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore al dato regionale, essendo dell' 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 12% 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 16% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol* AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=228)	
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	16,2 (IC95%: 11,7-21,7)
Classi di età	
18-34	20,0
35 - 49	16,1
50 - 69	13,2
Sesso	
uomini	25,0
donne	3,3
Istruzione	
bassa	25,8
alta	26,2
Difficoltà economiche	
sì	10,9
no	21,6

* 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

- Tra le diverse AULSS della Regione partecipanti, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 17%. Si ricorda che il denominatore comprende le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, questo valore si discosta in modo significativo sul piano statistico dal valore regionale.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella AULSS 13 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora del tutto sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Il problema della guida sotto l'effetto dell'alcol è piuttosto diffuso e coinvolge il 16% delle persone che guidano. Dalla letteratura scientifica si evince che gli interventi di maggiore efficacia per incidere su questa problematica sono gli interventi nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine.

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?

- Nell' AULSS 13 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 94% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una percezione del rischio leggermente più alta rispetto a chi ha meno difficoltà. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza positivamente la percezione del rischio.
- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza il 92% della popolazione ha una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.
- Anche nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 92%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=315)

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	94,0 (IC 95%: 90,6-96,2)
Età	
18 - 34	91,9
35 - 49	96,6
50 - 69	92,9
Sesso	
Uomini	98,1
Donne	89,9
Istruzione**	
bassa	93,1
alta	94,8
Difficoltà economiche	
si	93,4
no	94,4
Persone potenzialmente a rischio***	
si	90,1
no	96,1

*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

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

- Nell' AULSS 13 solo il 29% 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 leggermente superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che hanno un basso livello di istruzione.
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono costituite da opuscoli e mass media (15% e 16% di tutti gli intervistati), mentre il personale sanitario o i tecnici sembra siano una fonte di informazione meno rilevante.
- Tra le AULSS della regione partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi è pari al 31%.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi è del 28%.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=315)

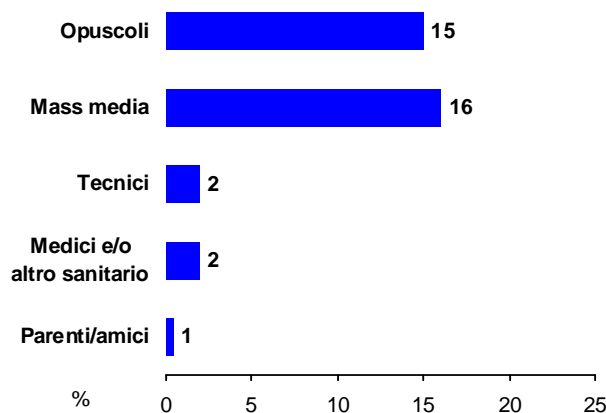
Caratteristiche Demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	29,0 (IC 95%: 24,0-34,3)
Età	
18 - 34	22,1
35 - 49	31,0
50 - 69	31,9
Sesso	
Uomini	25,5
Donne	32,3
Istruzione*	
bassa	31,9
alta	25,8
Difficoltà economiche	
si	25,7
no	32,3
Persone potenzialmente a rischio**	
si	27,0
no	30,0
Percezione del rischio	
alta	36,8
bassa	28,4

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

** si: presenza di anziani e/o bambini

Fonti di informazione

AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=315)



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

- Nell' AULSS 13 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 36% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi dichiara di convivere con persone potenzialmente a rischio (bambini o anziani) raggiungendo la significatività statistica. Non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive per classi di età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche e percezione del rischio.
- Nelle AULSS della regione aderenti al Sistema di sorveglianza la percentuale di persone che ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura è risultata del 28%.
- Nel pool nazionale di ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato i propri comportamenti o adottato misure preventive è del 29%.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=70)

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	35,7 (IC 95%: 24,6-48,1)
Età	
18 - 34	38,9
35 - 49	41,4
50 - 69	26,1
Sesso	
Uomini	40,0
Donne	32,5
Istruzione*	
bassa	33,3
alta	38,7
Difficoltà economiche	
si	38,7
no	33,3
Persone potenzialmente a rischio**	
si	56,0
no	24,4
Percezione del rischio	
alta	57,1
bassa	33,3

*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 AULSS 13 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante gli accessi ai Pronto Soccorso Ospedalieri dell'AULSS 13 per un infortuni domestici siano circa 8000 all'anno.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da opuscoli e mass media. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, poco più di 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 a questa problematica, 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 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 cardiovascolare (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. Infatti si stima che il costo delle complicanze sia 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 AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)	
	Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
• Nell' AULSS 13, l' 86% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 6% più di 2 anni fa. Il restante 8% non ricorda o non l'ha avuta.	Totale	86,3 (IC95%: 82,1 - 89,9)
• Si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni solamente per l'età (35-49 e 50-69 rispetto a 18-34).	Classi di età	
	18 - 34	79,1
	35 - 49	85,3
	50 - 69	92,9
• Tra le AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni è pari al 85%.	Sesso	
	uomini	86,0
	donne	86,7
• Nelle ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' 83 %	Istruzione*	
	bassa	87,5
	alta	85,2
	Difficoltà economiche	
	sì	84,9
	no	88,2

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

Quante persone sono ipertese?

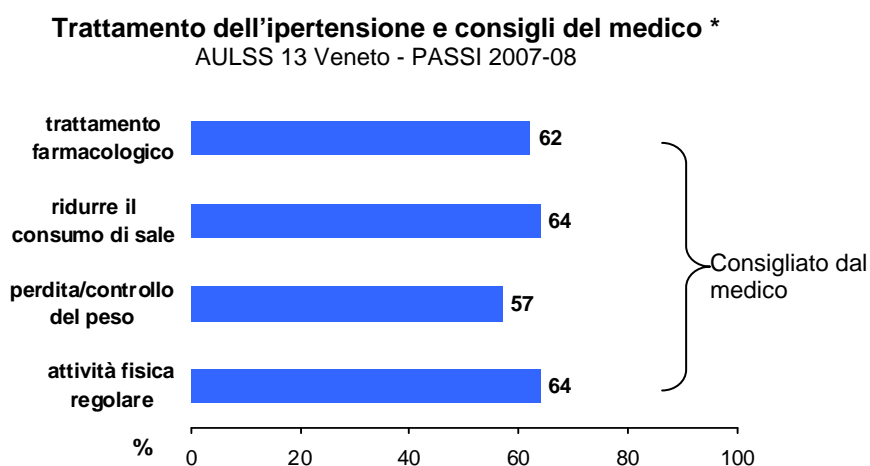
- Nell' AULSS 13, il 20 % degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (35 %). Emergono differenze significative dal punto di vista statistico anche per il livello di istruzione.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di ipertesi è del 22%, mentre nelle ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale, la percentuale di ipertesi è del 21%.

Ipertesi	
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=291)	
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
Totale	20,3 (IC95%: 15,8 – 25,4)
Classi di età	
18 - 34	4,0
35 - 49	16,5
50 - 69	35,5
Sesso	
uomini	20,5
donne	20,0
Istruzione*	
bassa	28,2
alta	12,0
Difficoltà economiche	
si	22,1
no	18,8

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

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

- Il 62% degli ipertesi nell' AULSS 13 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (64%), di ridurre o mantenere il peso corporeo (57%) e svolgere regolare attività fisica (64%).



* ognuno considerata indipendentemente

- Tra le AULSS della Regione partecipanti a PASSI la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è del 68%. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (74%), di ridurre o mantenere il peso corporeo (68%) e di svolgere regolare attività fisica (73%).

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' AULSS 13 si stima che sia iperteso circa il 20% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 35% degli ultracinquantenni e circa il 4% % 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 farmacologia, 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?

- Nell' AULSS 13 l'80% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 50% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 20% tra 1 e 2 anni fa, il 10% più di 2 anni fa, mentre il 20 % non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.

Colesterolo misurato almeno una volta AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	80,3 (IC95%: 75,5- 84,6)
Classi di età	
18 - 34	67,4
35 - 49	79,3
50 - 69	91,2
Sesso	
uomini	77,1
donne	83,5
Istruzione*	
bassa	83,8
alta	76,8
Difficoltà economiche	
sì	82,9
no	76,8

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

- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 67% nella classe 18-34 anni al 91% nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito, anche se in quest'ultime tre categorie le differenze non sono significative dal punto di vista statistico.
- Tra le AULSS partecipanti al Sistema di sorveglianza del Veneto la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo è del 78%, mentre nelle ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

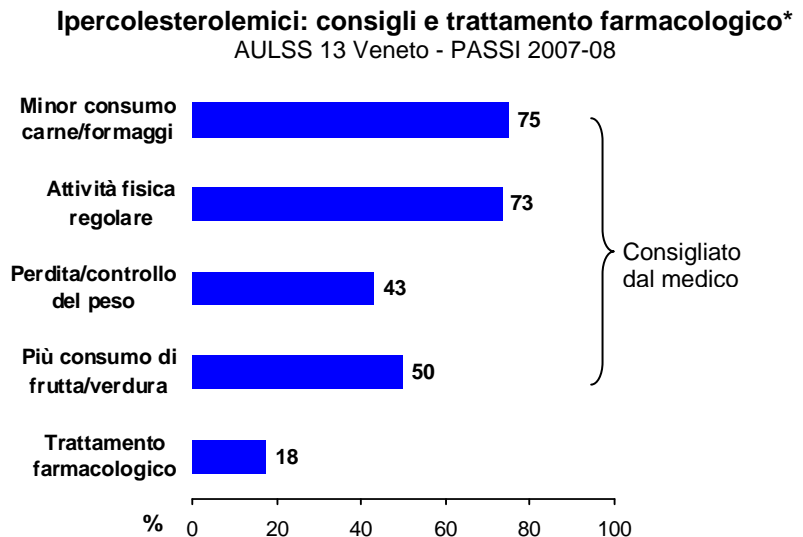
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 27% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione.
- Tra le AULSS partecipanti al Sistema di sorveglianza del Veneto la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia è del 28%.
- Nel pool di ASL partecipanti la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia è del 25%.

Ipercolesterolemia riferita AULSS 13 - PASSI 2007 (n=253)		
Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)	
Totale	27,3 (IC95%: 21,9 – 33,2)	
Età	18 - 34	17,2
	35 - 49	25,0
	50 - 69	35,0
Sesso	M	25,6
	F	28,8
Istruzione*	bassa	32,8
	alta	21,0
Difficoltà economiche	sì	27,8
	no	26,2

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

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 18% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il 75% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 50% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 43% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 73% di svolgere regolare attività fisica.



Tra le AULSS della Regione partecipanti al PASSI la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, è del 21%. All' 83% degli ipercolesterolemici un operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di carne e formaggi, al 69% di aumentare il consumo di frutta e verdura, al 65% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e al 74% di svolgere regolare attività fisica.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 20% della popolazione di 18-69 anni della AULSS 13 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 27% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 35% 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 che presenta 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). Nell' Azienda ULSS 13 le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte nelle donne e la seconda nei maschi.

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. Nell'Azienda ULSS 13 nel biennio 2006-2007 sono stati persi 1137 anni potenziali di vita a causa di malattie cardiocircolatorie in persone minori di 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?

- Nell' AULSS 13 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 6%.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle donne e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Tra le AULSS della Regione partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è del 6%.
- Anche nel pool di ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolari è pari al 6%.

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=223)		
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)	
Totale	5,9 (IC95%: 3,2 – 9,8)	
Classi di età		
	35 - 49	6,1
	50 - 69	5,6
Sesso		
	uomini	3,6
	donne	8,0
Istruzione*		
	bassa	6,0
	alta	5,6
Difficoltà economiche		
	basso	4,4
	alto	7,4
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare**		
	sì	7,0
	no	2,0

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

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

Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nell' AULSS 13.

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 AULSS 13 il 7,4% 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
- Non emergono differenze statisticamente significative legate all'età, al sesso, alla presenza di difficoltà economiche.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al sistema di sorveglianza la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 13% e del 30% tra i portatori di almeno una patologia cronica.
- Nel pool di ASL partecipanti a livello nazionale queste percentuali sono del 11% e del 29%.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

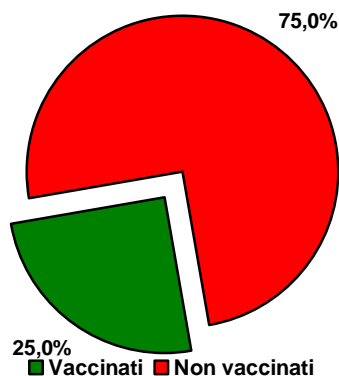
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=136)

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	7,4 (IC95% 3,6- 13,1)
Età	
18-34	5,4
35-49	5,6
50-64	11,1
Sesso	
uomini	10,3
donne	4,4
Livello Istruzione	
basso	12,3
alto	2,8
Difficoltà economiche	
sì	10,0
no	5,4
Patologia cronica	
sì	25,0
no	5,0

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

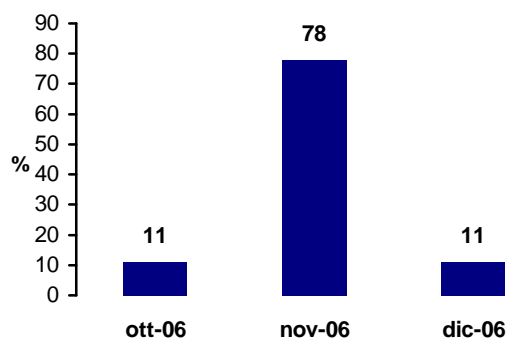
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 25% risulta vaccinato.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
AULSS 13 Veneto (n=16)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quel mese della stagione lo abbiano fatto. Nell' AULSS 13 una quota significativamente maggiore di persone ha praticato la vaccinazione durante il mese di novembre. Significativamente minore risulta, invece, la proporzione di persone che si sono vaccinate nei mesi di ottobre e dicembre.

% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese
AULSS 13 - PASSI 2007-08 (n=9)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie adottate dalla Regione Veneto hanno permesso di vaccinare 2/3 degli ultrasessantacinquenni presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 13 (66,7% nella campagna 2007/08 secondo i dati del Servizio sanità Pubblica e Screening della Regione Veneto), ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su quattro).

La copertura vaccinale antinfluenzale, soprattutto nei gruppi a rischio, deve 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, o della nascita di 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?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n= 101)	
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08	
Caratteristiche demografiche	Vaccinate (%)
	52.5
	(IC95%: 42.3 – 62.5)
Totale	
Età	
18-24	69.2
25-34	64.5
35-49	42.1
Istruzione*	
bassa	42.1
alta	58.7
Difficoltà Economiche	
sì	55.6
no	50.0

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

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nell' AUSL 13 il 66% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (52%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (14%).
- Nel rimanente 34% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto perché non ricordano di aver effettuato il rubeotest o non ne conoscono il risultato.
- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di sorveglianza la percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è del 31%.
- Nel pool di ASL italiane partecipanti la percentuale di donne suscettibili è del 45%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=101)	
AUSL 13 Veneto - PASSI 2007-08	
	%
Immuni	66.3
	(IC95%: 56.2–75.4)
Vaccinate	52.5
	(IC95%: 42.3–62.5)
Non vaccinate con rubeotest positivo	13.9
	(IC95%: 7.8–22.2)
Suscettibili/stato sconosciuto	33.7
	(IC95%: 24.6–43.8)
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	5.9
	(IC95%: 2.2–12.5)
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	27.7
	(IC95%: 19.3–37.5)

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che a livello regionale, il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sembri ancora molto alto.

Nei Comuni appartenenti all'AULSS 13 le campagne di vaccinazione antirosolia rivolte alle bambine in età prepubere iniziarono nei primi anni '80. In seguito l'AULSS 13 aderì alla campagna di eliminazione del morbillo-parotite-rosolia della Regione Veneto del 1998-2000 e alla campagna nazionale 2005-2007 che prevedevano l'offerta attiva della vaccinazione rispettivamente alle coorti di età comprese tra 1 e 18 anni e tra 1 e 15 anni. A seguito di queste campagne straordinarie in alcune coorti di nascita si raggiunsero coperture molto elevate (superiori al 90%); si ritiene pertanto che i risultati della sorveglianza PASSI debbano essere confrontati con le coperture vaccinali calcolate dall'anagrafe vaccinale dell'azienda stessa per evidenziare quanto il dato riferito dalla popolazione si discosti dal dato di copertura reale. In seguito a tale verifica si potrà pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne ancora suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche), ed eventualmente interventi di informazione e sensibilizzazione.

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. Nell'AULSS 13 il programma di screening citologico è attivo da alcuni anni.

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

- Nell' AULSS 13 circa l'82% 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 e senza difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)	
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=129)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	82,2 (IC95%:74,5-88,3)
Classi di età	
25 - 34	76,7
35 - 49	91,1
50 - 64	73,8
Stato civile	
coniugata	82,4
non coniugata	80,8
Convivenza	
convivente	83,0
non convivente	78,3
Istruzione**	
bassa	82,1
alta	82,3
Difficoltà economiche	
sì	84,1
no	80,3

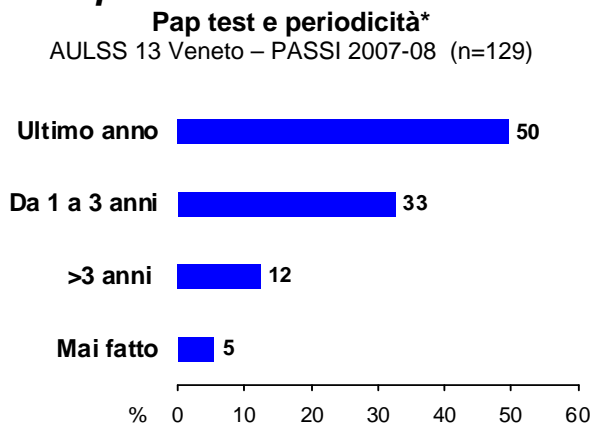
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

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

- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta (84%).
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale circa il 74% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

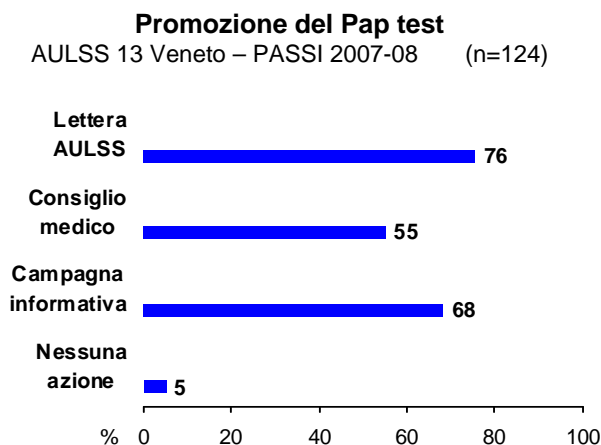
- Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:
il 50% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
il 33% da uno a tre anni,
il 12% da più di tre anni.
- Il 5% delle intervistate non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



* 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?

- Nell' AULSS 13:
il 76% delle donne intervistate di 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AULSS,
il 68% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
il 55% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

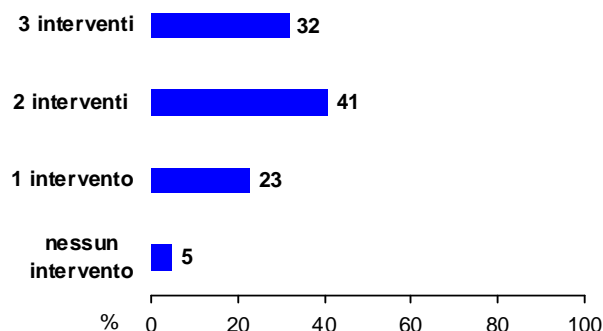


* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

- Nelle AULSS del Veneto il 77 % delle donne ha ricevuto la lettera di invito allo screening citologico, il 61% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 72% ha dichiarato di aver visto o sentito una campagna informativa.
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 56% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 67% ha visto una campagna informativa.

- Il 32% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'AULSS consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 41% due interventi di promozione, il 23% uno solo.
- Solo il 5% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08

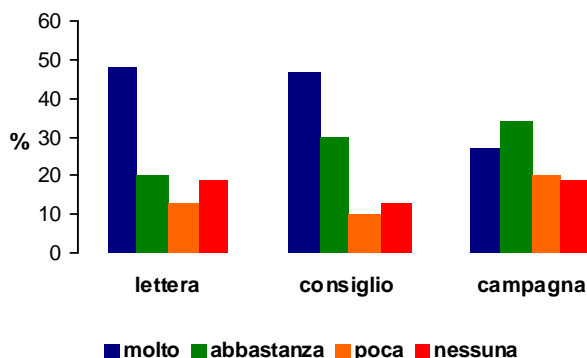


Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- Nell' AULSS 13 il 53% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'AULSS, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (34% molta e 19% abbastanza), mentre il 16% poca influenza sulla scelta e ben il 32% nessuna.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al PASSI il 60% delle donne che hanno ricevuto la lettera riferisce che quest'ultima ha avuto un'influenza positiva.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test

AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



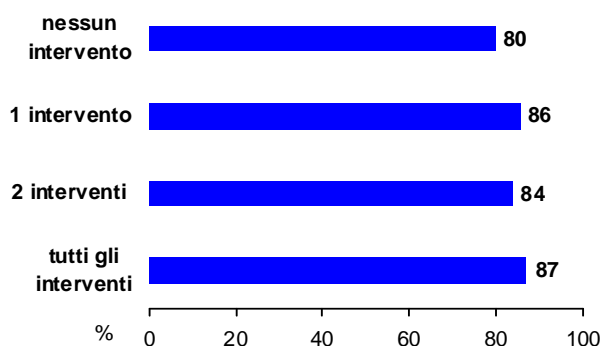
- L' 86% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (48% molta e 38% abbastanza), mentre l'8% poca influenza sulla scelta ed il 5% nessuna. Tra le AULSS del Veneto la percezione dell'influenza positiva del consiglio è risultata del 75%.
- Il 60% 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 (24% molta e 36% abbastanza), mentre il 19% poca influenza sulla scelta ed il 21% nessuna. Tra le AULSS della regione la percezione dell'influenza positiva della campagna informativa è risultata del 61%.
- Tra le ASL italiane partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ASL, del 77% per il consiglio dell'operatore sanitario e del 63% per la campagna comunicativa.

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

- Nell' AULSS 13 l'80% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'86% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'84% con due interventi e al 87% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le AULSS partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello regionale queste percentuali sono rispettivamente del 56%, 78%, 87% e 92%.
- Nel pool di ASL italiane partecipanti queste percentuali passano rispettivamente al 42%, 65%, 82% e 87%.

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

AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08

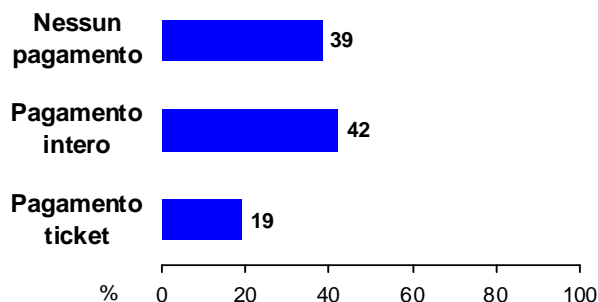


Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nell' AULSS 13 il 39% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 19% ha pagato solamente il ticket e il 42% 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

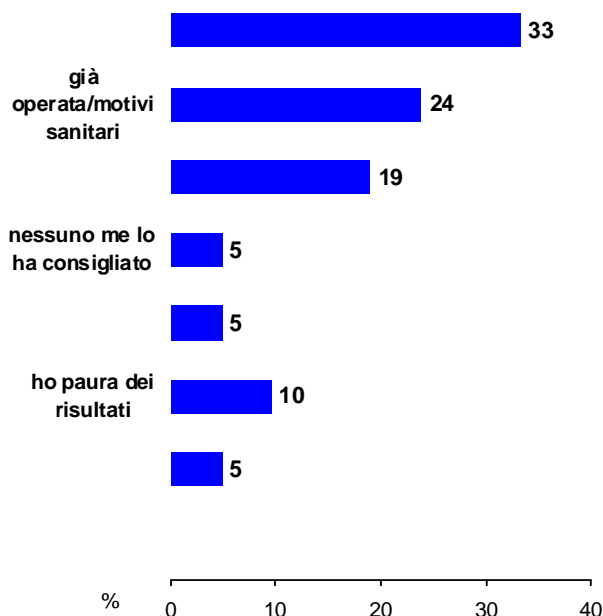
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=104)



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

- Nell' AULSS 13 il 5% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 12% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 33%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 24%
 - "altro" 19%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 5%
 - "mi sento imbarazzata" 5%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 10%
 - "è difficile prenotare l'esame" 5%
- Il 12% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=21*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella AULSS 13 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è elevata anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio da parecchia anni. La percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni) è risultata dell'82%: il 50% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI informa della copertura totale (82%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma aziendale di screening (39%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (42%). 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 aziendale di screening, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle donne 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 2007 nel Veneto il programma di screening mammografico era attivo in 19 AULSS su 21. Nell' Azienda ULSS 13 lo screening mammografico è attivo dal 2000.

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

- Nell'azienda AULSS 13 circa l'87% 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 non mostra differenze significative sul piano statistico.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 71% 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 38 anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)	
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=56)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni*
Totale	87,5 (IC95%: 75,9-94,8)
Classi di età	
50- 59	87,5
60 -69	87,5
Stato civile	
coniugata	87,5
non coniugata	87,5
Convivenza	
convivente	87,5
non convivente	87,5
Istruzione**	
bassa	86,4
alta	91,7
Difficoltà economiche	
sì	91,2
no	81,8

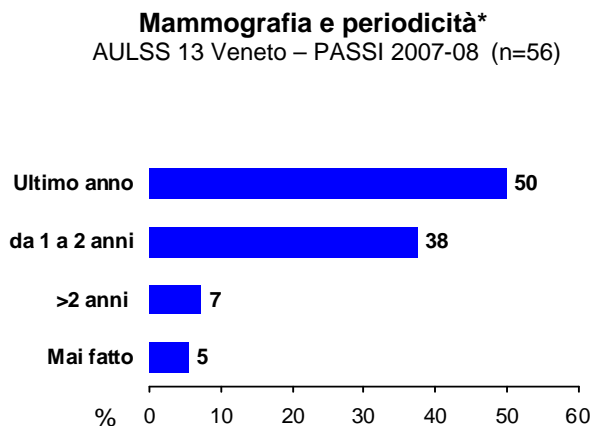
* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi
 **istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di sorveglianza, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è risultata del 82%.

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

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

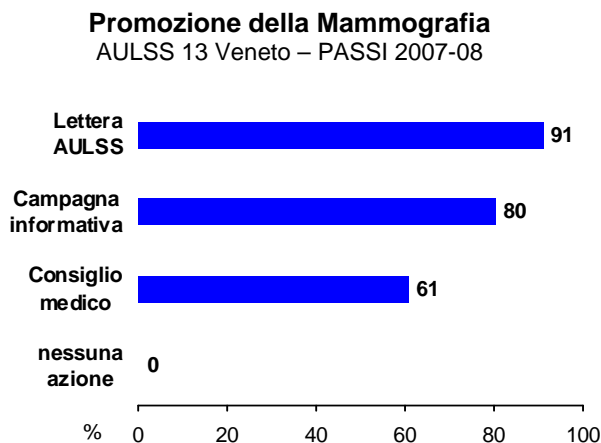
- Rispetto all'ultima mammografia effettuata:
 - il 50% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 38% da uno a due anni
 - il 7% da oltre due anni
 - il 5% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.



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

Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

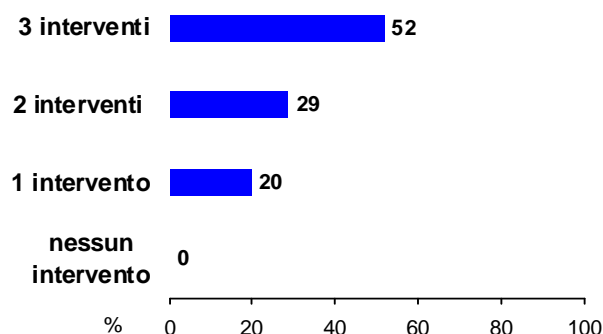
- Nell' AULSS 13:
 - il 91% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AULSS,
 - l'80% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
 - il 61% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.



- Nelle AULSS della Regione aderenti al PASSI il 82% ha dichiarato di aver ricevuto la lettera, il 61% il consiglio dell'operatore sanitario e il 77% di aver visto o sentito una campagna informativa.
- Tra le ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 60% il consiglio dell'operatore sanitario e il 73% ha visto una campagna informativa.

- Il 52% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 29% due interventi di promozione, il 20% uno solo.
- Tutte le donne hanno ricevuto per lo meno uno degli interventi di promozione considerati.

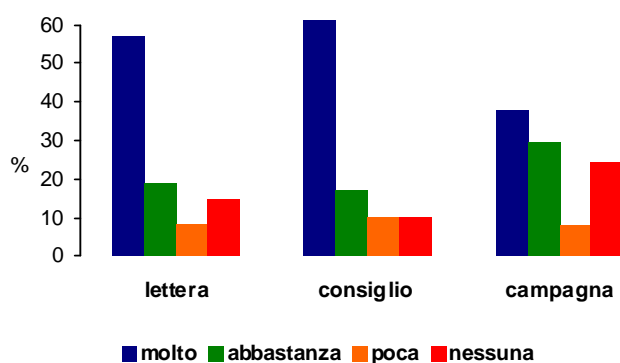
Interventi di Promozione dell'ultima Mammografia
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



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

- Nell' AULSS 13 il 76% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'AULSS, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (57% molta e 19% abbastanza), mentre il 9% poca influenza sulla scelta ed il 15% nessuna. Tra le AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percezione dell'influenza positiva della lettera d'invito per decidere di fare la mammografia è del 76%.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08

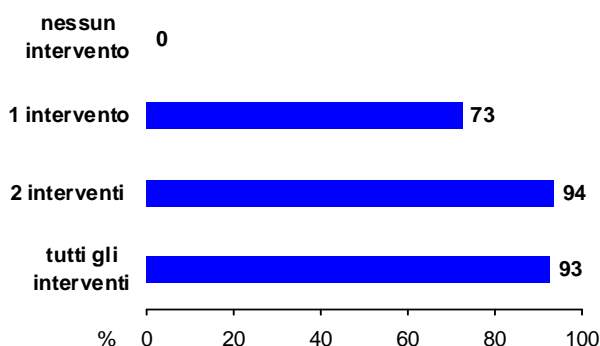


- Il 79% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (62% molta e 17% abbastanza), mentre il 11% poca influenza sulla scelta ed il 10% nessuna. Tra le AULSS partecipanti della Regione è riferita un'influenza positiva del consiglio dell' operatore sanitario dal 79% delle intervistate.
- Il 68% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (38% molta e 30% abbastanza), mentre il 8% poca influenza sulla scelta ed il 24% nessuna.
- Tra le AULSS partecipanti del Veneto la percezione dell'influenza positiva di aver visto o sentito una campagna informativa è stata riferita nel 72% dei casi.
- Tra le Asl del pool nazionale viene riferita un'influenza positiva del 74% per la lettera dell'ASL, dell' 82% per il consiglio dell'operatore e del 68% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nell' AULSS 13 il 73% delle donne di 50-69 ha ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), la percentuale sale al 94% con due interventi e al 93% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le AULSS del Veneto partecipanti al sistema di Sorveglianza, queste percentuali sono del 68% nel caso di nessun intervento e rispettivamente del 72%, 83% e 86%.

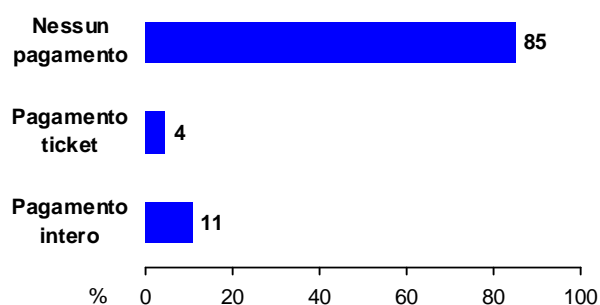
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nell' AULSS 13 l'85% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; l' 11% ha pagato solamente il ticket e il 4% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) privati (pagamento intero).
- Nelle AULSS della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening è risultata del 12% (15% solo ticket e 7% costo totale dell'esame).

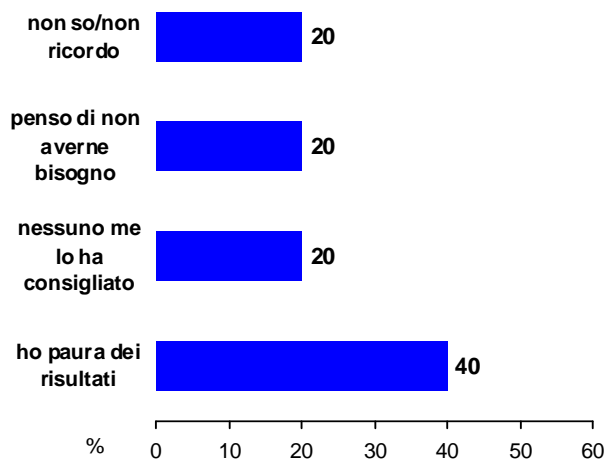
Costi della Mammografia per le pazienti
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=47)



Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

- Nell' AULSS 13 il 5% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato la mammografia e il 7% di averla effettuata da oltre 2 anni.
- Pur trattandosi di un numero esiguo di donne (7 persone), si presentano ugualmente le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida:
 - “penso di non averne bisogno” 20%
 - “nessuno me lo ha consigliato” 20%
 - “ho paura dei risultati dell'esame” 40%
- Il 20% delle donne che non hanno effettuato la mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda “non so/ non ricordo”.

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AULSS 13 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (87%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo i risultati di PASSI l'85% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno del programma aziendale di screening seguendo la periodicità consigliata, il 4% con una periodicità superiore e l' 11% l'ha effettuata in forma completamente privata

Il confronto tra la proporzione di donne che ha dichiarato di aver effettuato l'esame all'interno del programma aziendale rilevata da PASSI (85%) con l'adesione corretta allo screening, rilevata dal Registro Tumori del Veneto (86%), 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 67/100.000 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 (SOF), la rettoscopia 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.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore coloretale la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. A partire dal 2002, le AULSS del Veneto hanno avviato i programmi di screening delle neoplasie del coloretali, all'inizio del 2007 i programmi di screening erano attivi in 17 AULSS.

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

- Nell' AULSS 13 il 72% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).

- Il 69% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.

- Il 6% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato, con differenze statisticamente significative tra persone con differente livello di istruzione.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=109)

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	69,5 (IC95% 59,8-78,1)	5,8 (IC95% 2,2-12,2)
Classi di età		
50 - 59	66,7	7,8
60 - 69	72,2	3,8
Sesso		
uomini	69,2	5,9
donne	69,8	5,8
Istruzione		
bassa	72,8	2,6
alta	58,3	14,8
Difficoltà economiche		
sì	75,9	5,1
no	60,9	7,0

- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni è risultata del 44%, mentre la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni è stata del 9%.

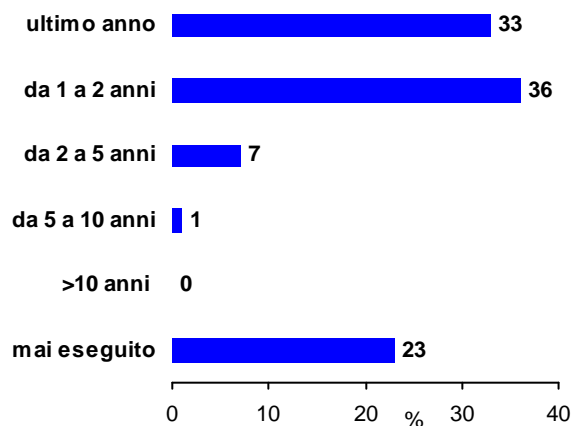
- Tra le ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il 33% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 36% da uno a due anni
- il 7% da più di tre anni
- Il 23% non ha mai eseguito il test.

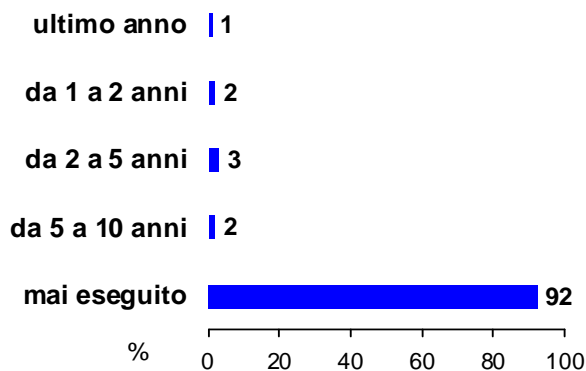
Sangue occulto e periodicità
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



Rispetto alla colonscopia:

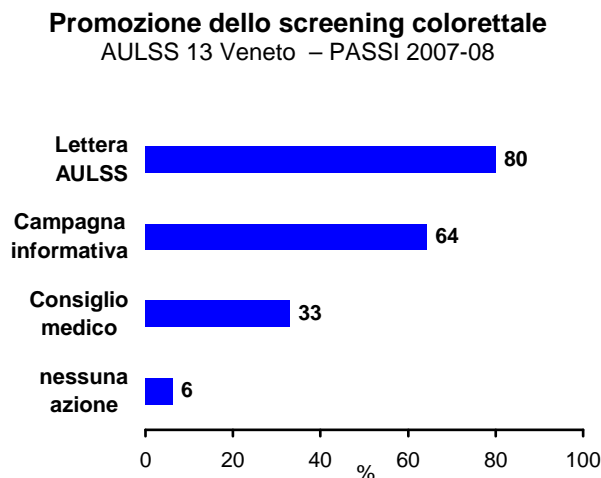
- l' 1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 5% da uno a cinque anni
- il 2% da sei a 10 anni
- il 92% da più di tre anni

Colonscopia e periodicità
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



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

- Nell' AULSS 13:
 - l' 80% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AULSS,
 - il 33% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto,
 - il 64% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.

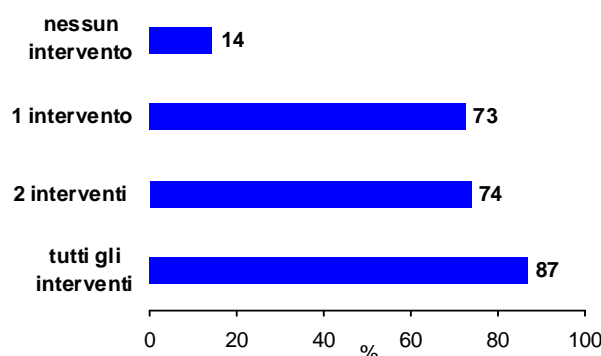


- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza della Regione il 55% degli intervistati riferisce la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colo-rettale, il 27% riferisce di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario e il 54% di aver visto o sentito una campagna informativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 21% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, 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?

- Nell' AULSS 13 solo il 14% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 73% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 74% con due interventi e aumenta ulteriormente al all'87% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le AULSS partecipanti a livello regionale queste percentuali sono rispettivamente del 9%, del 45%, del 76% e del 81%.
- Nel pool di ASL italiane partecipanti queste percentuali sono rispettivamente del 5%, del 30%, del 69% e del 77%.

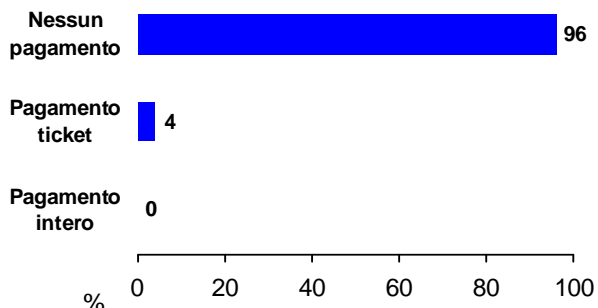
Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=79)



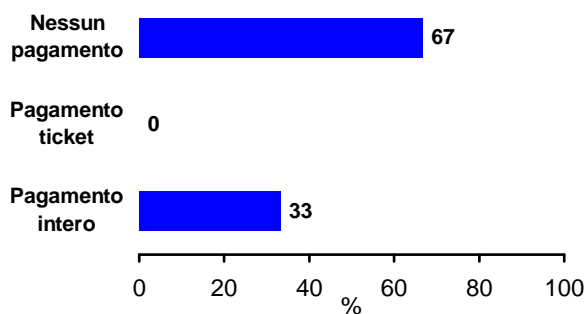
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nell' AULSS 13 il 96% 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 4% ha pagato solamente il ticket. Nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 67% non ha effettuato alcun pagamento, ed il 33% ha pagato per intero il costo dell'esame.
- 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
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=79)



Costi della colonscopia
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=6)



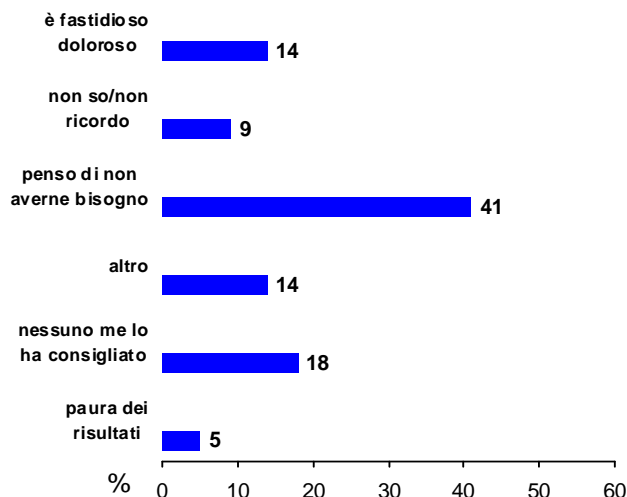
- Nelle AULSS del Veneto partecipanti al Sistema di Sorveglianza nel 2007, la percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening è stata del 72%. Per quel che riguarda la colonscopia, la percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo è stata del 59%.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale nello stesso periodo di rilevazione, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver pagato la ricerca del sangue occulto e il 53% di aver pagato il costo della colonscopia (ticket o il costo completo).

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

- Nella AULSS 13 il 19% 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" 41%
 - "altro" 14%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 18%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 5%
 - "è fastidioso/doloroso" 14%
 - "non so/non ricordo" 9%.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida

AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08 (n=22)



Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia. Nel Veneto lo screening del tumore colon retta è stato avviato con differenti modalità in 17 AULSS su 21, nell'AULSS 13 lo screening colo-rettale mediante ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) ogni due anni è stato avviato dal 2002. Nel 2007 è stato invitato allo screening il 67,2% della popolazione bersaglio annua, l'adesione corretta è risultata del 80,1%.

Dal sistema di sorveglianza PASSI risulta che il 70% della popolazione dai 50 ai 69 anni ha eseguito lo screening mediante SOF, questo dato riflette oltre che l'adesione allo screening anche l'estensione del programma di screening nell' AULSS ed è coerente con i dati del Registro Tumori del Veneto.

Un altro aspetto da rilevare è che l'aver ricevuto due interventi di promozione dello screening (lettera, consiglio, campagna informativa) fa aumentare del 13% la probabilità effettuare gli esami nei tempi raccomandati rispetto ad aver ricevuto solo due interventi. Si conferma quindi la necessità di prevedere o rinforzare le campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

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?

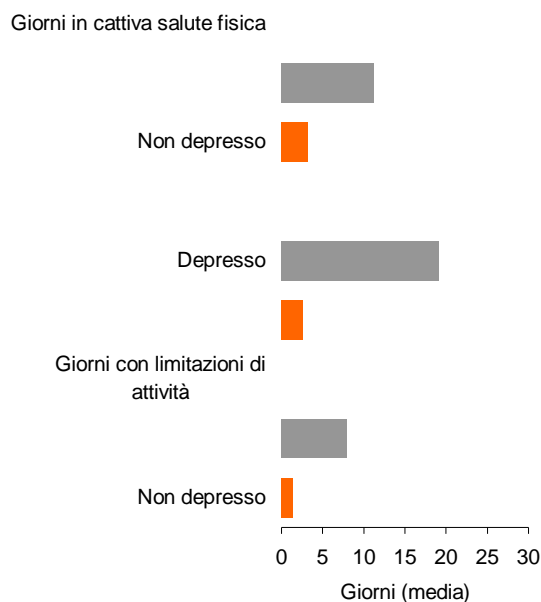
- Nell' AULSS 13 il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nell' AULSS13 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (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. Le differenze statisticamente significative sono legate solamente al sesso.
- Nelle AULSS della Regione partecipanti, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è dell'8%; mentre nelle ASL italiane partecipanti la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è del 9%.

Sintomi di depressione	
AULSS 13 Veneto - PASSI 2007-08 (n=315)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	9.2 (IC95%: 6,4-13,1)
Classi di età	
18-34	9.3
35 - 49	7.8
50 - 69	10.6
Sesso	
uomini	4.5
donne	13,9
Istruzione*	
bassa	10
alta	8.4
Difficoltà economiche	
sì	10,5
no	8,1
Stato lavorativo	
Lavora	7.3
Non lavora	12.7
Malattie croniche	
Almeno una	15
Nessuna	8.4

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

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

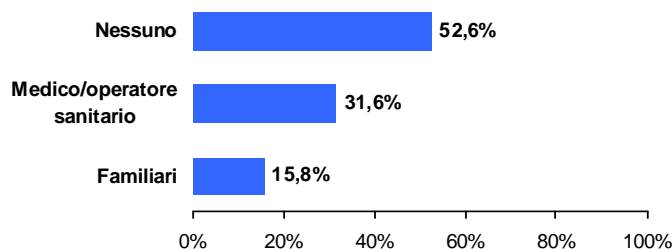
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 48 % ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 66% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- 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?

- Nell' AULSS 13 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di chi si è rivolta a qualcuno risulta del 47%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, la metà non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 32%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
AULSS 13 Veneto – PASSI 2007-08



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

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

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

Per meglio comprendere il significato degli indicatori e di alcuni termini utilizzati nel testo del rapporto, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- Popolazione indagata: persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- Senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

- **Tasso di risposta**

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

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

$$T. R. = n^{\circ} \text{ interviste} / (n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}) * 100$$

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

• **Tasso di sostituzione**

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

$$T. S. = \text{non reperibili} + \text{rifiuti} / (\text{n}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}) * 100$$

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

• **Tasso di rifiuto**

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

$$T. RIF = \text{rifiuti} / (\text{n}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}) * 100$$

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

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

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

• **Tasso di non reperibilità**

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

$$T. N. R. = \text{non reperibili} / (\text{n}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}) * 100$$

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

• **Tasso di eleggibilità "e"**

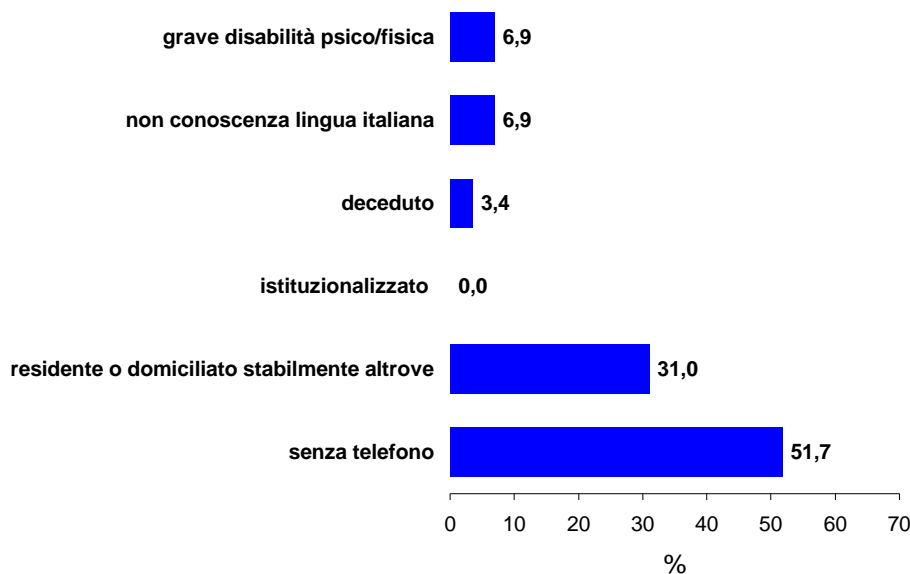
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

$$e = \text{n}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} / (\text{n}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{residenti altrove} + \text{istitut.} + \text{deceduti} + \text{non parla italiano} + \text{disabili} + \text{fuori fascia di età}) * 100$$

Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

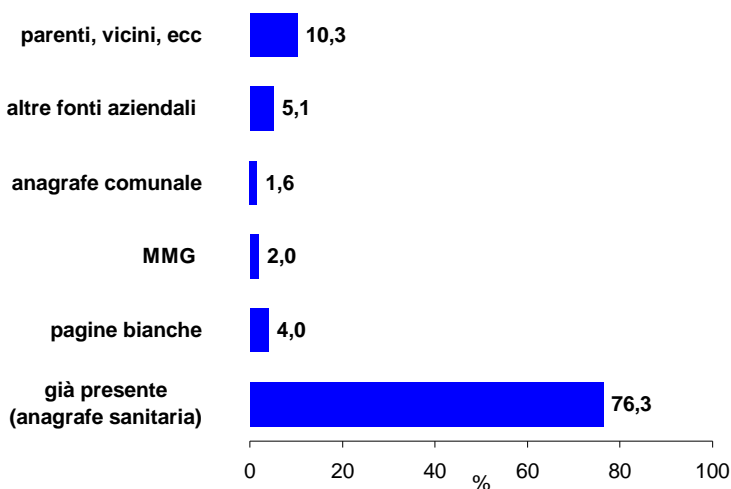
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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



Modalità di reperimento del numero telefonico

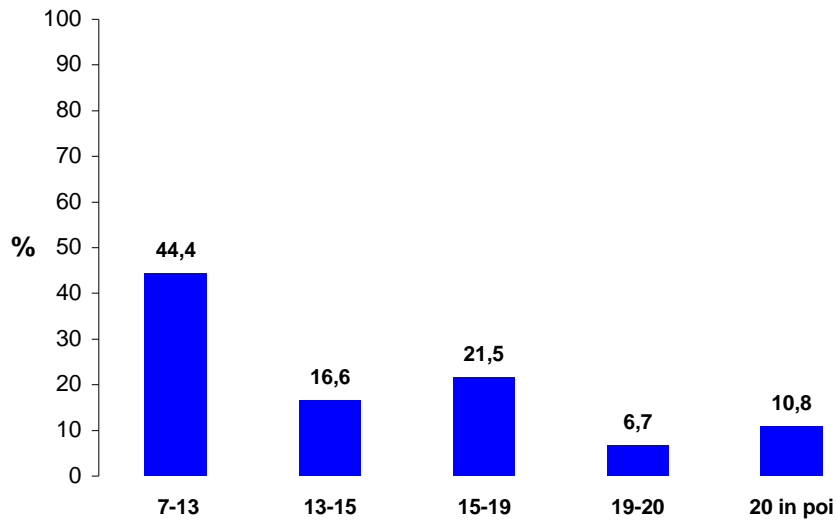
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla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



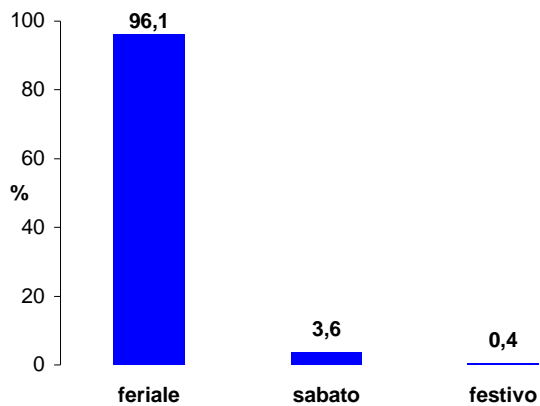
Distribuzione delle interviste per orari/giorni

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

Distribuzione interviste per ora



Distribuzione interviste per giorno



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
- Gruppo tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del Sistema di sorveglianza PASSI: Sistema di sorveglianza PASSI:(Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) Rapporto ISTISAN 07/30, disponibile presso il sito internet dell'ISS: www.iss.it
- CCM, ISS, Regione del Veneto: Sistema di sorveglianza Passi - Rapporto regionale 2007 Veneto, disponibile presso il sito internet della Regione del Veneto all'indirizzo: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/>

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.)
- Rapporto Incidenti stradali 2007 Istat-ACI disponibile presso il sito internet dell' ISTAT: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testintegrale20081120.pdf

Sicurezza domestica

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 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 Istisan 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 Database Syst Rev* 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database 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 Database Syst Rev* 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database 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)
- Regione del Veneto Assessorato alle Politiche Sanitarie – Istituto Oncologico Veneto – Registro Tumori Veneto: i programmi di screening oncologici del Veneto – Rapporto 2006

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>)