



Azienda ULSS1  
BELLUNO  
Unità Locale Socio Sanitaria



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

# Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto 2007 / 08

## AULSS 1 Veneto



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

**Stampa** Centro Stampa Azienda U.L.S.S. N. 13 Mirano - Regione Veneto, Dolo, Marzo 2009

**Copia del volume può essere richiesta a:**

Segreteria del Servizio Igiene e Sanità pubblica AULSS 1  
Via Feltre, 57 – 32100 Belluno  
e-mail: [igiene.serv@ulss.belluno.it](mailto:igiene.serv@ulss.belluno.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet dell' AULSS 1 Veneto all'indirizzo:** <http://www.ulss.belluno.it>



**La redazione e impaginazione del documento è stata curata da:**

Floriana Russino (Servizio Igiene e Sanità Pubblica – AULSS 1 Belluno)

**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 1: Coordinatore Aziendale e Intervistatori**

**Floriana Russino, Antonio Lalli** Servizio Igiene e Sanità Pubblica Belluno e Pieve di Cadore

**Maura Piol, Etorina Tognetti** Servizio Igiene e Sanità Pubblica Belluno

**Donata De Donà, Marilena Zanin** Servizio di Igiene e Sanità Pubblica Agordo

**Zita Agostini** Servizio Igiene e Sanità Pubblica Pieve di Cadore

**Campionamento mensile**

**Antonello Fregona** CED Belluno

*Si ringrazia la Direzione Aziendale, Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, il Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica e il Centro Elaborazione Dati che hanno reso possibile l'avvio e l'implementazione del Sistema di Sorveglianza a livello locale.*

*Si ringraziano i Sindaci dei Comuni dell'AULSS 1 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 1, frutto dell'impegno di personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, 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 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.



**INDICE**

Pagina

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>OBIETTIVI</b>	<b>9</b>
<b>METODI</b>	<b>13</b>
<b>SINTESI DEL RAPPORTO</b>	<b>17</b>
<b>DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE</b>	<b>19</b>
Caratteristiche socio-demografiche	
Conclusioni	
<b>PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE</b>	<b>23</b>
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese e limitazione delle attività	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>ATTIVITÀ FISICA</b>	<b>27</b>
Quanti attivi fisicamente e quanti sedentari	
Promozione attività fisica	
Percezione del proprio livello di attività fisica	
Sedentarietà e fattori di rischio	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>ABITUDINE AL FUMO</b>	<b>31</b>
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	
<b>SITUAZIONE NUTRIZIONALE</b>	<b>37</b>
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	
<b>ABITUDINI ALIMENTARI</b>	<b>43</b>
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
<b>CONSUMO DI ALCOL</b>	<b>47</b>
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	
<b>SICUREZZA STRADALE</b>	<b>53</b>
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano in stato di ebbrezza	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>INFORTUNI DOMESTICI</b>	<b>57</b>
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	
<b>RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>61</b>
<b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>	<b>61</b>
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>COLESTEROLEMIA</b>	<b>65</b>
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>68</b>
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE</b>	<b>71</b>
Quanti si sono vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>VACCINAZIONE ANTIROSOLIA</b>	<b>73</b>
Quante donne sono vaccinate per la rosolia	
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO</b>	<b>75</b>
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	
<b>DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA</b>	<b>81</b>
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	
<b>DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO</b>	<b>87</b>
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	
<b>SINTOMI DI DEPRESSIONE</b>	<b>93</b>
Chi riferisce i sintomi di depressione	
conseguenze dei sintomi di depressione	
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	
Conclusioni e raccomandazioni	
<b>APPENDICE</b>	<b>97</b>
TABELLA RIASSUNTIVA	<b>99</b>
MONITORAGGIO	<b>106</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>111</b>





# 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  $\geq 50$  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  $\geq 50$  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 1 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 irreperibili 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 261 interviste telefoniche con una durata media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 2% percentuale delle interviste è stata effettuata 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 1

---

## Quali sono i risultati principali?

**Descrizione del campione aziendale:** nella AULSS 1 della Regione del Veneto, da aprile 2007 a marzo 2008, è stato intervistato un campione casuale di 261 persone, selezionato dalla lista della Anagrafe Sanitaria dell' Azienda. Il 49% degli intervistati è rappresentato da donne ed il 51% da uomini. L'età media è di 44 anni. Più della metà degli intervistati ha un livello di istruzione alto ed il 76% ha un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** il 72% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 57% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica:** è completamente sedentario il 18% del campione ed il 34% 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 20% si dichiara fumatore e il 21% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli. Il 90% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o "quasi sempre" rispettato il divieto di fumo, mentre il 94% 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 29% del campione aziendale intervistato è in sovrappeso, mentre gli obesi sono l'8%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 21% dei casi e di praticare un' attività fisica almeno moderata nel 62%. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 12% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in tutte le classi di età.

**Consumo di alcol:** si stima che quasi i tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 25% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 16% beve fuori pasto, il 14% 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 40% degli intervistati. Il 14% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre l' 8% 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 91% 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 26.5%: tra questi ultimi il 15.5% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Vaccinazione antinfluenzale:** in media, solo il 26% 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 37%.

**Rischio cardiovascolare:** si stima che sia iperteso un quarto della nostra popolazione, tra i 18 e i 69 anni; il 67% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Al 9% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Più di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (32%) e, tra questi, il 18% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (27%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 3% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che il proprio medico ha effettuato la misurazione del rischio cardiovascolare.

**Sintomi di depressione:** nella nostra ASL il 3% 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' 88% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** l' 86% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato.

**Screening tumore del colon retto:** il 84% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, o una sigmoidoscopia o una colonscopia negli ultimi cinque anni a scopo preventivo.

# Descrizione del campione aziendale

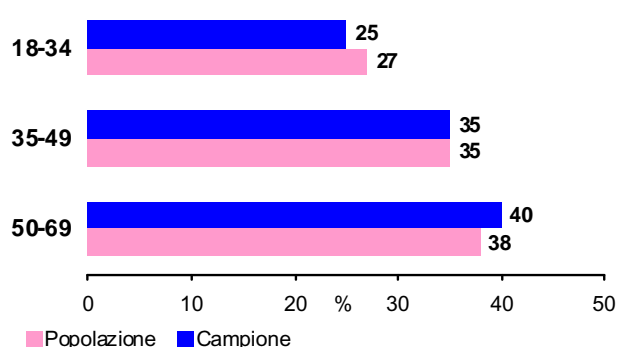
La popolazione in studio è costituita da 86.907 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 1. Sono state intervistate 261 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'85% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 25 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione<sup>1</sup> è stato del 10%; il tasso di risposta<sup>2</sup> è stato dell'90% e quello di rifiuto<sup>3</sup> del 7% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

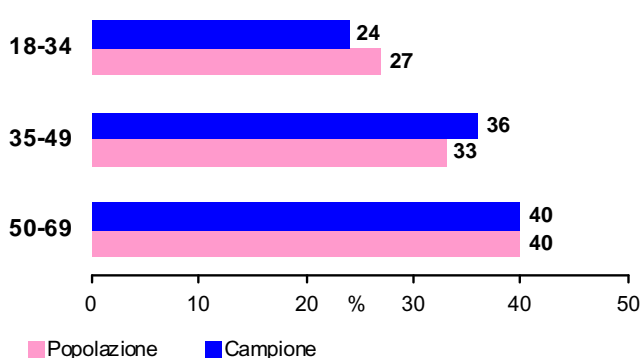
### L'età e il sesso

- Nella ASL 1 il 49% del campione intervistato (261 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 24% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 36% in quella 35-49 e il 40% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=134)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=127)



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

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

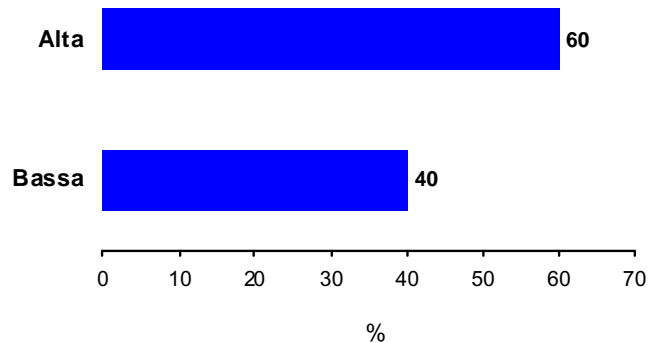
<sup>3</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

## Il titolo di studio

- Nella ASL 1 il 40% del campione ha un livello di istruzione basso (nessuno/ scuola elementare/licenza media inferiore) e il 60% alto (diploma scuola media superiore/laurea) . Non si evidenziano differenze tra uomini e donne.
- 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).

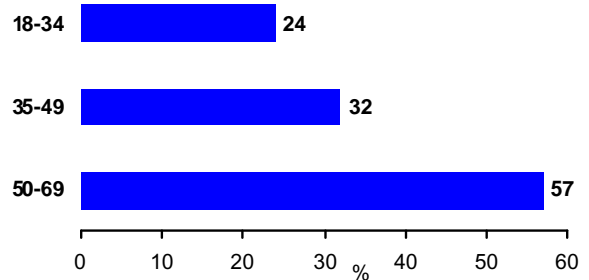
### Campione per livello di istruzione

ASL1- PASSI 2007/2008 (n=261)



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

ASL 1- PASSI 2007/2008 (n=261)

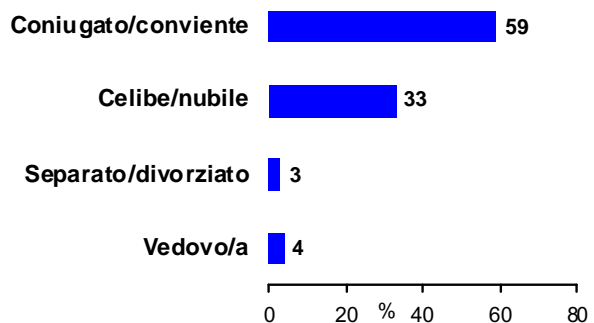


## Lo stato civile

- Nella ASL 1 i coniugati/conviventi rappresentano il 59,2% del campione, i celibi/nubili il 33,1%, i separati/divorziati il 3,5% ed i vedovi/e il 4,2%.

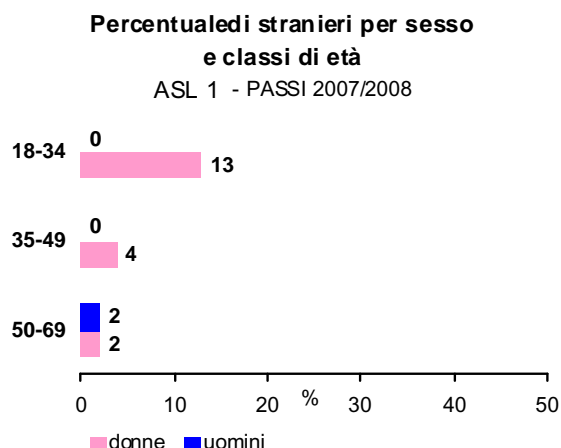
### Campione per categorie stato civile

ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=261)



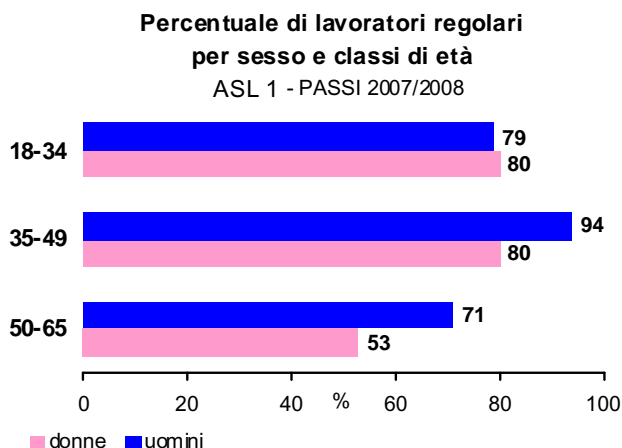
## Cittadinanza

- Nella ASL 1 il 97% del campione intervistato è italiano, il 3% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.



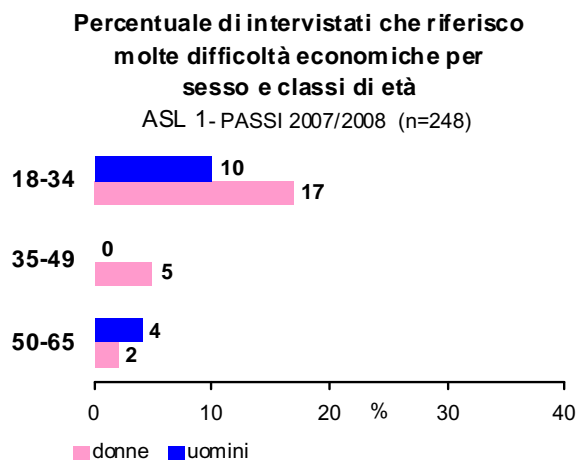
## Il lavoro

- Nella ASL 1 il 76% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (70% contro 82%), come pure gli ultracinquantenni rispetto agli intervistati più giovani. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.



## Difficoltà economiche

- Nella ASL 1 il 5% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 26% qualche difficoltà, il 69% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (7% contro 4%), è soprattutto la classe 18-34 anni che riferisce molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.



## **Conclusioni**

Il campione nella ASL 1 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

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

## Percezione dello stato di salute

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

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

### Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL 1 di Belluno il 72% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 26,4% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo 1,5% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono di stare bene o molto bene:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alto livello di istruzione
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.

**Stato di salute percepito positivamente\***  
AUSL n.1 - PASSI 2007/2008 (n=261)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>72</b> (IC95%: 66,2-77,4)
<b>Età</b>	
18 - 34	82,5
35 - 49	79,6
50 - 69	59,0
<b>Sesso</b>	
uomini	77,6
donne	66,1
<b>Istruzione</b>	
bassa	62,9
alta	78,2
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	52,6
no	80,8
<b>Patologia severa***</b>	
presente	57,1
assente	74,9

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

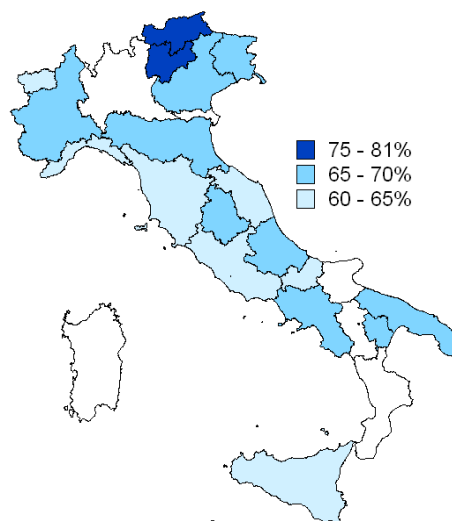
\*\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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



- La percentuale di intervistati nell' AUSL n.1 riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute pressochè in linea col dato regionale del 67% (range dal 64% della provincia di Vicenza al 73% della provincia di Belluno), ma anche con il dato nazionale (65%) e il dato del Nord-Est Italia (68%).

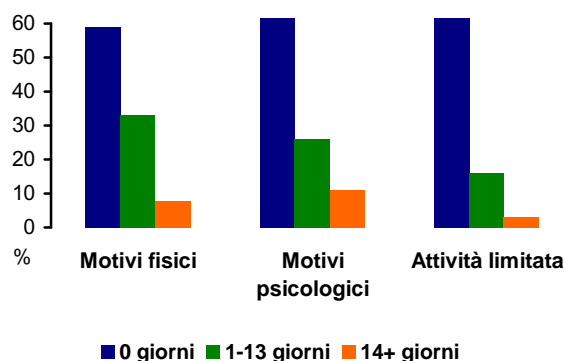
Percentuale di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona  
Pool PASSI 2007 - Italia



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

- Nella ASL n1 di Belluno la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (65% in buona salute fisica, 59% in buona salute psicologica e 87% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 5% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'8% per motivi psicologici e solo il 2% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività  
ASL 1 - PASSI 2007/2008



Giorni in cattiva salute percepita  
ASL 1 - PASSI 2007

- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è poco più di due e di tre per motivi psicologici, mentre le attività abituali sono limitate per meno di un giorno al mese.

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	2,3	3,1	0,8
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	1,0	3,0	0,3
35 - 49	2,1	3,4	0,6
50 - 69	3,3	2,8	1,1
<b>Sesso</b>			
uomini	1,6	2,5s	0,8
donne	3,1	3,6	0,7

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori in linea con quelli regionali e quindi con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi dei giorni di cattiva salute percepiti in un mese o limitanti le abituali attività indica invece nell'ASL n.1 una meno alta percezione negativa del proprio stato di salute rispetto al dato regionale.

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



## Attività fisica

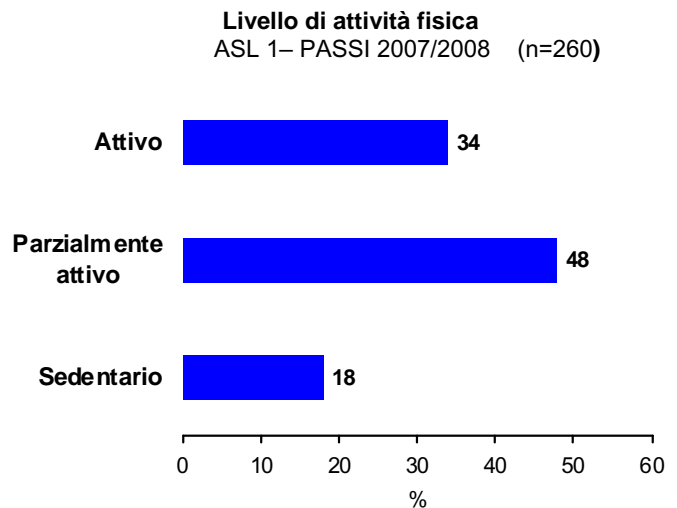
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

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

### Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL 1 il 34% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 48% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 18% è completamente sedentario.



## Chi fa poca o nessuna attività fisica?

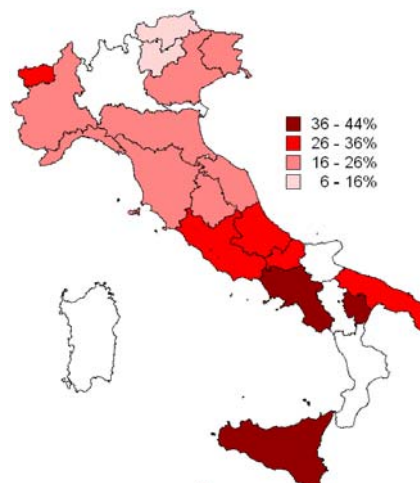
- Il 18% delle persone intervistate nell'ASL 1 dichiara di non svolgere alcuna attività fisica, nè durante il lavoro nè nel tempo libero.
- L'abitudine alla sedentarietà è maggiore tra i meno giovani, le donne, le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

<b>Sedentari</b>	
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=260)	
Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>17,7</b> (IC95%: 13,3-22,9)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	15,9
35 - 49	15,2
50 - 69	21,0
<b>Sesso</b>	
uomini	13,5
donne	22,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	21,2
alta	15,4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	19,7
no	16,4

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

- Nell'ASL 1 non emergono differenze statisticamente significative rispetto al dato regionale (20%; range dal 15% di Vicenza al 25% di Verona).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale invece è risultato sedentario il 28% del campione (19% del Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale

**Percentuale di persone sedentarie.**  
Pool PASSI 2007 - Italia



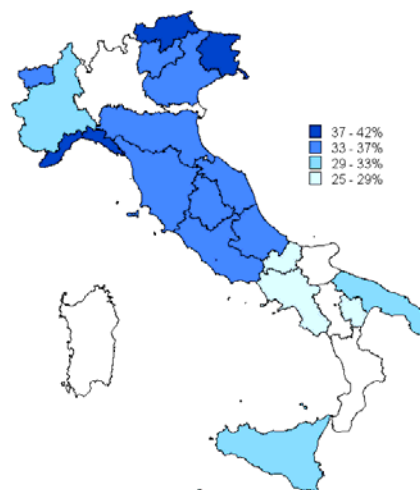
## Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella ASL 1 solo il 37% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Solo il 30% dichiara di aver ricevuto il consiglio di compiere regolarmente attività fisica da un medico o da un altro operatore sanitario.



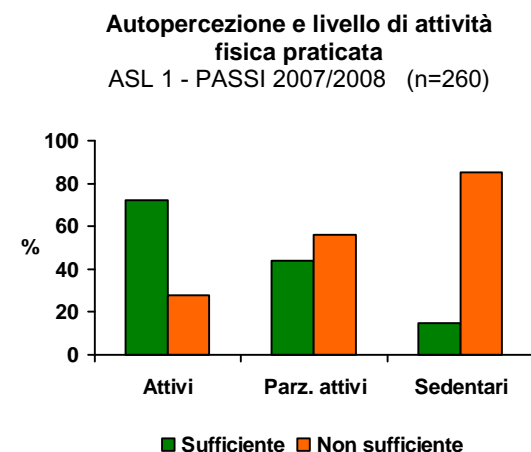
- Le percentuali sono pressochè in linea con la media regionale (35%; range dal 23% di Verona al 34% di Venezia) e con la media delle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale.

**Percentuale di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica Pool PASSI 2007- Italia**



## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- E' interessante notare come nell' ASL 1 il 15% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Nell'ASL 1 il 48% delle persone percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente, in particolare tra i sedentari il 15% ritiene di svolgere comunque una sufficiente attività fisica.



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella ASL 1 il 34% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 18% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

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

In appena un terzo dei casi i medici si informano sull'attività fisica svolta dai propri pazienti e consigliano di svolgerla. La percentuale è simile alla media delle altre ASL italiane che partecipano allo studio PASSI, fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

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

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

# L'abitudine al fumo

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

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

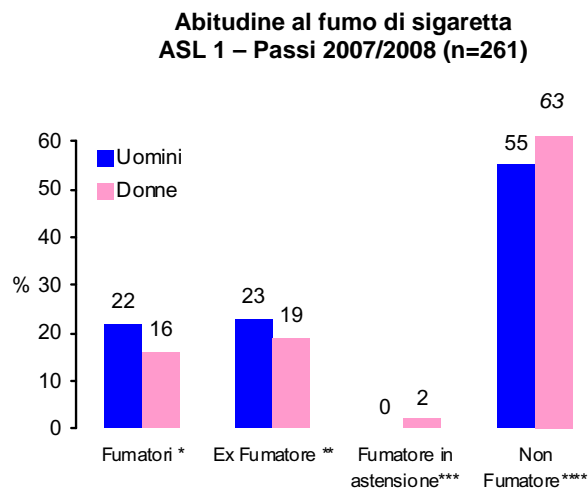
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL 1 i fumatori sono pari al 20%, gli ex fumatori al 21%, e i non fumatori al 59%. Lo 0.8% dei fumatori, 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 (22% versus 18%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (63% versus 55%).



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

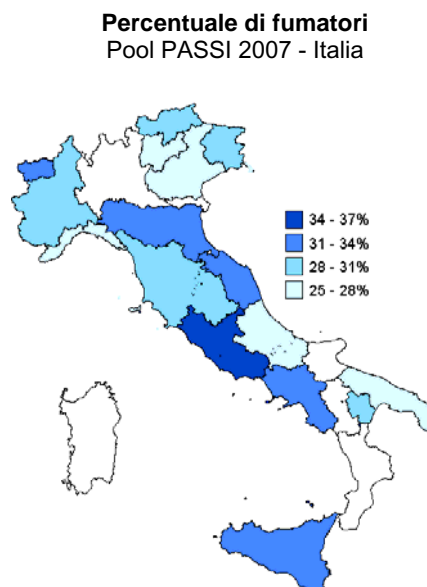
\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e

\*\*\*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



- L'ASL 1 si differenzia in modo statisticamente significativo per quanto riguarda la percentuale di fumatori rispetto al dato medio regionale (range del 18% di Belluno al 28% di Verona)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50%.



### Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si osservano percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, 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'8% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta tra gli uomini, tra le persone al di sotto dei 50 anni e fra chi ha difficoltà economiche; vi sono piccole differenze per livello di istruzione; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

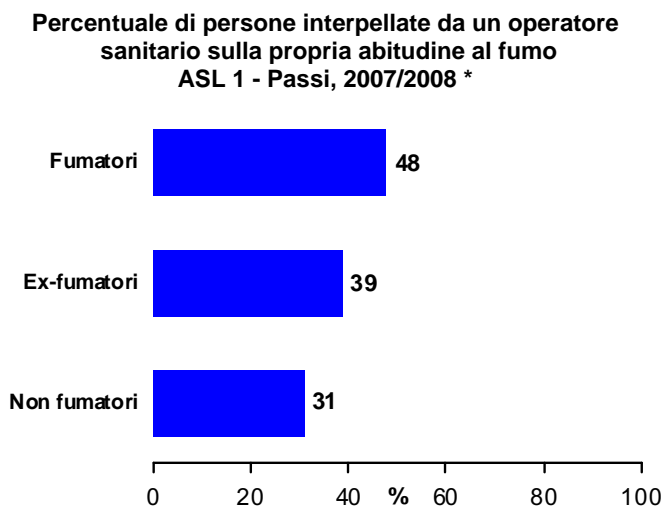
Fumatori	
ASL 1 Passi, 2007/2008 (n=261)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>19.9</b> (IC95%: 15.3-25.3)
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	33.3
35 - 49	15.1
50 - 69	16.2
<b>Sesso ^</b>	
M	21.6
F	18.1
<b>Istruzione**</b>	
bassa	13.3
alta	24.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	22.4
no	19.8

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

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

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

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più di un intervistato su tre (37%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 48% dei fumatori, il 39% degli ex fumatori e il 31% dei non fumatori.
- Tra le le province della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (range dal 36% di Belluno al 46% di Venezia).
- Nelle ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 66% dei fumatori riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.

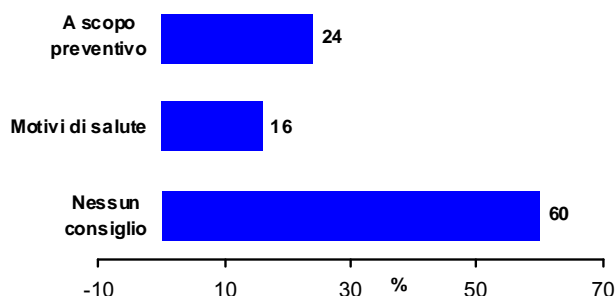


\* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 123)

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

- Il 40% 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 (24%)
- Il 60% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

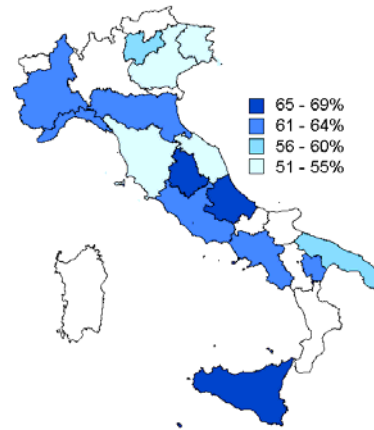
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ASL 1 Passi 2007/2008 \*



\* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 636)

- Nelle 6 province della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 51% di Belluno e Vicenza al 61% di Padova).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito di aver ricevuto consiglio di smettere di fumare è risultata pari al 60% (58% Nord-Est Italia).

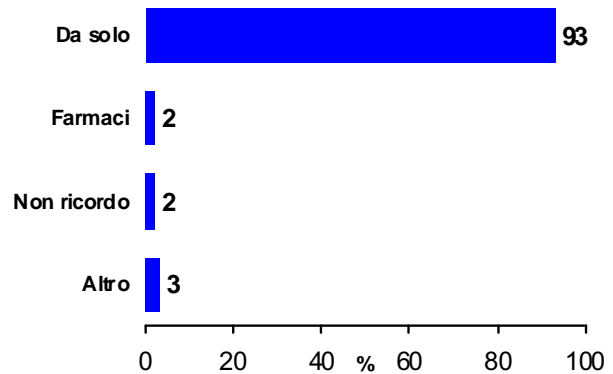
Percentuale di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare  
Pool PASSI 2007- Italia



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

- Fra gli ex fumatori il 93 % ha smesso di fumare da solo.
- Il 30 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.
- Tutti riferiscono di aver tentato da soli.

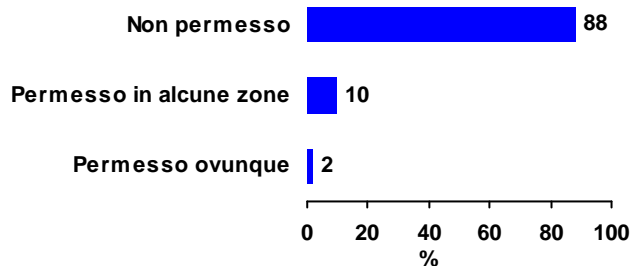
Percentuale delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori  
ASL 1 - Passi 2007/2008



### **L'abitudine al fumo in ambito domestico**

- Il 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%).

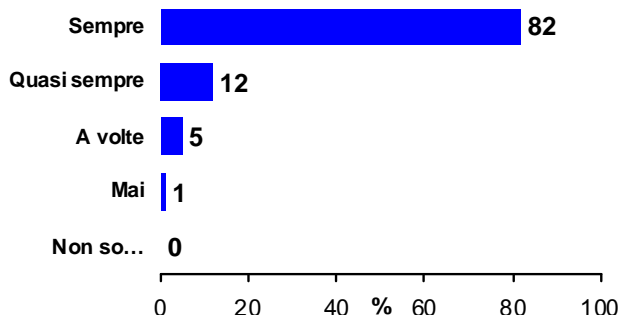
Percentuale delle diverse regole sul permesso di fumare a casa  
ASL 1- Passi 2007/2008



## L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 94% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 6% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'84% dei casi.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n= 256 intervistati)  
ASL 1 - Passi 2007/2008 \*

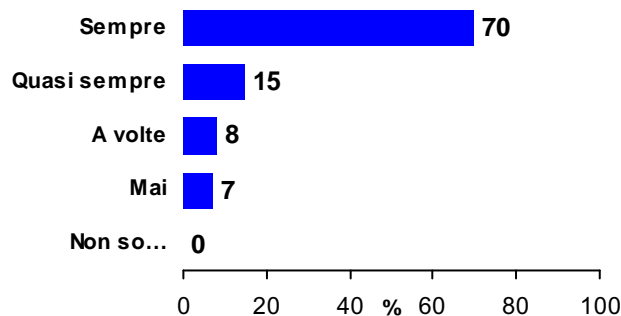


\* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

## Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 90% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 10% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

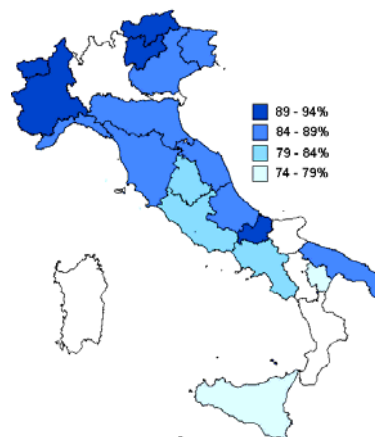
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 194 lavoratori) \*  
ASL 1 - Passi, 2007/2008



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

- Nelle 6 province della regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumare sul luogo di lavoro (range dal 88% di Verona al 92% di Belluno).
- Nelle ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza "PASSI" a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'85% dei casi

Percentuale di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto fumo sul luogo di lavoro Pool PASSI 2007-Italia



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL 1 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, dove circa 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

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

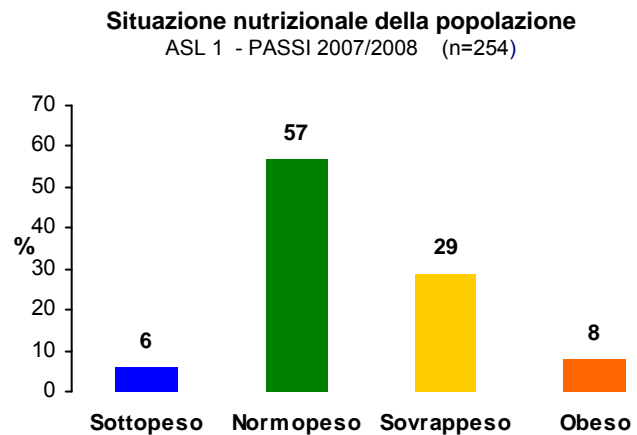
# Situazione nutrizionale

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato. In base al BMI gli individui si suddividono 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' ASL 1 circa il 6% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 29% sovrappeso e circa l'8% obeso.
- Complessivamente si stima che il 37% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

- L'eccesso ponderale, che comprende sovrappeso e obesità, cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (48% vs 27%), nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche, con differenze tutte statisticamente significative.

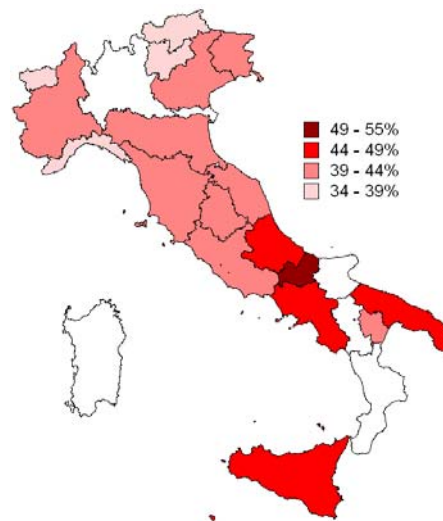
**Eccesso ponderale**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=254)

Caratteristiche	Eccesso ponderale %
<b>Totale</b>	<b>37.4</b> (IC95% 31.4-43.7)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	23.0
35 - 49	29.3
50 - 69	53.5
<b>Sesso</b>	
uomini	48.1
donne	25.6
<b>Istruzione*</b>	
bassa	44.1
alta	32.9
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	41.9
no	35.3

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

- Nell'ASL 1 la percentuale di persone in eccesso ponderale non si diversifica in modo statisticamente significativo dalla media regionale (40%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 11% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

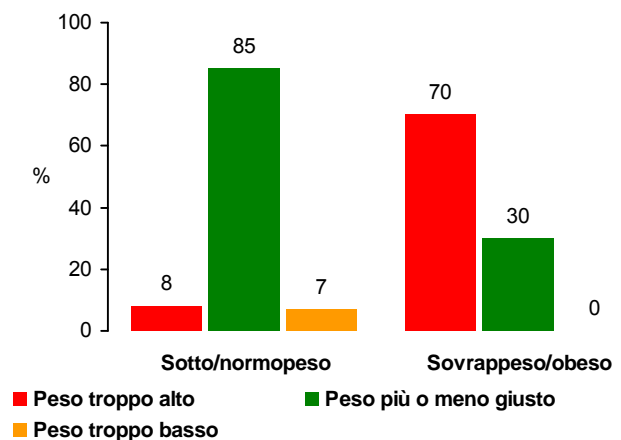
**Percentuale di persone in eccesso ponderale**  
Pool PASSI 2007 - Italia



### ***Come considerano il proprio peso le persone intervistate?***

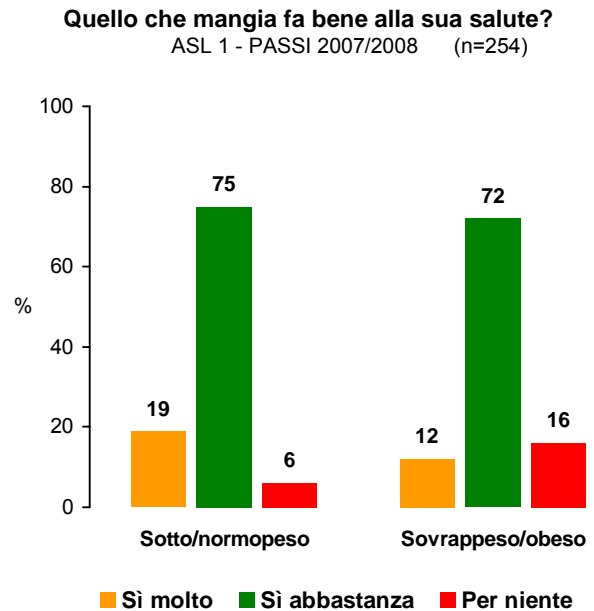
- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale al controllo del proprio peso.
- Nella ASL 1 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (85%) mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 70% ha una percezione coincidente.
- Nelle persone sotto/normopeso non emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso (uomini e donne sotto/normopeso considerano il proprio peso più o meno giusto in % pressoché coincidente: 85%), mentre si rileva una diversa percezione tra quelle sovrappeso/obese (il 13% delle donne considera il proprio peso più o meno giusto vs il 37% degli uomini).

**Percezione della propria situazione nutrizionale**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=254)



## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

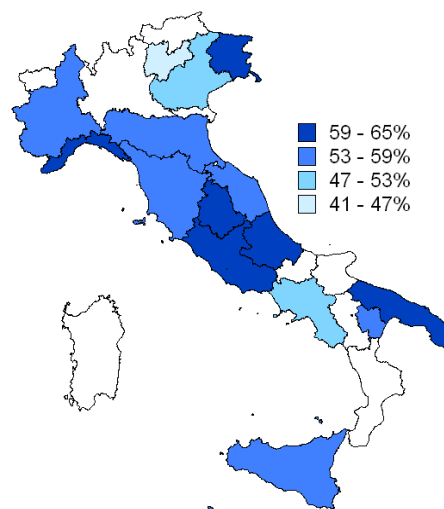
- Nella ASL 1 mediamente l'90% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: l'94% dei sottopeso/normopeso, il 84% dei sovrappeso/obesi.



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

- Nella ASL 1 il 45% 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 35% delle persone in sovrappeso e il 71% delle persone obese.
- Nelle 6 province della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 60% della provincia di Padova al 44% di quella di Belluno).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza "PASSI" il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario (48% delle persone in sovrappeso e il 81% degli obesi).

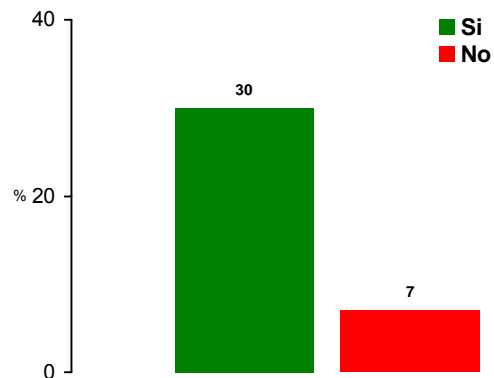
**Percentuale di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario**  
Pool Passi 2007 – Italia





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

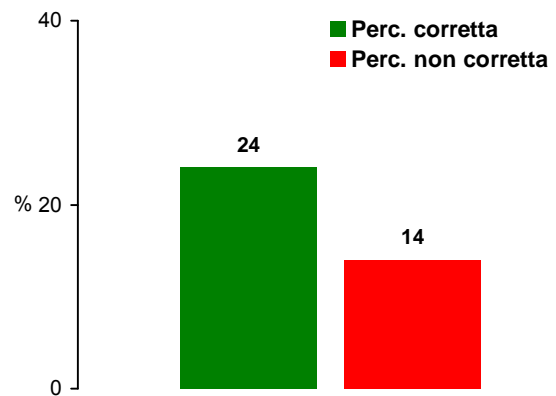
ASL1 - PASSI 2007/2008 (n=254)



- Solo il 21% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (20% nei sovrappeso e 24% negli obesi).
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
  - nelle donne (29% vs il 17% degli uomini)
  - negli obesi (24% vs il 20% dei sovrappeso)
  - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (30% vs 7%)
  - nelle persone in **sovrappeso** (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (24% vs il 14% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

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

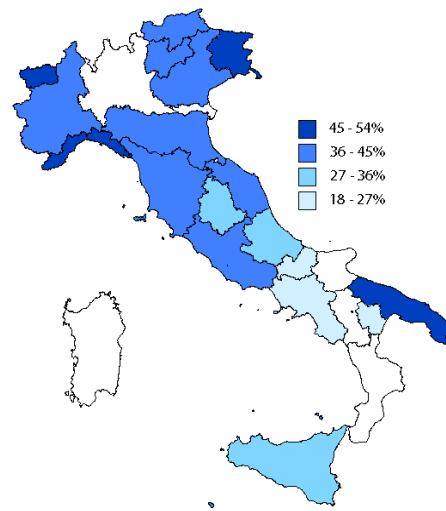
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=254)



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

- Nella ASL 1 il 24% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (22% nei sovrappeso/ e 38% negli obesi).
- Il 32% 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 23% delle persone in sovrappeso e il 55% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 62% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle 6 province della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 26% di Verona al 46% di Venezia).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza "PASSI" il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi); nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 39%, 35%, 48%.

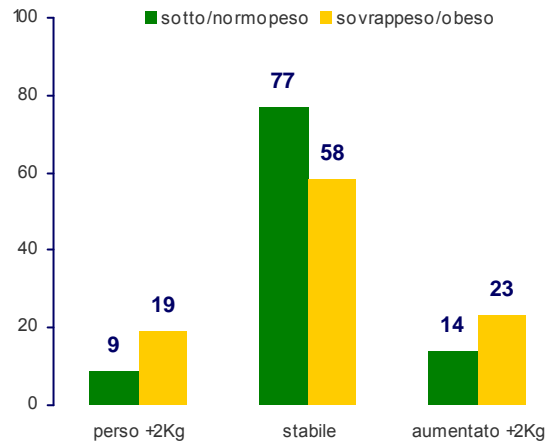
**Percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2007 – Italia



## Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL 1 il 18% 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 (24% vs 18% in quella 35-49 anni e 14% nella 50-69 anni)
  - nelle persone in eccesso ponderale (23% vs 14% dei sottopeso/normopeso).
- Nelle donne (23% vs 13% degli uomini)

**Cambiamenti negli ultimi 12 mesi**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=254)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 1 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: il 70% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 21% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (75%).

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.

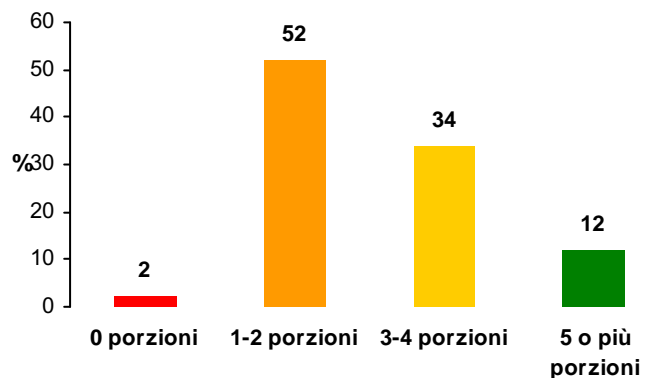
# Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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?

- Nella ASL 1 il 98% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'12% 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  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=261)



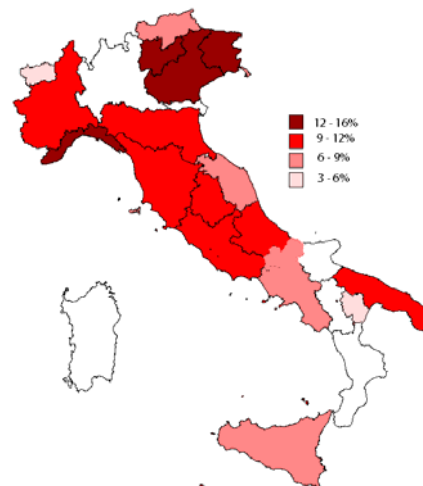
- Questa abitudine è più diffusa tra le donne (14%) e tra le persone con alto livello d'istruzione (13%); non emergono differenze significative legate alle classi di età e alla condizione economica. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia meno diffusa tra le persone con eccesso ponderale.

Consumo di frutta e verdura ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=261)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* (%)
<b>Totale</b>	<b>12.3</b> (IC95% 8.5-16.9)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	12.7
35 - 49	10.8
50 - 69	13.3
<b>Sesso</b>	
uomini	10.4
donne	14.2
<b>Istruzione**</b>	
bassa	10.5
alta	13.5
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	13.2
no	12.8
<b>Stato nutrizionale</b>	
sotto/normopeso	13.8
sovrappeso/obeso	8.4

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

- Nell' ASL 1 ASL non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" con il dato medio regionale e quello rilevato tra le ASL che hanno partecipato al Sistema di Sorveglianza "PASSI" a livello nazionale.

Percentuale di persone che aderiscono al "five a day"  
Pool PASSI 2007 – Italia



## **Conclusioni e raccomandazioni**

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l'12% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.



# Consumo di alcol

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

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

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

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

## Quante persone consumano alcol?

- Nella ASL 1 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 71%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-24 e 25-34 anni, tra chi ha livello di istruzione elevata e tra chi ha difficoltà economiche. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 61% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 39% prevalentemente durante il fine settimana.

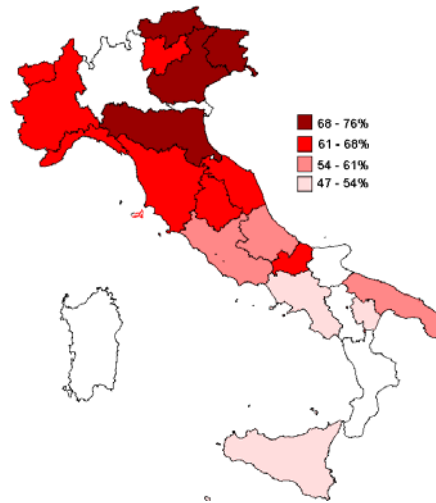
<b>Consumo di alcol (ultimo mese)</b> ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=259)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*</b>
<b>Totale</b>	<b>70,7</b> (IC95%:64,7-76,1)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	71,4
35 - 49	74,2
50 - 69	67,0
<b>Sesso</b>	
uomini	85,8
donne	54,4
<b>Istruzione**</b>	
bassa	66,3
alta	73,5
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	64,9
no	73,8

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



- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 62% di Verona al 74% di Treviso).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%, mentre nel Nord-Est Italia sale al 70%.

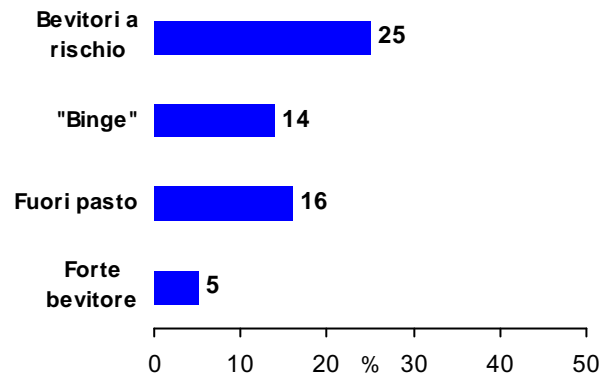
**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese**  
Pool PASSI 2007 – Italia



### Quanti sono bevitori a rischio?

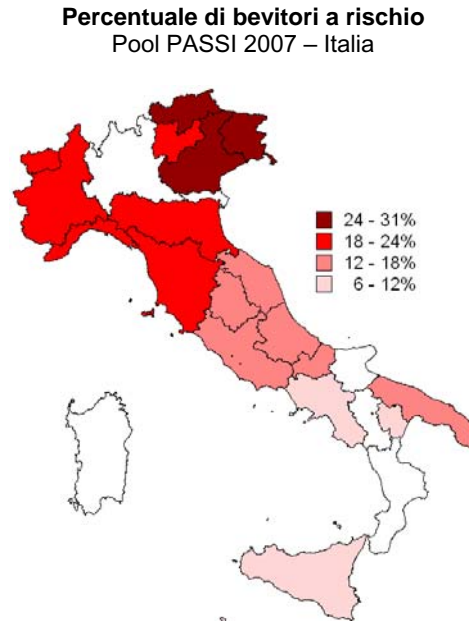
- Complessivamente il 25% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 16% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 14% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese 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).

**Bevitori a rischio\* per categorie**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008



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

- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio (per i bevitori a rischio range dal 19% di Padova al 27% di Treviso).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 16% (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto). Nel Nord-Est Italia si sale al 22% (6% consumo forte, 11% consumo binge, 12% consumo fuori pasto).



### Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

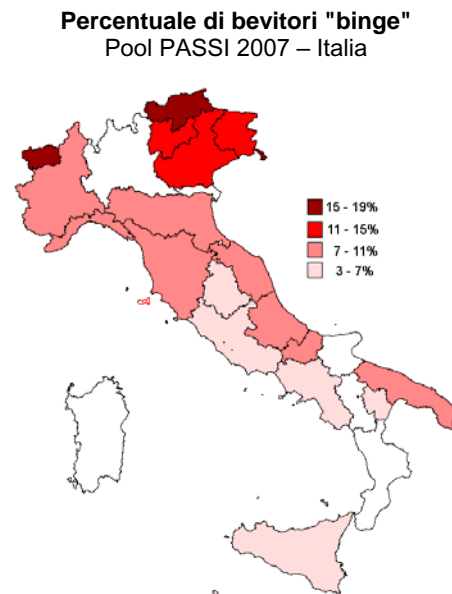
- Questa modalità di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 14% degli intervistati ed è significativamente più diffusa, dal punto di vista statistico, tra gli uomini, tra i giovani e tra chi ha un livello di istruzione basso.

<b>Consumo "binge" (ultimo mese)</b> ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=257)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% bevitori "binge"*</b>
<b>Totale</b>	<b>13,6</b> (IC95%: 9,7-18,4)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	22,2
35 - 49	9,8
50 - 69	11,8
<b>Sesso</b>	
uomini	25,8
donne	0,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	16,3
alta	11,8
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	13,7
no	13,5

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

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

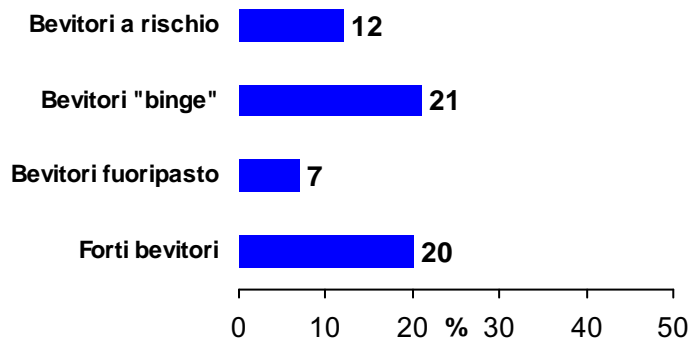
- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" mostra differenze statisticamente significative: la provincia di Padova si differenzia con una percentuale di bevitori binge minore del livello regionale (range dal 7% di Padova al 16% di Verona).
- Tra le ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 7% (11% nel Nord-Est Italia).



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

- Nella ASL 1 solo il 19% 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 12%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 21% di bevitori "binge", dal 7% di bevitori fuori pasto e dal 20% di forti bevitori.

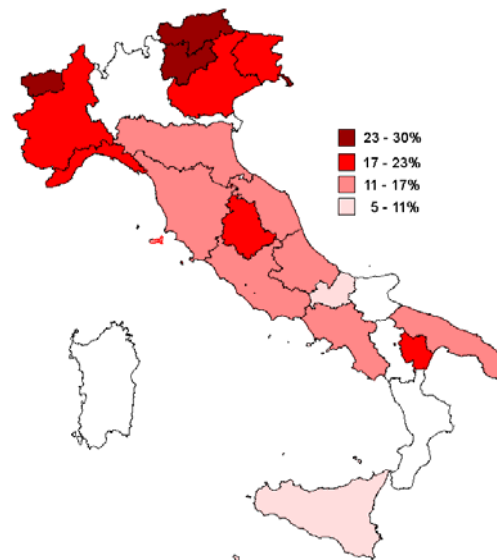
**Percentuale bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=119)



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

- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione (range dall'16% di Belluno al 24% di Venezia e Padova).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSi a livello nazionale, il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 95 dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario. Nel Nord-Est Italia l'attenzione al problema è più alta: il 18% ha riferito l'attenzione dell'operatore sanitario alle proprie abitudini di consumo ed il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio.

Percentuale di persone a cui un medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol  
Pool PASSI 2007 – Italia



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 1 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 che si discostano in maniera statisticamente significativa da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2007.

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

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

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

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



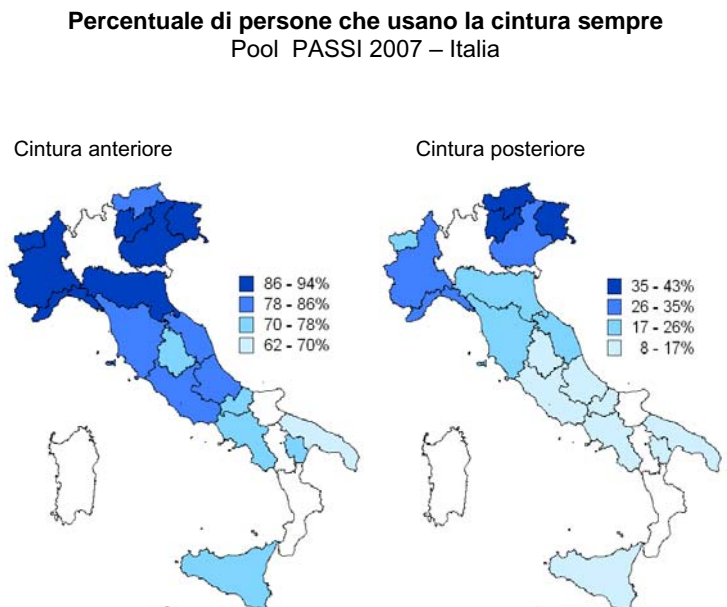
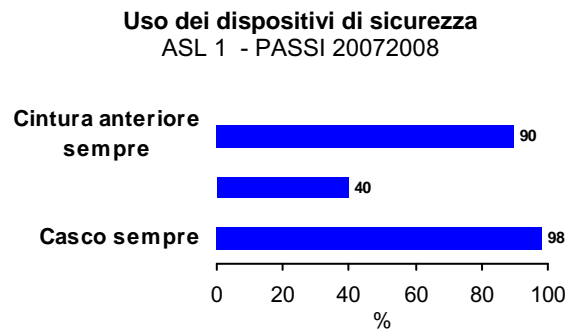
## Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia oltre 225.078 incidenti stradali con 5426 morti e 313.727 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. In Veneto nel 2005 gli incidenti stradali sono stati 21.929 con 555 morti e 30.161 feriti.

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

### L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'90%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (40%)
- Nella ASL 1 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco
- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizza i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, senza presentare differenze statisticamente significative tranne che per l'uso della cintura posteriore in provincia di Belluno, significativamente superiore al dato regionale (range dall'92% di Venezia al 88% di Verona per la cintura anteriore e dal 39% di Belluno al 28% di Venezia per quella posteriore).
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i vari dispositivi di sicurezza è risultata inferiore al dato regionale, 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco. (Nord-Est Italia i dati sono sovrapponibili ai dati regionali: 97%, 29%, 89%.



## Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Il 10% 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 dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 14%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone con molte difficoltà economiche e bassa istruzione.
- Il 8% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol\*  
ASL 1 - PASSI 2007(2008) (n=261)

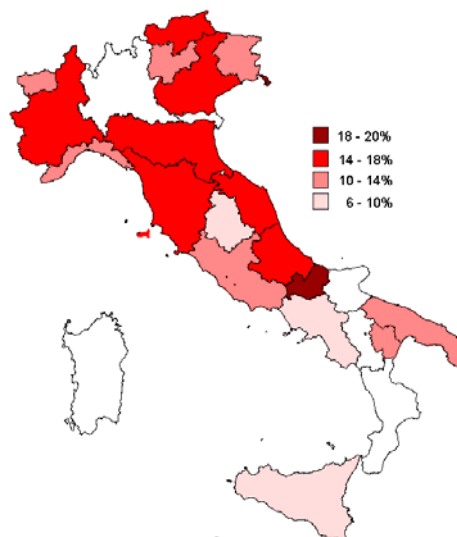
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
<b>Totale</b>	<b>14,0</b> (IC95%: 9,2-19,9)
<b>Classi di età</b>	
18-34	15,6
35 - 49	20,4
50 - 69	16,4
<b>Sesso</b>	
uomini	20,4
donne	3,0
<b>Istruzione</b>	
bassa	50,0
alta	19,1
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	20,0
no	11,1

\* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

\*\*coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Tra le 6 province del Veneto con campione rappresentativo, riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, il range varia dal 23% di Vicenza all'11% di Venezia. Sia Vicenza che Venezia differiscono in maniera statisticamente significativa dal dato regionale.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 13% (16% nel Nord-Est Italia).

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol  
Pool PASSI 2007 – Italia



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL 1 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce ancora un problema piuttosto diffuso. In Veneto quasi un quinto degli intervistati riferisce di aver guidato in queste condizioni nel mese precedente l'intervista, questo valore è significativamente superiore alla media nazionale.

Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, facendo particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.





## Infortuni domestici

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

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

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

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

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

- Nella ASL 1 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 91% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ne ha meno. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza la percezione del rischio.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL 1 (n=261) - PASSI 2007/2008	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
<b>Totale</b>	<b>91,2</b> (IC 95%: 87,1-94,3)
<b>Età</b>	
18 - 34	93,7
35 - 49	89,2
50 - 69	91,4
<b>Sesso</b>	
Uomini	95,5
Donne	86,6
<b>Istruzione**</b>	
bassa	93,3
alta	89,7
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	84,2
no	94,8
<b>Persone potenzialmente a rischio ***</b>	
si	87,4
no	93,6

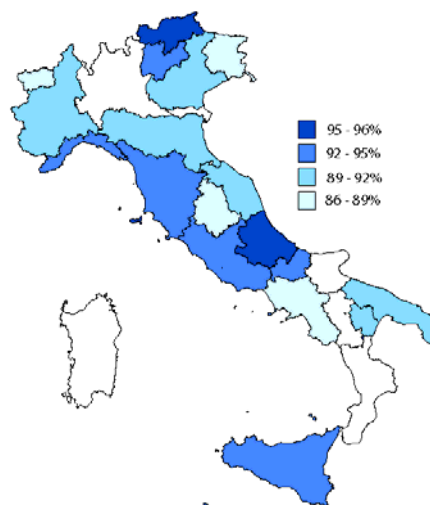
\* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

- Nelle 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio, (range dal 88% di Vicenza al 94% di Padova).
- 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 91% (91% anche nel Nord-Est Italia).

**Percentuale di persone che hanno riferito  
bassa possibilità di subire un infortunio domestico**  
Pool PASSI 2007 - Italia



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

- Nella ASL 1 solo il 26,5% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 35-49 e 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre.

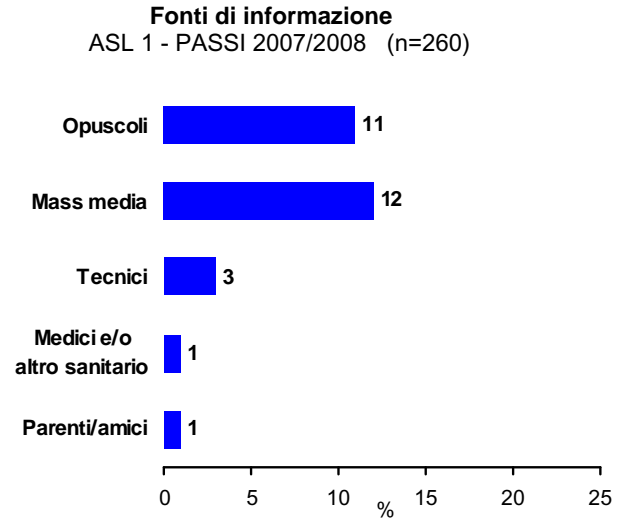
**Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi**  
ASL 1 (n=260) - PASSI 2007/2008

<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni</b>
<b>Totale</b>	<b>26,5</b> (IC 95%: 21,3-32,3)
<b>Età</b>	
18 - 34	22,2
35 - 49	27,2
50 - 69	28,6
<b>Sesso</b>	
Uomini	26,1
Donne	27,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	26,0
alta	26,9
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	30,7
no	25,6
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	20,4
no	30,1
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	31,8
bassa	26,1

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

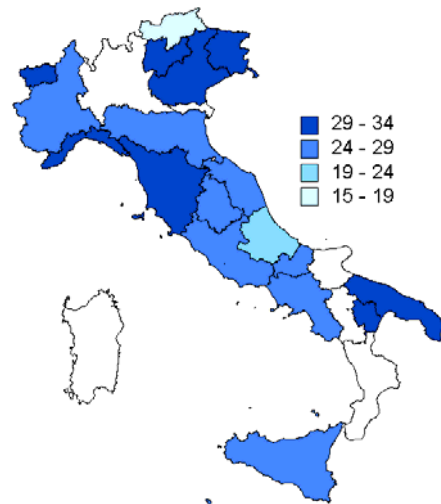
\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (12% di tutti gli intervistati), poco il personale sanitario o i tecnici.



- Nelle province della regione Veneto con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 37% della provincia di Belluno al 27% di quella di Verona).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio è del 28% (Nord-Est 29%).

**Percentuale di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**  
Pool PASSI 2007 - Italia



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

- Nella ASL 1 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 15,5% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra classe di età 18-34, uomini, tra chi a poche difficoltà economiche, tra chi convive con anziani e bambini e tra chi ha un'alta percezione del rischio.
- Nelle province venete con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 20% di Belluno al 39% di Venezia).
- Nelle pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%. (28% Nord-Est Italia)

Percentuale di persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione ASL 1(n=58) - PASSI 2007/2008	
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
<b>Totale</b>	<b>15,5</b> (IC 95%: 7,3 -27,4)
<b>Età</b>	
18 - 34	36,4
35 - 49	9,1
50 - 69	12,0
<b>Sesso</b>	
Uomini	18,5
Donne	12,9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	12,5
alta	17,6
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	10,5
no	18,9
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	26,3
no	10,5
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	33,3
bassa	13,5

\*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 nel Veneto le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

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

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

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

# Rischio cardiovascolare

---

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

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

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

## Ipertensione arteriosa

---

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

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

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

## A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nella ASL 1, l'83% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e l'8% più di 2 anni fa. Il restante 9% non ricorda o non l'ha avuta.
- La frequenza di persone controllate negli ultimi 2 anni cresce al crescere dell'età. Non si evidenziano, invece, significative differenze per quel che riguarda sesso, istruzione e reddito.

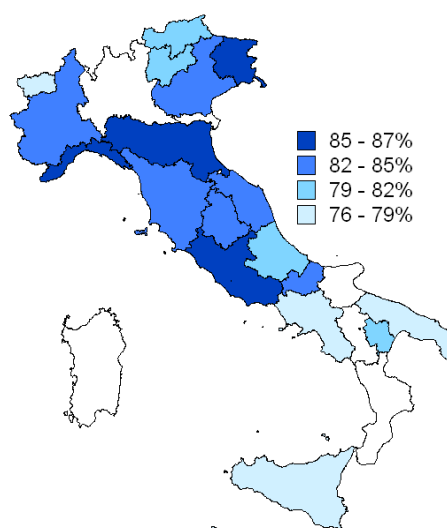
Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL 1 (n=261) - PASSI 2007/2008	
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
<b>Totale</b>	<b>82,8 %</b> (IC95%: 77,6 %- 87,1%)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	79,4
35 - 49	80,6
50 - 69	86,7
<b>Sesso</b>	
M	81,3
F	84,3
<b>Istruzione*</b>	
bassa	81,9
alta	83,3
<b>Reddito**</b>	
sì	82,2
no	80,8

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

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

- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si riscontrano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dall'83% al 86%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83% (85% Nord-Est Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (%)**  
Pool PASSI 2007 – Italia



## Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL 1 il 24 % 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 3 persona su 10 riferisce di essere ipertesa (37 %). Emergono differenze anche per il livello di istruzione.

Ipertesi ASL 1 (n= 238) - PASSI 2007/2008	
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
<b>Totale</b>	<b>23,9</b> (IC95%: 18,7 % - 29,9 %)
<b>Età</b>	
18 - 34	7,1
35 - 49	20,2
50 - 69	36,7
<b>Sesso</b>	
M	26,6
F	21,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	31,6
alta	18,9
<b>Difficoltà economiche **</b>	
sì	24,3
no	24,2

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;

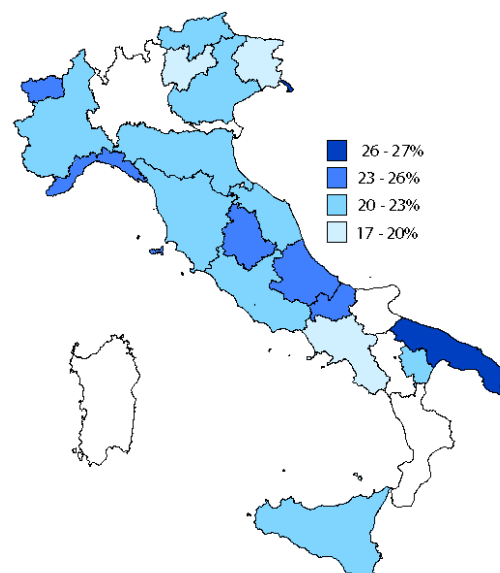
istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione

(da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si riscontrano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 20% al 28%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22% (21% Nord-Est Italia).

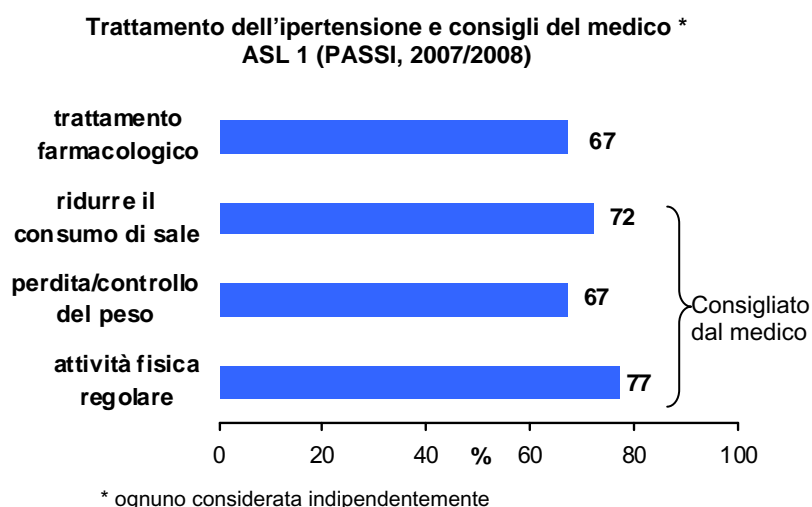
**Persone con diagnosi riferita  
di ipertensione arteriosa (%)**  
Pool PASSI 2007 – Italia





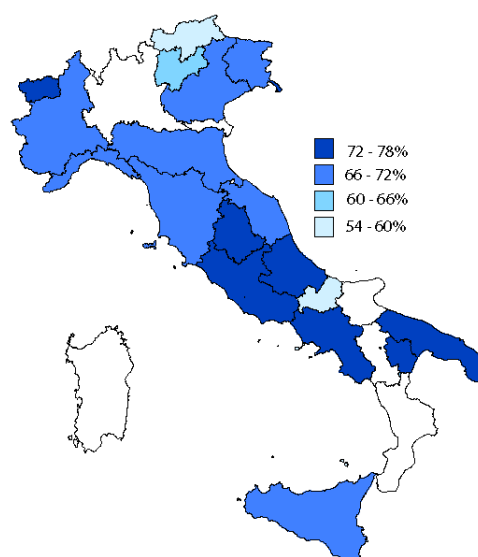
## Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il 67 % degli ipertesi nella ASL 1 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (72 %), ridurre o mantenere il peso corporeo (67 %) e svolgere regolare attività fisica (77 %).



- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 65% al 79%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 71% (70% Nord-Est Italia).

**Percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico**  
Pool PASSI 2007 – Italia



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 1 Veneto si stima che sia iperteso circa il 24% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 37% degli ultracinquantenni e circa il 7% dei giovani con meno di 35 anni.

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

## Colesterolemia

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

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

- Nella ASL 1 il 73% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 49 % riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 15 % tra 1 e 2 anni fa, il 9 % più di 2 anni fa, mentre il 27 % non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente nelle donne e al crescere dell'età, passando dal 44 % nella classe 18-34 anni al 87 % nei 50-69enni.
- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 75% all'81%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari all'77%.

#### Colesterolo misurato almeno una volta ASL 1 (n= 261) - PASSI 2007/2008

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)	
<b>Totale</b>	<b>73,2%</b> (IC95%: 67,4% 78,5%)	
<b>Classi di età</b>		
	18 - 34	44,4
	35 - 49	77,4
	50 - 69	86,7
<b>Sesso</b>		
	M	69,4
	F	77,2
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	76,2
	alta	71,2
<b>Difficoltà economiche**</b>		
	sì	71,1
	no	75,0

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

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

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

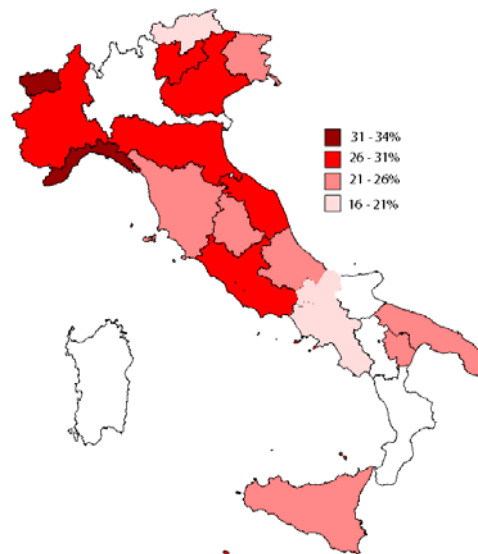
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 32% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, nelle persone con basso livello di istruzione e difficoltà economiche.

Ipercolesterolemia riferita ASL 1 (n= 191) - PASSI 2007/2008		
Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)	
<b>Totale</b>	<b>31,9</b> (IC95%: 25,4 % - 39,1 %)	
<b>Età</b>	18 - 34	14,3
	35 - 49	25,0
	50 - 69	42,9
<b>Sesso</b>	M	32,3
	F	31,6
<b>Istruzione*</b>	bassa	36,3
	alta	28,8
<b>Difficoltà economiche**</b>	sì	35,2
	no	28,7

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
\*\*"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare)come arriva a fine mese?"

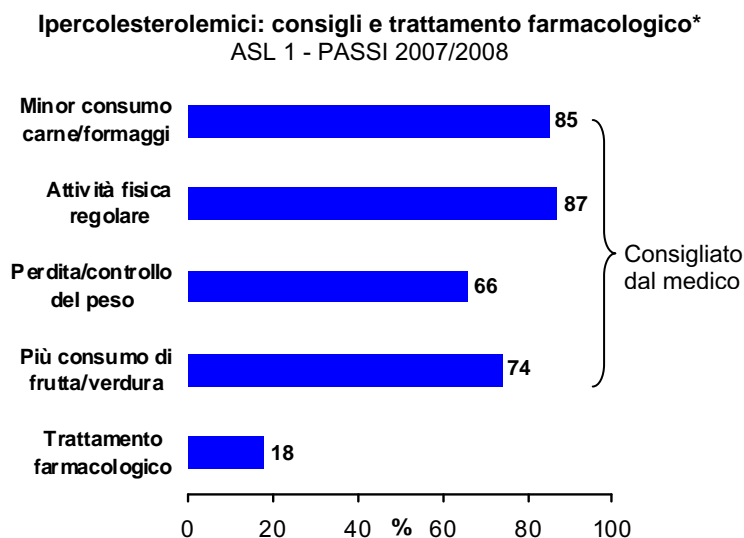
- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 28% al 32%).
- Tra le ASL partecipanti al Sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25%.

**Persone con ipercolesterolemia riferita (%)**  
Pool PASSI 2007 – Italia



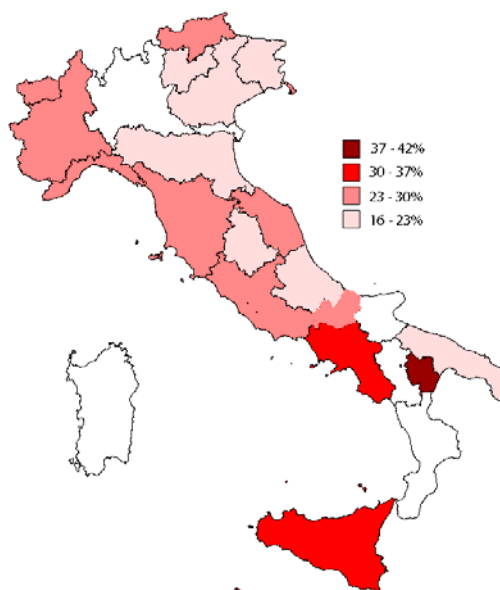
## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 18 % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'85 % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 74% % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 66 % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e l' 87 % di svolgere regolare attività fisica.



- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dall'16 % al 27%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 255 (22% Nord-Est Italia).

**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Pool PASSI 2007 – Italia



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 27 % della popolazione di 18-69 anni della ASL 1 Veneto non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 32 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 43 % tra le persone di 50-69 anni.

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

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

## Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

- Nella ASL 1 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata solo del 3 %.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Tra le 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (range dal 3 % al 8%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'7%

**Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL 1 (n=189) - PASSI 2007/2008**

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
<b>Totale</b>	<b>2,6</b> (IC95%: 0,9 % - 6,1 %)
<b>Classi di età</b>	
35 - 49	2,2
50 - 69	3,1
<b>Sesso</b>	
M	2,1
F	3,3
<b>Istruzione*</b>	
bassa	3,4
alta	2,0
<b>Difficoltà economiche**</b>	
basso	0,0
alto	3,8
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***</b>	
sì	4,0
no	0,0

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;

istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione

(da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

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

## **Conclusioni e raccomandazioni**

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ASL 1.

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 minori di 65 anni si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

- Nella ASL 1 il 13% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferiscono di essersi vaccinate. 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 al sesso.
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL PASSI - Italia) la percentuale dei vaccinati tra le persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 12,5%.

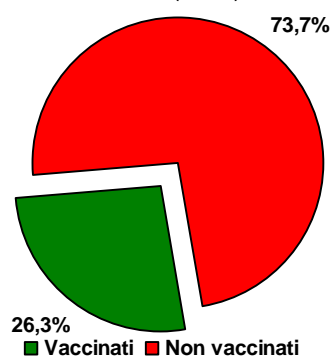
Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)		
ASL 1 - Passi, 2007/2008 (n=114)		
Caratteristiche	Vaccinati (%)	
<b>Totale</b>	<b>13,2</b> (IC95%:7,6- 20,8)	
<b>Età</b>	18-34	3,3
	35-49	18,6
	50-64	14,6
<b>Sesso</b>	uomini	11,9
	donne	14,5
<b>Istruzione*</b>	bassa	8,7
	alta	16,2
<b>Difficoltà economiche</b>	sì	19,4
	no	9,6
<b>Patologia cronica</b>	sì	26,3
	no	10,5

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



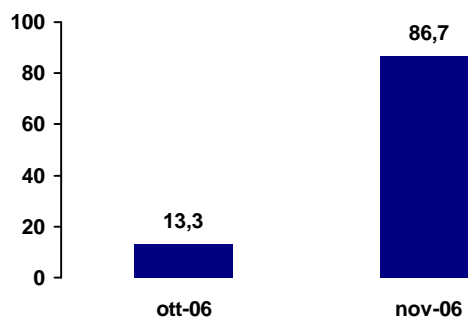
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 26,3% risulta vaccinato.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica  
ASL 1 (n=19)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quel mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ASL 1 la quota maggiore di persone ha praticato la vaccinazione durante il mese di novembre.

Percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese  
ASL 1 - Passi - 2007/2008



## 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 nel Veneto hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (71,9% nella campagna 2007/08 secondo i dati del Servizio Sanità Pubblica e Screening della Direzione per la Prevenzione Regionale), ma, tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (meno di una persona su tre).

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

# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feto nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia.

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

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

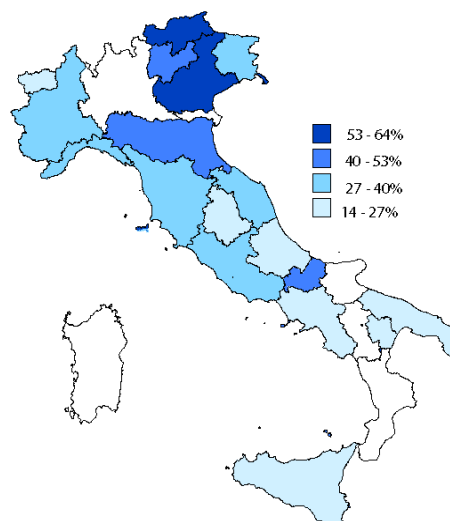
- Nella ASL 1 il 41 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 66.7% tra 18-24 anni al 37.0% tra 35 - 49 anni).

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=76) ASL 1 - Passi, 2007/2008	
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
<b>Totale</b>	<b>40,8</b> (IC95%: 29,6 – 52,7)
<b>Età</b>	
18-24	66,7
25-34	38,1
35-49	37,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	47,6
alta	38,2
<b>Difficoltà Economiche</b>	
sì	41,7
no	42,6

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

- Nelle province della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria (range dal 46 della provincia di Verona al 78 % della provincia di Padova).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale la percentuale di donne vaccinate è pari al 32 %.(51% Nord-Est)

**Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia (%)**  
Pool PASSI 2007 - Italia



## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

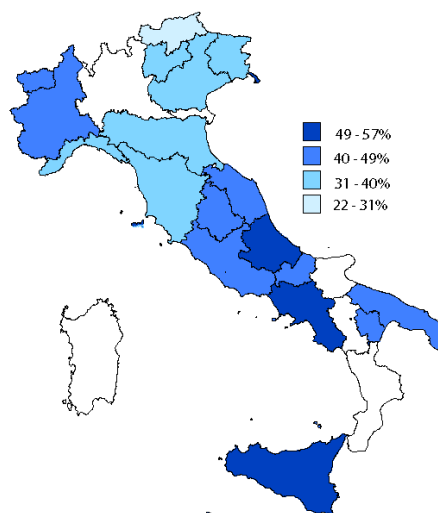
- Nella ASL 1 il 63,2% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (40,8%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (22,4%).
- Nel rimanente 36,8% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

### Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=76) ASL 1- Passi 2007/2008

	%
<b>Immuni</b>	<b>63.2</b>
Vaccinate	40.8
Non vaccinate con rubeotest positivo	22.4
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>36.8</b>
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2.6
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	34.2

- Tra le 6 province della Regione con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è della provincia di Verona (44%), la più bassa di quella di Padova (25%), in linea con i valori di copertura vaccinale.
- Tra le province partecipanti la percentuale stimata di donne suscettibili è del 32%.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di donne suscettibili all'infezione è pari al 44% (34% Nord-Est Italia).

### Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia Pool PASSI 2007 – Italia



## Conclusioni e raccomandazioni

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

Si stima che in Veneto circa una donna su tre sia suscettibile alla rosolia, nonostante le campagne di vaccinazione offerte fin dai primi anni '80 alle bambine di dieci anni.

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

# Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Nella Regione 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 di 8,8/100.000 nel 2000 e 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 ASL sulle 21; dal 2007 il programma è attivo in tutte le 21 ASL della regione.

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

- Nella ASL 1 circa l'88% 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, non si notano differenze significative tra le classi di età nelle donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo.
- Si evidenziano, però, valori significativamente più elevati per le donne conviventi e con più alto livello di istruzione.

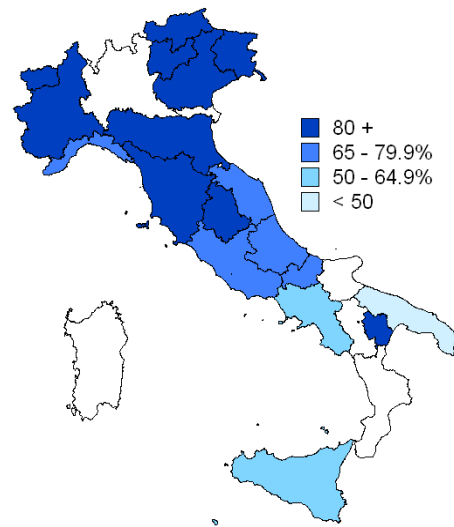
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL 1- PASSI 2007/2008 (n=108)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
<b>Totale</b>	<b>88,0</b> (IC95%:80,3-93,4)
<b>Classi di età</b>	
25 - 34	90,5
35 - 49	87,0
50 - 64	87,8
<b>Stato civile</b>	
coniugata	92,9
non coniugata	78,4
<b>Convivenza</b>	
convivente	91,1
non convivente	79,3
<b>Istruzione**</b>	
bassa	83,3
alta	90,9
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	91,4
no	88,2

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

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

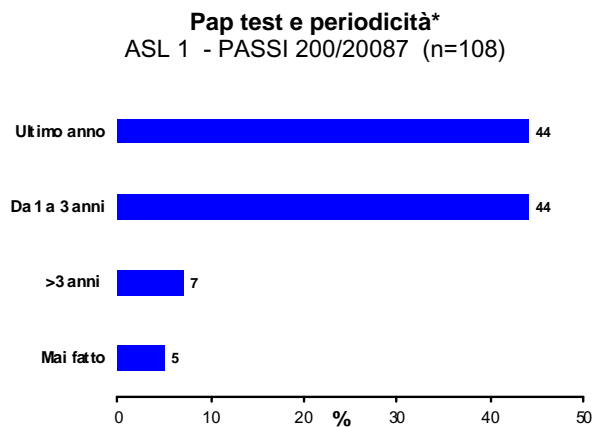
- Nelle 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 79% della provincia di Belluno all'91% di quella di Padova).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test negli ultimi 3 anni (85% nel Nord-Est Italia) con evidente gradiente territoriale.

**Percentuale di donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni**  
Pool PASSI 2007 – Italia



### **Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?**

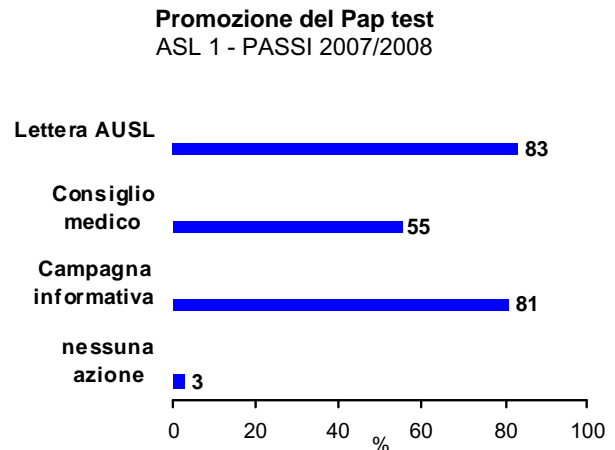
- Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:
  - il 44% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 44% da uno a tre anni
  - il 7% da più di tre anni.
- L'5% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



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

## Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

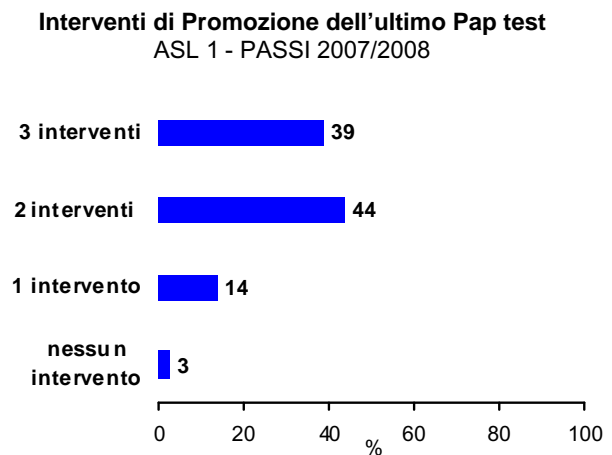
- Nella ASL 1:
  - l'83% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate\*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
  - il 81 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 55% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.



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

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

- Il 39% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 44% due interventi di promozione, il 14% uno solo.
- Solo il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

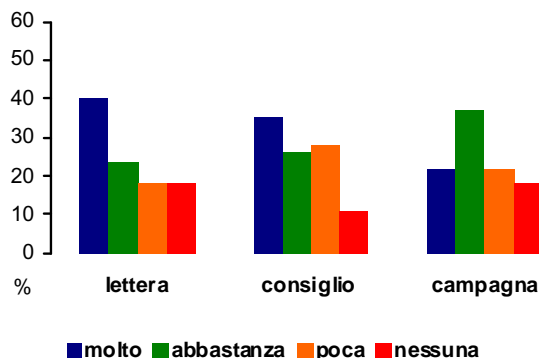


## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- Nella ASL 1 il 64% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (40% molta e 24% abbastanza), mentre il 18% poca influenza sulla scelta e ben il 18% nessuna; tra le 6 province della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva che la lettera di invito ha avuto nel decidere di effettuare il Pap test (range dal 45% di Padova al 72% di Belluno).

### Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test

ASL 1 - PASSI 2007/2008



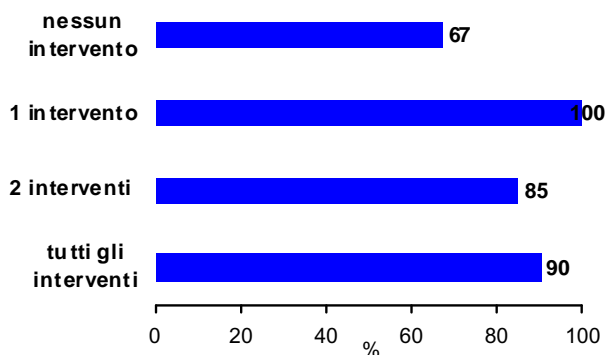
- Il 61% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (35% molta e 26% abbastanza), mentre il 28% poca influenza sulla scelta ed il 11% nessuna; tra le 6 province della regione emergono differenze nella percezione dell'influenza positiva (range dal 63% di Belluno al 93% di Verona).
- Il 59% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (22% molta e 37% abbastanza), mentre il 22% poca influenza sulla scelta ed il 18% nessuna; tra le 6 province della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 56% di Verona al 65% di Belluno).
- Tra le Asl partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ASL, il 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

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

- Nella ASL 1 il 67% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'100% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'85% con due interventi e al 90% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le Asl partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43%, 65%, 81% e 88%.

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

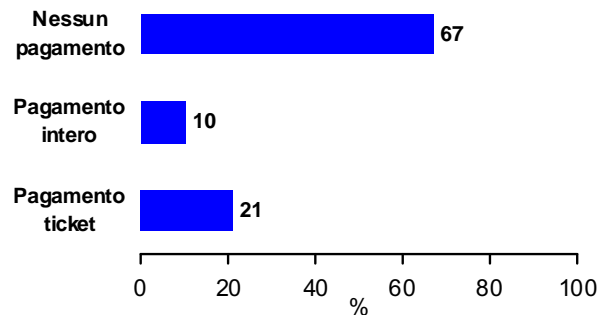
ASL 1 - PASSI 2007/2008



## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASL 1 il 67% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 21% ha pagato solamente il ticket e il 10% 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**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=90)



- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 28% di belluno al 68% di Padova).
- Tra le ASL partecipanti al Sistema "PASSI" a livello nazionale, il 51% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato il Pap test a pagamento.

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

- Nella ASL 1 il 5% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 7% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazione più frequenti della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "penso di non averne bisogno" 20%
  - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 40%
  - altro o non so/ non ricordo".40%



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL 1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (88%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (61%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (27%). A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (61%) e ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (58%) rappresenti una significativa conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 44% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 21% delle donne riferiscono di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni). Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti.

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

Si stima che nel 2007 nella Regione Veneto siano stati diagnosticati circa 4.150 nuovi casi (circa 170 casi per 100.000 donne residenti). Il 17,5% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasia della mammella (circa 35,5 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 all'anno.

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

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

- Nella ASL 1 circa l'86% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni non evidenzia differenze significative.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 67% 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 39 anni).

<b>Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL 1- PASSI 2007/2008 (n=51)</b>	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*</b>
<b>Totale</b>	<b>86,3</b> (IC95%:73,7-94,3)
<b>Classi di età</b>	
50- 59	86,2
60 -69	86,4
<b>Stato civile</b>	
coniugata	85,7
non coniugata	87,5
<b>Convivenza</b>	
convivente	83,8
non convivente	92,9
<b>Istruzione**</b>	
bassa	89,7
alta	81,8
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	84,2
no	87,1

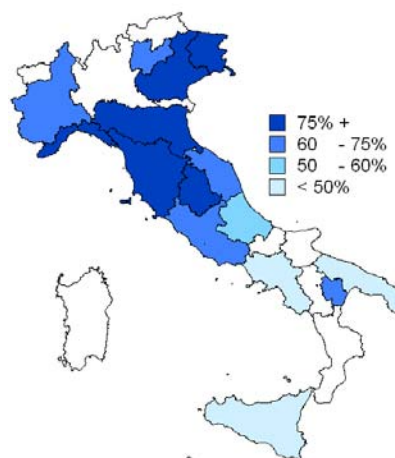
\* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione

alta: media superiore/laurea

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

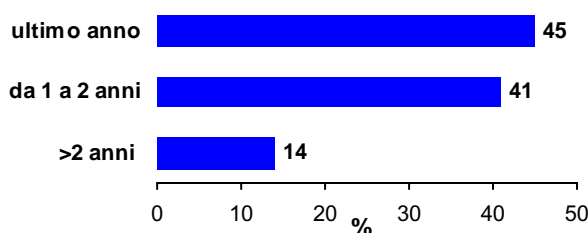
**Percentuale di donne di 50-69 anni che hanno eseguito la Mammografia negli ultimi due anni**  
Pool PASSI 2007 – Italia



### Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
  - Il 45% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 41% da uno a due anni
  - l'14% da più di tre anni.

**Mammografia e periodicità\***  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=51)

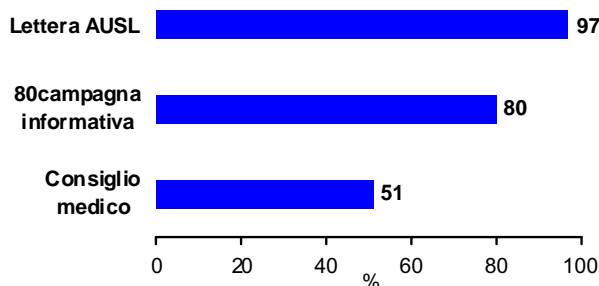


\* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

### Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL 1:
  - il 97% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
  - l'80% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 51% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.

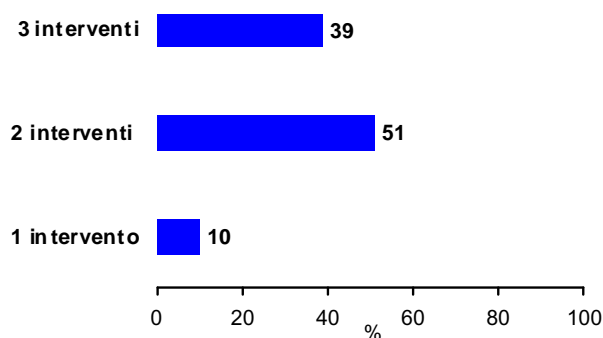
**Promozione della mammografia**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008



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

- Il 39% 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 51% due interventi di promozione, il 10% uno solo.
- Solo il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

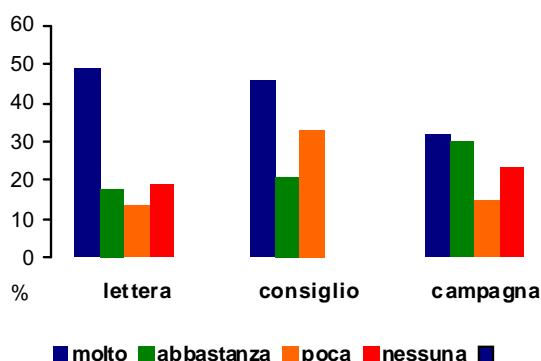
**Interventi di Promozione dell'ultima mammografia**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008



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

- Nella ASL 1 il 67% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (49% molta e 18% abbastanza), mentre il 14% poca influenza sulla scelta ed il 19% nessuna.
- Tra le 6 province della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 63% di Verona al 84% di Vicenza).

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008

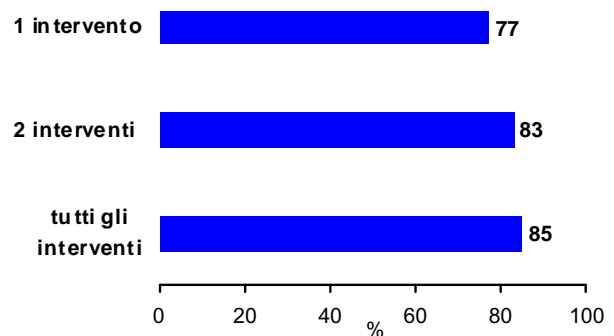


- Il 67% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (46% molta e 21% abbastanza), mentre il 33% poca influenza sulla scelta; tra le 6 province della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 71% di Padova all' 84% di Treviso).
- Il 62% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (32% molta e 30% abbastanza), mentre il 15% poca influenza sulla scelta ed il 23% nessuna; tra le 6 province della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 62% di Vicenza al 82% di Verona).
- Tra le Asl partecipanti al sistema a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ASL, il 81% per il consiglio dell'operatore e del 67% per la campagna comunicativa.

### **Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?**

- Nella ASL 1 tutte le donne di 50-69 anni hanno ricevuto almeno un intervento di promozione. Tra le donne che hanno ricevuto 1 o 2 o 3 degli interventi considerati (lettera, consiglio o campagna) non si rilevano significative differenze di percentuali nell'aver effettuato l'esame nei tempi raccomandati.
- In Veneto il 71% delle donne di 50-69 anni che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 73% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'82% con due interventi e all'85% con tutte e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 29%, 54%, 73% e 81%.

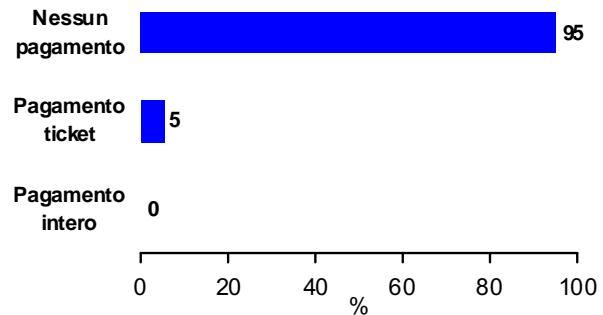
**Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione**  
ASL 1 - PASSI 20072008



## Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL 1 il 95% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 5% ha pagato solamente il ticket e nessuna l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della mammografia per le pazienti  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=43)

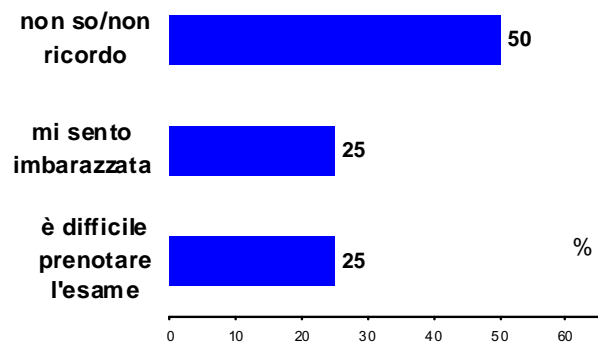


- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 5% di Belluno al 35% di Padova).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 27% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato la Mammografia a pagamento (19% nel Nord-Est Italia).

## Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL 1 nessuna delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 14% invece di averla effettuata oltre i 2anni.
- Le motivazione della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "è difficile prenotare l'esame" 25%
  - "mi sento imbarazzata" 25%
  - "non so/ non ricordo" 50%

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida  
ASL 1 - PASSI 2007/2007



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL 1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventiva è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (86%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo i risultati di PASSI nel Veneto il 77% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 16% con una periodicità superiore e il 7% l'ha effettuata in forma completamente privata. Il confronto tra la proporzione di donne che ha effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicata da PASSI (77%) e dai flussi regionali screening (72%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni e dimostra un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali. Questo fenomeno dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro del polmone tra gli uomini e il cancro della mammella tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 13.000.

Nella Regione 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 negli uomini e 67 nelle donne).

Queste neoplasie sono responsabili dell'13% dei decessi per tumore, che nel 2006 sono stati pari a 1708. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 61%.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci, la rettosigmoidoscopia e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di 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 del colon-retto 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 ASL del Veneto hanno avviato i programmi di screening delle neoplasie colo rettali, all'inizio del 2007 i programmi di screening erano attivi in 17 ASL.

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

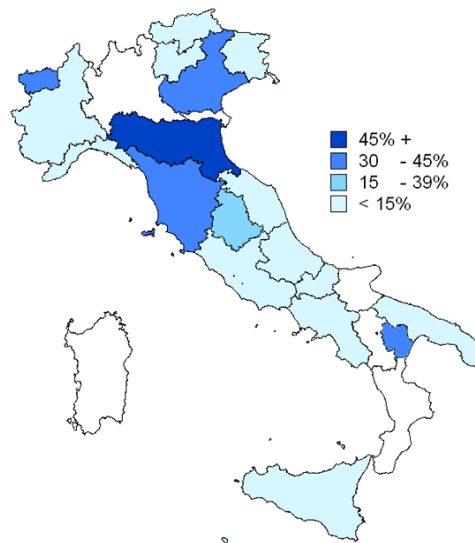
- Nella ASL 1 l' 84% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- L' 82% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 2% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=104)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
<b>Totale</b>	<b>82,5</b> (IC95% 73,8- 89,3)	<b>1,9</b> (IC95% 0,2- 6,8)
<b>Classi di età</b>		
50 - 59	76,7	1,7
60 - 69	90,7	2,3
<b>Sesso</b>		
uomini	77,4	1,9
donne	88,0	2,0
<b>Istruzione</b>		
bassa	84,7	1,7
alta	79,5	2,3
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	88,6	0,0
no	81,3	3,1



- Nelle 6 province della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni mostra differenze statisticamente significative (range dal 13% della provincia di Padova all'73% di quella di Belluno), mentre la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative (range dal 6% di Belluno all'13% di Verona).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza 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 8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati. (rispettivamente 53% e 10% nel Nord-Est Italia).

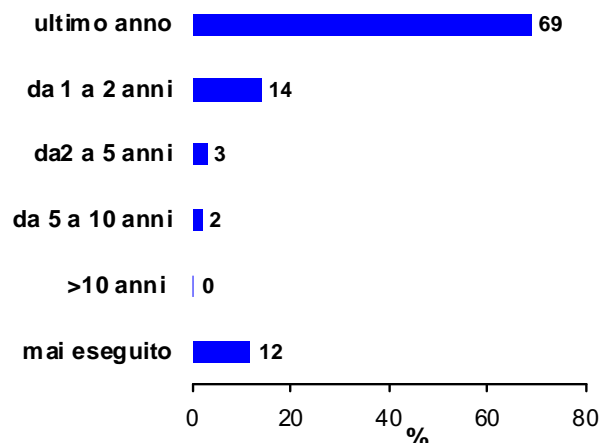
**Percentuale di persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni**  
Pool PASSI 2007 - Italia



### ***Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?***

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:
  - il 69% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 14% da uno a due anni
  - il 5% da più di tre anni
  - Il 12% non ha mai eseguito il test.

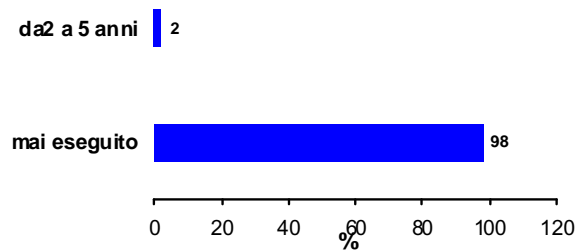
**Sangue occulto e periodicità\***  
ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=103)



- Rispetto alla colonscopia:
  - il 2% da uno a cinque anni
  - il 98% mai eseguita

#### Colonscopia e periodicità\*

ASL 1 - PASSI 2007/2008

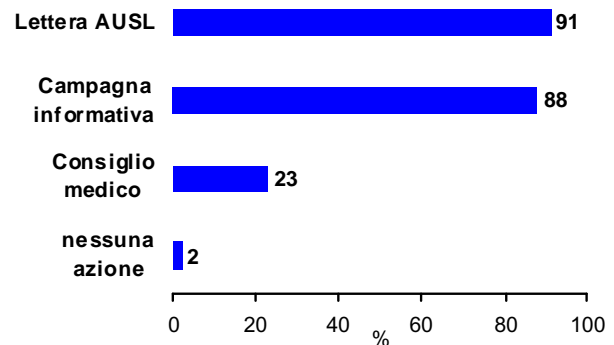


### Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nella ASL 1:
  - il 92% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
  - il 23% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
  - il 88% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colo-rettale (range dal 8% di Padova al 92 di Belluno), si rilevano differenze statisticamente significative anche per il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 20% di Padova al 42% di Belluno) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 38% di Padova al 87% di Belluno).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

#### Promozione dello screening coloretale

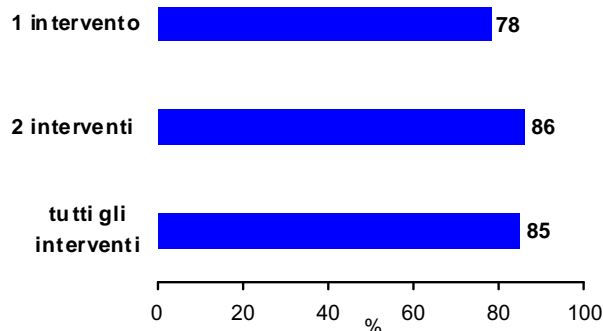
ASL 1 - PASSI 2007/2008



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

- Nella ASL 1 il 78% delle persone di 50-69 che ha ricevuto un intervento di promozione tra i tre considerati (lettera, condiglio o campagna), ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'86% nelle persone che hanno ricevuto due interventi, all' 85% con tutti e tre gli interventi.
- Nel Veneto queste percentuali sono rispettivamente dell'8%, 44%, 75% e 82%.
- Tra le Asl partecipanti al sistema di sorveglianza Passi a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 5%, 29%,63% e 76%.

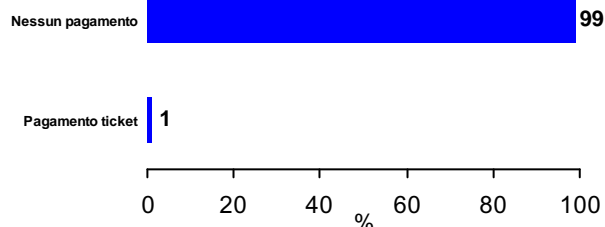
**Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008



## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL 1 il 99% 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 1% ha pagato solamente il ticket.
- Le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni non ha effettuato alcun pagamento.
- 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).
- Nelle 6 province della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 0% di Verona al 42% di Padova).
- Per quel che riguarda la colonscopia, non ci sono differenze statisticamente significative tra le ASL della regione.

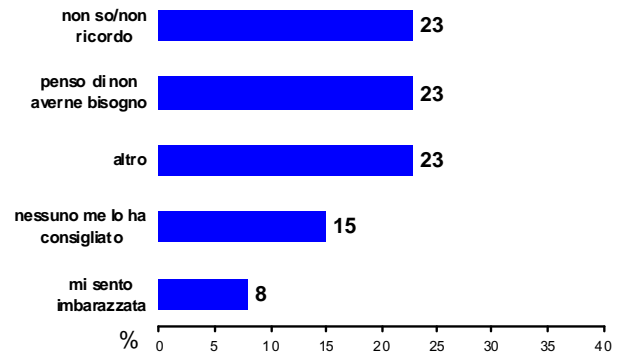
**Costi della ricerca di sangue occulto**  
ASL 1 - PASSI 2007/2008



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

- Nella ASL 1 il 12% 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" 23%
  - "altro" 23%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 15%
  - "mi sento imbarazzata" 8%
  - "è fastidioso/doloroso" 10%
  - Non so/ non ricordo 23%.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida  
ASL 1- PASSI 2007/2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si rileva non ancora sufficiente la percentuale di persone che vi si è sottoposta a scopo preventivo sia a livello locale, regionale e nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia. Nel Veneto lo screening del tumore colon rettale è stato avviato con differenti modalità in 17 ASL su 21. Nell'Asl 1 l'offerta è attiva dal 2005 con proposta della ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) ogni due anni associata a campagne educative ed informative rivolte alla popolazione target con l'intervento di medici specialisti gastroenterologi e operatori di Sanità Pubblica.

Un aspetto evidenziato dal sistema PASSi è che l'aver ricevuto due o più interventi di promozione dello screening (lettera, consiglio, campagna informativa) fa aumentare di circa il 10% la probabilità di effettuazione degli esami nei tempi raccomandati rispetto ad un unico intervento. Si conferma quindi la opportunità di rinforzare la proposta dello screening colon rettale con campagne educative /informative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici specialisti, MMG e 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 lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED). Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante tale diagnosi di questa condizione richiede una valutazione clinica approfondita.

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

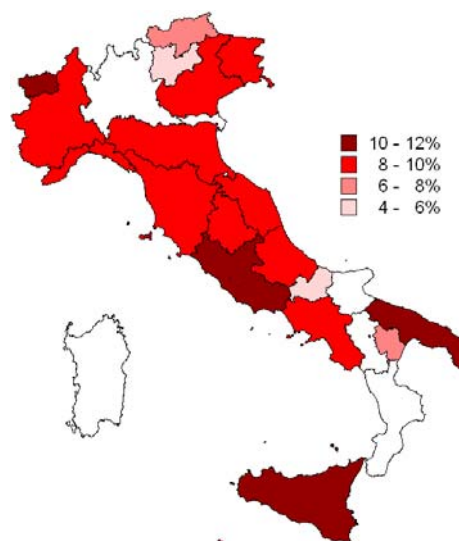
- Nella ASL 1 il 3% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL 1 i sintomi di depressione sembrano colpire di più le donne, le fasce di età superiori ai 35 anni, le persone con un livello di istruzione alta, quelle con difficoltà economiche.

Sintomi di depressione ASL 1 - PASSI 2007/2008 (n=257)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 $\geq$ 3)
<b>Totale</b>	<b>2,7</b> (IC95%: 1,1-5,5)
<b>Classi di età</b>	
18-34	0,0
35 - 49	5,5
50 - 69	1,9
<b>Sesso</b>	
uomini	1,5
donne	4,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	0,0
alta	4,5
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	5,5
no	1,8
<b>Stato lavorativo</b>	
Lavora	2,7
Non lavora	2,8
<b>Malattie croniche</b>	
Almeno una	2,4
Nessuna	2,8

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

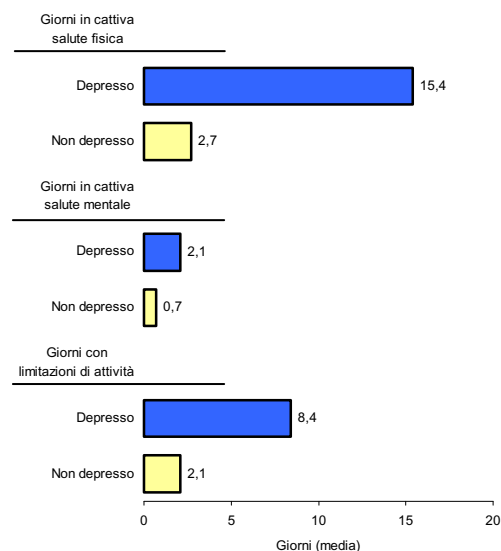
- Nelle 6 province della Regione Veneto con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 4% della provincia di Belluno al 12% di quella di Verona).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 9% (8% nel Nord-Est Italia).

**Persone con sintomi di depressione (%)**  
Pool PASSI 2007 – Italia



## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 43% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 73% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



## A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL 1 la maggior parte delle persone che hanno riferito sintomi di depressione ha ritenuto necessario chiedere aiuto a qualcuno (80%) e, in particolare la ricerca di aiuto è stata rivolta a un medico o a un operatore sanitario (60%).
- Nel Veneto tra tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di coloro che si sono rivolte a qualcuno risulta del 43%, di cui il 25% a un medico o altro operatore, il 13% a un familiare e il 5% ad entrambi.

## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 il campione con sintomi di depressione analizzato è sicuramente troppo esiguo e quindi non statisticamente significativo; bisognerà attendere il risultato di ulteriori interviste per poter trarre delle conclusioni e delle eventuali raccomandazioni. Si può dire però che analizzando i risultati del PASSI regionale questi 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.





# Appendice



## Tabella riassuntiva

### Sistema di sorveglianza PASSI 2007-I trimestre 2008

#### 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](http://www.epicentro.iss.it/passi).

#### Risultati

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

#### Descrizione del campione

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Numerosità	261	4271	30.408
Uomini	51.3	50.5	49.5
Donne	48.7	49.5	50.5
Età media	44 anni	44 anni	44 anni
18-34	24.1	30.1	29.1
35-49	35.6	35.2	34.0
50-69	40.2	34.7	36.8
Livello di istruzione			
alto <sup>1</sup>	59.8	52.2	56.1
basso <sup>2</sup>	40.2	47.8	43.9
Stato civile			
coniugati	59.2	64.0	61.6
celibi/nubili	33.1	29.2	30.8
vedovi/e	4.2	3.0	3.0
separati/divorziati	3.5	3.8	4.6
Cittadinanza straniera	3.1	4.2	2.4
Lavoro regolare <sup>3</sup>	76.1	71.3	63.8
Difficoltà economiche			
nessuna	69.4	55.6	44.0
qualche	25.4	35.7	41.4
molte	5.2	8.6	14.6

<sup>1</sup> licenza media superiore o laurea

<sup>2</sup> licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

<sup>3</sup> campione compreso tra 18 e 65 anni

**Sezione 1 - Percezione dello stato di salute**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	72.0	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	87.3	80.6	77.0
1-13 giorni	10.4	15.6	18.5
14+ giorni	2.3	3.8	4.5

**Sezione 1 - Vaccinazione antinfluenzale**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Vaccinati 18-65	13.2	12.9	12.4 (11.4-13.4)
Vaccinati 18-65 con almeno 1 patologia	26.3	30.2	28.8 (25.8-31.9)

**Sezione 2 - Attività fisica**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Livello di attività fisica attivo <sup>4</sup>	34.2	32.4	32.6 (31.9-33.2)
parzialmente attivo <sup>5</sup>	48.1	47.6	38.8 (38.1-39.6)
sedentario <sup>6</sup>	17.7	20.0	28.6 (27.9-29.3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha chiesto al proprio assistito se fanno regolare attività fisica <sup>7</sup>	36.9	35.6	32.5 (31.7-33.4)
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha consigliato al proprio assistito di fare dell'attività fisica <sup>7</sup>	29.6	29.6	29.5 (28.7-30.3)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	15.2	24.2	25.4

**Sezione 3 - Abitudine al fumo**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Abitudine al fumo			
fumatori <sup>8</sup>	20.0	24.9	30.3 (29.6-31.0)
uomini	21.6	28.8	34.9
donne	18.1	20.9	25.8
ex fumatori <sup>9</sup>	21.1	21.5	19.0 (18.4-19.5)
non fumatori <sup>10</sup>	59.0	53.6	50.7 (50.0-51.4)
Fumatori	-	35.1	36.0
18-34	33.3	30.2	35.6

<sup>4</sup> 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)

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

<sup>6</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

<sup>7</sup> vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

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

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

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

35-49	15.1	25.5	31.6
50-69	16.2	18.4	24.2
Livello di istruzione			
<i>alto</i>	24.4	23.9	31.9
<i>basso</i>	13.3	26.0	29.1
Difficoltà economiche			
<i>si</i>	22.4	29.0	33.4
<i>no</i>	19.8	21.8	26.4
Numero medio di sigarette Chiesto se fuma <sup>7</sup>	12 sigarette	12 sigarette	13 sigarette
<i>a tutto il campione</i>	36.6	41.6	41.4 (40.5-42.2)
<i>ai fumatori</i>	48.1	64.9	65.5 (64.1-67.0)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori) <sup>7</sup>	40.0	57.6	60.8 (59.2-62.3)
Ha tentato di smettere nell'ultimo anno	30.0	47.7	40.1
Ha smesso da solo	100.0	94.9	95.8
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):			
<i>sempre o quasi sempre</i>	89.7	89.8	85.4 (84.6-86.1)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:			
<i>sempre o quasi sempre</i>	93.7	92.9	85.0 (84.3-85.6)

#### **Sezione 4 - Situazione nutrizionale e abitudini alimentari**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>sovrappeso</i>	29.1	30.7	32.0 (31.3-32.7)
<i>obeso</i>	8.3	9.2	10.8 (10.3-11.3)
<i>sovrappeso/obeso</i>	37.4	39.9	42.8 (42.1-43.5)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario <sup>11</sup>			
<i>sovrappeso</i>	35.1	45.3	47.9
<i>obesi</i>	71.4	81.1	81.5
<i>sovrappeso/obeso</i>	45.1	54.0	56.9 (55.6-58.1)
Consigliato di fare attività fisica da un medico o operatore sanitario			
<i>sovrappeso</i>	23.3	34.0	32.5
<i>obesi</i>	54.5	46.3	43.5
<i>sovrappeso/obeso</i>	31.7	36.9	35.4 (34.2-36.7)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	12.3	13.1	10.4 (10.0-10.9)

#### **Sezione 5 - Consumo di alcol**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>12</sup>	70.7	70.0	61.1 (60.4-61.8)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	15.8	13.1	8.3 (8.0-8.7)
Bevitori binge <sup>13</sup>	13.6	11.5	7.0 (6.7-7.4)
Forti bevitori <sup>14</sup>	4.7	6.7	3.8 (3.6-4.1)
Bevitori a rischio <sup>15</sup>	24.9	24.5	15.7 (15.2-16.2)

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

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

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

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

Chiesto dal medico il consumo di alcolici <sup>11</sup>	18.5	21.1	15.6 (15.0-16.2)
Consigliato di ridurre il consumo <sup>11</sup> <i>ai bevitori a rischio</i>	11.5	7.4	8.0

### Sezione 6 - Sicurezza stradale

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza <sup>16</sup>			
<i>casco sempre</i>	98.0	96.8	91.7 (90.8-92.6)
<i>cintura anteriore sempre</i>	90.4	89.4	81.7 (81.1-82.3)
<i>cintura posteriore sempre</i>	40.4	31.0	18.9 (18.3-19.5)
Guida sotto effetto dell'alcol <sup>17</sup>	14.0	17.3	12.9 (12.3-13.5)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	7.9	13.6	9.1

### Sezione 7 - Ipertensione arteriosa

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che riferiscono di essere ipertese	23.9	22.2	21.4 (20.8-22.0)
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	82.8	85.1	82.6 (82.1-83.2)

### Sezione 7 - Colesterolemia

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche	31.9	28.2	24.9 (24.2-25.7)
Misurazione del colesterolo almeno una volta	73.2	78.2	77.0 (76.4-77.6)

### Sezione 7 - Punteggio di rischio cardiovascolare ( $\geq 40$ anni)

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare <sup>18</sup>	2.6	6.4	6.4 (6.0-6.9)

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

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni	88.0	83.9	74.0 (73.0-75.1)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	82.9	77.0	56.1 (55.1-57.0)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	55.2	60.8	58.8 (57.6-59.9)
Donne che hanno visto una campagna informativa	81.0	72.2	66.6
Influenza positiva di			
<i>lettera dell'ASL</i>	63.7	59.9	65.2
<i>consiglio dell'operatore</i>	61.1	74.6	77.3
<i>campagna comunicativa</i>	59.2	61.4	63.0
Donne che hanno effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli			

<sup>15</sup> bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

<sup>16</sup> calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o in automobile

<sup>17</sup> aver guidato entro un' ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg.

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

interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)

<i>0 interventi</i>	66.7	55.9	42.2
<i>1 intervento</i>	100.0	77.8	65.4
<i>2 interventi</i>	84.8	87.1	82.0
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	90.2	91.8	87.5

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

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	86.3	81.7	68.2 (66.7-69.8)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	98.0	82.1	61.8 (60.3-63.3)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	51.0	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>	67.4	76.3	73.7
<i>consiglio dell'operatore</i>	66.6	79.2	82.3
<i>campagna comunicativa</i>	61.8	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>	100.0	72.3	53.9
<i>2 interventi</i>	80.8	83.4	73.1
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	90.0	86.2	81.9

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

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	82.5	43.8	19.4 (18.7-20.1)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	1.9	9.3	9.1 (8.4-9.8)
Ha ricevuto la lettera dell'ASL	91.4	55.4	21.4 (21.8-22.9)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	26.7	27.2	23.2 (22.2-24.1)
Ha visto una campagna informativa	87.6	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>	-	8.6	5.1
<i>1 intervento</i>	77.8	44.9	29.5
<i>2 interventi</i>	86.3	75.6	64.8
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	85.0	81.4	77.3

### **Sezione 11 - Vaccinazione antirosolia**

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Donne vaccinate (18-49 anni)	40.8	57.8	32.5 (31.3-33.6)



Donne (18-49 anni) suscettibili <sup>19</sup>	36.8	30.7	44.8 (43.1-45.7)
---	------	------	------------------

### Sezione 12 - Sintomi di depressione

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane <sup>20</sup>	2.7	7.7	8.9 (8.5-9.4)
<i>donne</i>	4.1	10.4	12.3 (11.5-13.0)
<i>uomini</i>	1.5	5.0	5.6 (5.1-6.1)
<i>18-34</i>	-	6.3	6.5
<i>35-49</i>	5.5	7.6	8.5
<i>50-69</i>	1.9	8.9	11.6
<i>almeno 1 patologia</i>	2.4	11.9	17.8
Ha cercato aiuto da qualcuno <sup>21</sup>	80.0	48.0	53.1
Figure a cui si è ricorso per sintomi di depressione			
<i>nessuno</i>	20.0	52.0	46.9
<i>medico/operatore sanitario</i>	60.0	28.7	33.6
<i>famiglia/amici</i>	-	14.9	13.7

### Sezione 13 - Sicurezza domestica

	AULSS 1	Veneto	Pool di ASL italiane
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	91.2	92.2	91.6 (91.2-92.0)
Hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive <sup>22</sup>	15.5	28.1	29.1 (27.7-30.5)
Dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni	26.5	31.0	27.9 (27.2-28.6)
Fonti di informazione:			
<i>opuscoli</i>	11.5	17.9	14.1
<i>mass media</i>	11.9	13.6	14.9
<i>tecnici</i>	3.1	3.6	3.0
<i>medico/altro operatore sanitario</i>	1.1	2.1	1.9
<i>parenti/amici</i>	1.1	0.9	1.2

### 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.

<sup>19</sup> donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha mai effettuato il rubeotest

<sup>20</sup> 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

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

<sup>22</sup> calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

**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.



## 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](http://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 distribuiscono 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"**

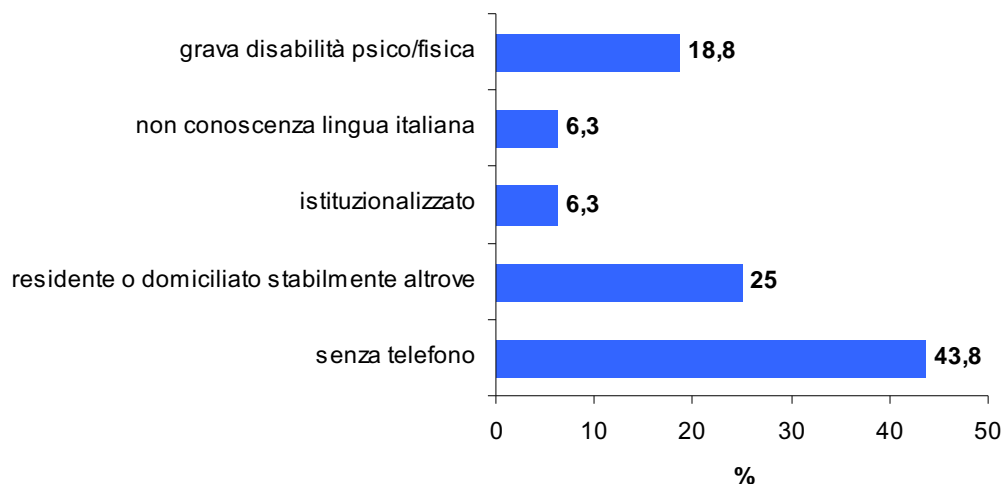
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il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

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

### Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

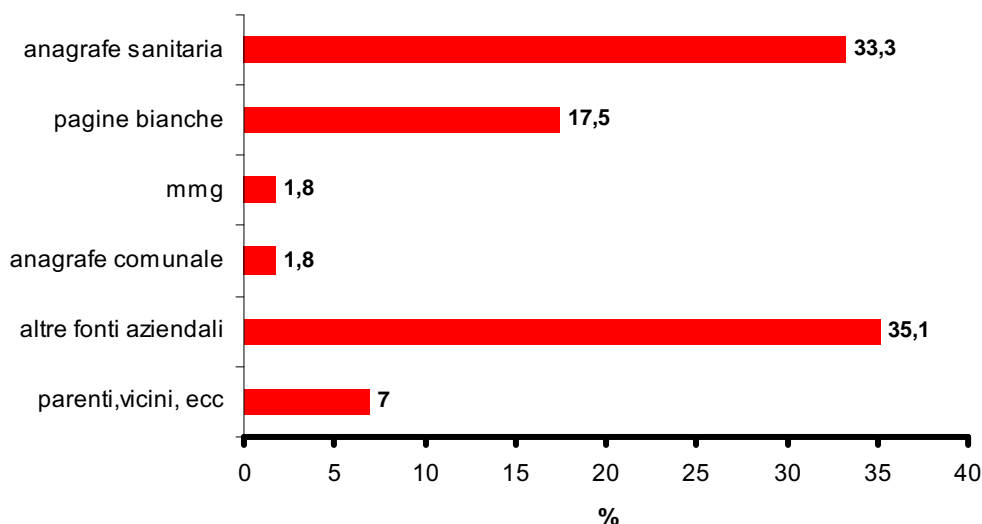
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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

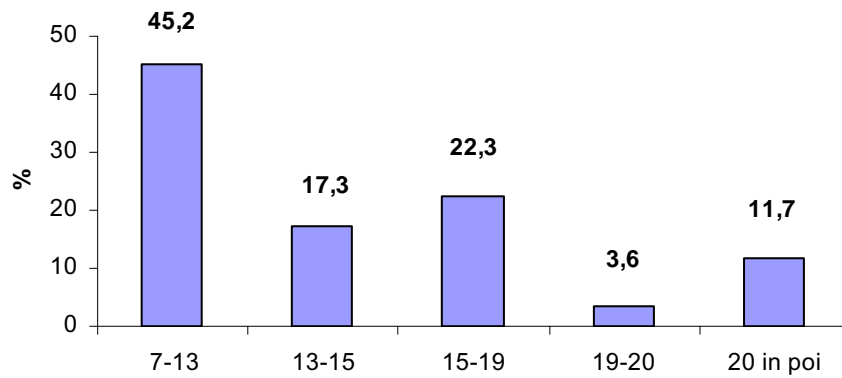
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla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



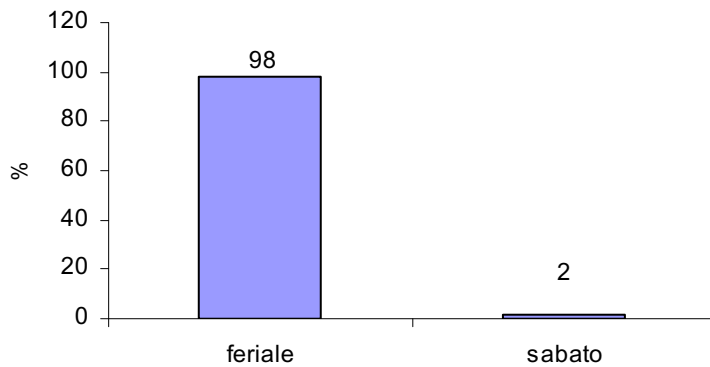
## Distribuzione delle interviste per orari/giorni

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](http://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](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](http://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 multiscope 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](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](http://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](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](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](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](http://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](http://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](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](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](http://www.istat.it)
- [www.epicentro.iss.it](http://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](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>)

