



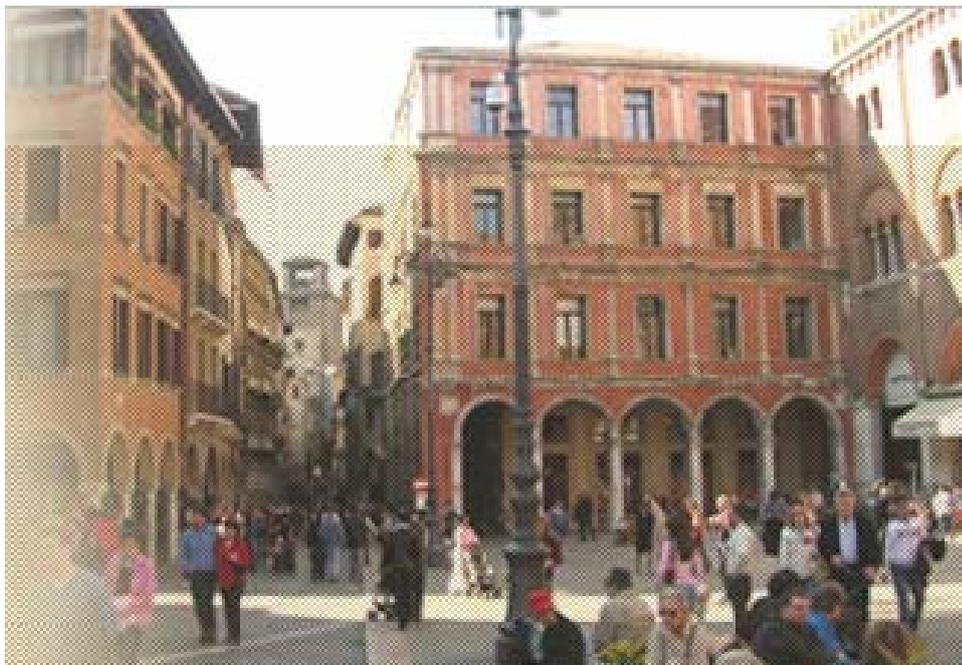
**AZIENDA  
ULSS 9  
TREVISO**



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

## **Stato di salute e stili di vita negli adulti tra i 18 e i 69 anni**

*i dati del sistema di sorveglianza Passi  
ULSS 9 – Treviso 2007-09*



a cura del  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**



## Redazione del rapporto

Mauro Ramigni, Manuela Mazzetto

Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene e Sanità Pubblica - ULSS 9

con la collaborazione di

Antonella Nicoletti, Monica Agostini, Luciana Cadamuro, Nicoletta Gardellini, Elisabetta Michilin, Renata Spigariol

Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene e Sanità Pubblica - ULSS 9

hanno contribuito

Giovanni Gallo - Direttore Dipartimento di Prevenzione ULSS 9

Anna Pupo - Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene e Sanità Pubblica - ULSS 9

Patrizia Ciaglia, Silvia Giovannetti, Elio Soldano - Servizio Informativo Informatico - ULSS 9

Silvia Milani - coordinatrice regionale dello studio

Federica Michieletto - referente regionale per lo studio

Laura Tagliapietra - Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione Regionale per la Prevenzione

## Intervistatrici

Monica Agostini

Luciana Cadamuro

Nicoletta Gardellini

Elisabetta Michilin

Antonella Nicoletti

Renata Spigariol

*Si ringraziano il Direttore Generale e il Direttore Sanitario della ULSS 9, i Medici di Medicina Generale ed i Sindaci per la preziosa collaborazione fornita.*

*Un ringraziamento particolare*

*a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione e al gruppo tecnico nazionale dello studio PASSI per il continuo supporto che ci dedica*

# Premessa

---

Questo rapporto presenta una selezione dei risultati del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) nella nostra ULSS focalizzata sulla percezione dello stato di salute e sugli stili di vita.

PASSI è un sistema di sorveglianza di popolazione che ha lo scopo di stimare la prevalenza di fattori di rischio (fumo di tabacco, alimentazione squilibrata, sovrappeso, abuso di alcol, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue, ipertensione arteriosa...) e il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione.

L'importanza di avere a disposizione un tale strumento è indiscutibile se si tiene conto che circa metà degli anni di vita in buona salute persi dai nostri cittadini potrebbero essere recuperati grazie ad interventi di prevenzione che promuovano l'adozione di stili di vita salutari.

La raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati avvengono a livello locale, così da consentire anche ad una singola ULSS di utilizzarli direttamente per la programmazione degli interventi di prevenzione. La raccolta continua di dati propria di questo sistema consente di monitorare questi interventi e la loro efficacia nel tempo, mentre il confronto tra le Regioni e tra le diverse aziende sanitarie all'interno della stessa Regione, permette di individuare eventuali disuguaglianze.

PASSI non è però solo uno strumento scientifico di analisi e valutazione, ma è anche un mezzo di comunicazione tra cittadini e sistema sanitario. Raccogliendo le informazioni sui bisogni di salute percepiti, sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio attraverso il contatto diretto con le persone, PASSI ne ascolta la voce e così accresce l'interazione tra cittadini e istituzioni, requisito essenziale per attuare strategie di prevenzione che agiscano sugli stili di vita e intervengano efficacemente sulle condizioni sociali e ambientali.

# Indice

---

pag	5	Sintesi del rapporto
pag	9	1. Stato di salute
pag	10	PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE
pag	12	SINTOMI DI DEPRESSIONE
pag	14	2. Stili di vita - guadagnare salute
pag	15	ATTIVITA' FISICA
pag	16	SOVRAPPESO E ALIMENTAZIONE
pag	19	ABITUDINI ALIMENTARI: IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA
pag	20	ABITUDINE AL FUMO
pag	23	CONSUMO DI ALCOL
pag	26	GLI OPERATORI SANITARI E GLI STILI DI VITA
pag	30	3. Rischio cardiovascolare
pag	30	IPERTENSIONE ARTERIOSA
pag	31	COLESTEROLEMIA
pag	32	CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE
pag	33	Descrizione del campione
pag	37	all.1 Metodi
pag	38	all. 2 Monitoraggio
pag	40	Bibliografia

# Sintesi del rapporto

## Il "sistema" PASSI

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza italiano sugli stili di vita degli adulti tra i 18 e i 69 anni. La raccolta dati avviene a livello di ULSS tramite un questionario telefonico che viene posto ad un campione stratificato per sesso e classi di età (circa 25 persone al mese) estratto casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ULSS.

Questo documento è relativo ai primi 2 anni di raccolta dati nella nostra ULSS (aprile 2007 - marzo 2009). In questo periodo sono state intervistate 519 persone, (262 uomini e 257 donne) selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età. Il tasso di risposta è stato del 91%. Ha rifiutato di essere intervistato il 7% degli eleggibili e non è stato possibile raggiungere il restante 2%.

## I risultati principali e il confronto con il Veneto e l'Italia

Tra gli adulti con meno di 70 anni...

22% fuma



28% beve "a rischio" per la salute



11% ha guidato con un livello di alcol nel sangue rischioso



15% mangia 5 porzioni al giorno di frutta o verdura



74% non fa sufficiente attività fisica



39% è in sovrappeso



17% è iperteso



31% ha il colesterolo alto



8% soffre di sintomi di depressione



Non ci sono grosse differenze tra i risultati concernenti l'ULSS 9 e quelli regionali. Rispetto ai dati nazionali, nell'ULSS di Treviso si fuma meno e si mangia verdura più spesso, ma sono di più le persone che bevono alcol in modo pericoloso per la salute, che guidano dopo aver bevuto e che hanno alti livelli di colesterolo.

## STILI DI VITA

Gli adulti tra i 18 e i 69 anni della nostra ULSS in sovrappeso sono circa 108.000 (39%), di questi circa un quarto sono francamente obesi. Pochi degli adulti sotto i 70 anni (15%) riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura.

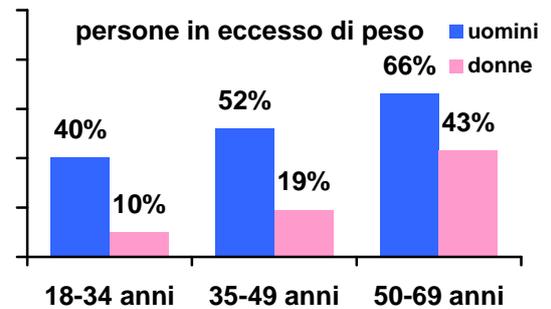
Solo un quarto degli intervistati pratica un buon livello di attività fisica e i sedentari sono circa 60.000 (21%).

Anche i fumatori sono approssimativamente 60.000 (22%), mentre coloro che bevono in modo pericoloso per la salute sono attorno agli 80.000 (29%). Fumare e bere in modo pericoloso sono abitudini più diffuse tra i più giovani.

### Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

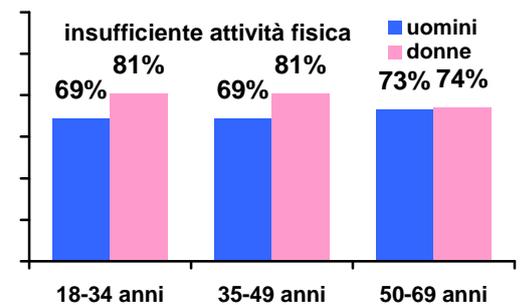
Nell'ULSS 9 il 30% delle persone intervistate è in sovrappeso e il 9% obeso. Sovrappeso e obesità crescono in modo significativo con l'età e sono più frequenti negli uomini e tra le persone con basso livello di istruzione. Appena il 19% tra chi è in eccesso di peso sta seguendo una dieta.

Solo il 15% della popolazione intervistata consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura come sarebbe raccomandato; il 42%, tuttavia, arriva a 3-4 porzioni al giorno.



### Attività fisica

Il 26% degli intervistati pratica sufficiente attività fisica; il 53% può essere considerato solo moderatamente attivo; il restante 21% è sedentario. Gli uomini sono un po' più attivi delle donne, soprattutto sotto i 50 anni. Il 36% delle persone che non praticano un buon livello di attività fisica ritengono invece di farne in quantità adeguata.



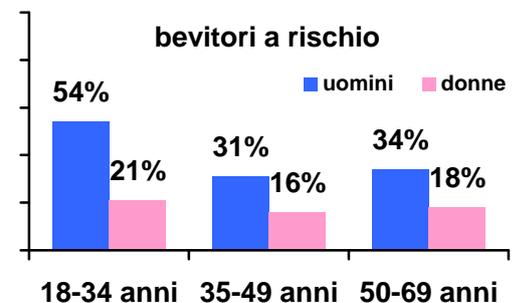
### Alcol

Complessivamente il 28% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore di alcol a rischio (beve quotidianamente quantità di alcol rischiose per la salute o beve prevalentemente fuoripasto o è un bevitore "binge" cioè almeno una volta nell'ultimo mese ha bevuto in una sola occasione 6 o più unità di bevande alcoliche\*).

\* 1 bicchiere di vino o lattina di birra o bicchierino di superalcolico

L'11% degli intervistati dichiara di aver guidato almeno una volta nel mese prima dell'indagine con livelli rischiosi\*\* di alcol nel sangue. Questa abitudine è diffusa quasi esclusivamente tra gli uomini (24% contro 1% delle donne).

\*\* hanno guidato meno di un'ora dopo aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche

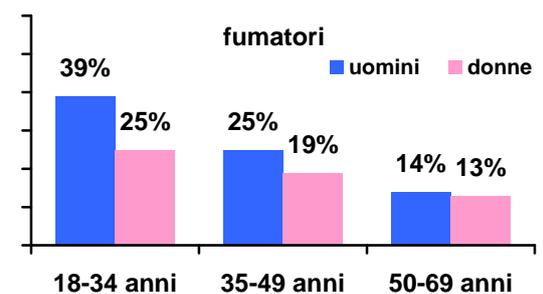


### Fumo

Nell'ULSS 9 il 22% dei residenti tra 18 e 69 anni fuma.

I fumatori sono di più tra gli uomini rispetto alle donne (25% contro 19%) e nelle classi d'età più giovani (sotto i 35 anni, 1 su 3 riferisce di essere fumatore). Il 17% dei fumatori fuma 20 o più sigarette al giorno.

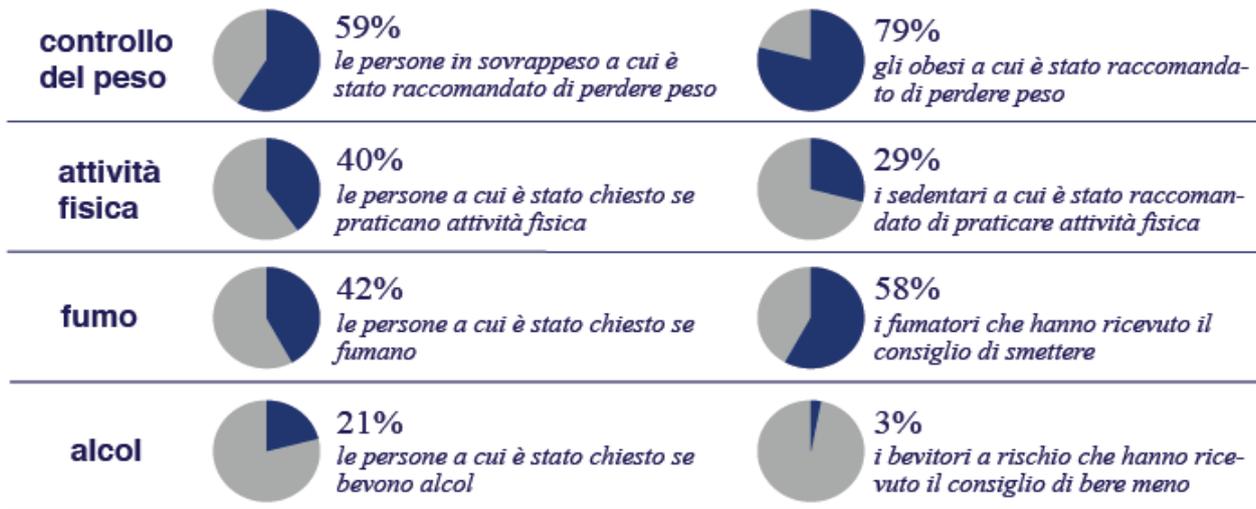
Il 23% degli intervistati ha dichiarato di essere un ex fumatore: quasi tutti gli ex fumatori hanno riferito di aver smesso di fumare da soli, senza ricevere aiuti da nessuno.



## L'attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari

L'intervento breve sull'assistito nel corso di "occasioni opportune", specie se svolto nell'ambito di un contesto "multicomponente" di promozione della salute si è dimostrato efficace nell'innescare e nell'aiutare a mantenere comportamenti favorevoli alla salute.

Gli operatori sanitari però non riservano la stessa attenzione ai diversi fattori di rischio: l'alcol è spesso dimenticato e raramente i bevitori a rischio sono invitati a modificare il loro comportamento; più frequente ma ancora non del tutto sufficiente sembra essere l'interesse per la pratica dell'attività fisica ed ancora 4 fumatori su 10 riferiscono di non aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare. L'invito a diminuire il proprio peso corporeo è invece rivolto alla maggior parte delle persone in eccesso di peso.



## FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

I fattori di rischio cardiovascolare sono diffusi: tra gli adulti fino ai 70 anni nell'ULSS 9 possiamo stimare circa 47.000 ipertesi e più di 80.000 persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue.

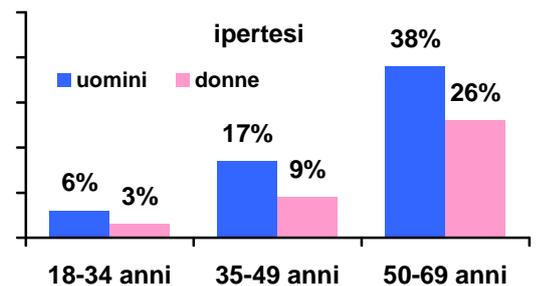
Il punteggio di rischio cardiovascolare è stato calcolato a solo il 6% delle persone tra i 35 e i 69 anni.

### Iperensione arteriosa

Circa l'84% degli intervistati riferisce di essersi sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni.

Tra questi al 17% è stata diagnosticata ipertensione arteriosa; in particolare, tra i 50 e i 69 anni, una persona su tre riferisce di essere ipertesa.

Il 69% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.

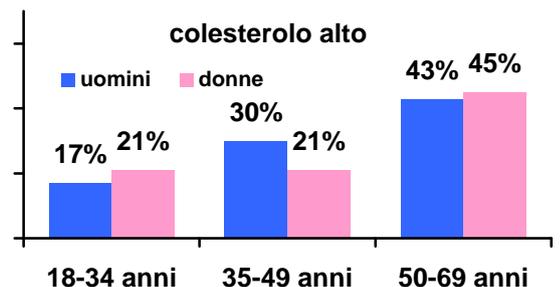


### Ipercolesterolemia

L'85% della popolazione intervistata riferisce di essersi misurata almeno una volta la colesterolemia ed al 31% di questi è stata diagnosticata ipercolesterolemia.

Il numero delle persone con colesterolo alto cresce con l'età, ma già sotto i 35 anni quasi 1 adulto su 5 riferisce di avere elevati livelli di colesterolo.

Il 22% è in trattamento farmacologico.



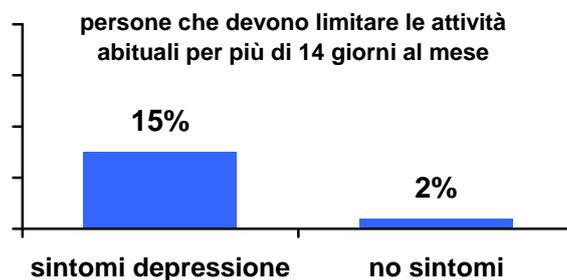
## *I sintomi di depressione*

L'8% delle persone intervistate riferisce di aver provato sintomi che potrebbero definire uno stato di depressione (scarso interesse o piacere nel fare le cose” oppure “essersi sentito giù di morale, depresso o senza speranze”) nelle ultime due settimane.

Le donne, le persone con difficoltà economiche e quelle con malattie croniche sono interessate in modo significativamente maggiore da questa sintomatologia.

Solo il 38% di coloro che ne hanno sofferto si è rivolto ad un operatore sanitario.

La limitazione delle attività quotidiane per più di 2 settimane al mese è molto più frequente tra le persone che lamentano questi sintomi, indipendentemente dalla presenza di altri problemi (malattie croniche, problemi economici...).



## *La percezione dello stato di salute*

Il 66% degli intervistati giudica buona la propria salute; a riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini e le persone con alto livello d'istruzione.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici conferma che le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute.

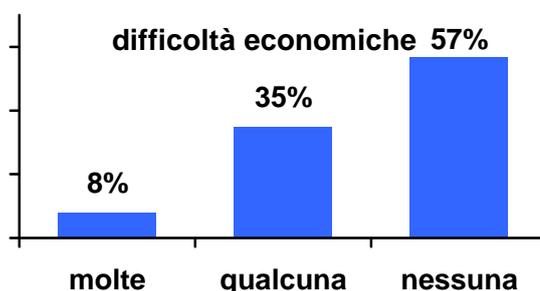
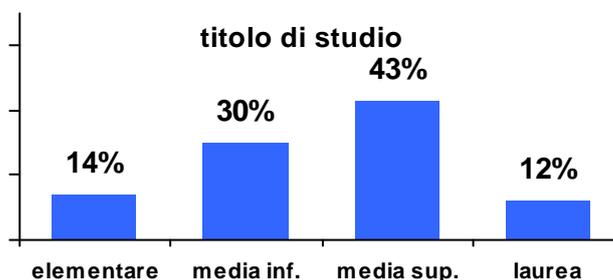
## *Le caratteristiche delle persone intervistate*

Il 29% degli intervistati ha tra i 18 e i 34 anni, il 37% tra 35 e 49 anni e il 34% è compreso tra i 50 e i 69. Il 50,5% del campione intervistato è costituito da uomini. L'età media complessiva è di 44 anni. La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale. Quasi la metà degli intervistati (44%) non possiede titolo di studio o ha al massimo la licenza media inferiore, questa percentuale sale al 69% tra le persone con più di 50 anni.

Lavora regolarmente il 74% degli intervistati (84% degli uomini e 64% delle donne), una percentuale significativamente superiore a quella italiana (64%) e sovrapponibile a quella del Veneto (72%).

L'8% dichiara di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine del mese, un valore identico a quello regionale, mentre in Italia le persone in questa situazione economica sono il 14%.

Il 94% del campione intervistato è italiano, il 6% straniero; PASSI però può dare informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo in Italia, perché il protocollo prevede la sostituzione di chi non è in grado di sostenere l'intervista in italiano.



# 1. Stato di salute

---



- Percezione dello stato di salute
- Depressione

# Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute riflette il vissuto di benessere (o malessere) psicofisico delle persone ed è strettamente correlata agli indicatori di salute tradizionali come mortalità e morbosità, alla presenza delle malattie croniche ed anche ai loro fattori di rischio (ad esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata chiedendo agli intervistati come andasse in generale la loro salute, per quanti giorni nell'ultimo mese non si fossero sentiti bene e per quanti giorni fossero stati limitati nelle loro normali attività per motivi fisici o psicologici.

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

- Nella ULSS 9 il 66% degli intervistati riferisce di sentirsi bene o molto bene, mentre il 31% riferisce di essere in condizioni di salute solo discrete.
- Il 3% ha risposto in modo decisamente negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano significativamente più soddisfatti della loro salute:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe
  - le persone senza sintomi di depressione
  - le persone non in sovrappeso

Stato di salute percepito positivamente* ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)		
Caratteristiche		%
<b>Totale</b>		<b>66</b> (IC95%: 62-70)
Età		
	18 - 34	83
	35 - 49	66
	50 - 69	53
Sesso		
	uomini	73
	donne	60
Istruzione		
	bassa	60
	alta	72
Difficoltà economiche**		
	sì	58
	no	73
Patologia severa***		
	presente	43
	assente	71
Sintomi di depressione****		
	presenti	46
	assenti	68
Peso corporeo		
	normo/sottopeso	71
	sovrappeso/obeso	60

\* 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

\*\*\*\* desunti dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti con i quali si chiede, riguardo le ultime due settimane: (1) per quanti giorni gli intervistati hanno provato poco interesse o piacere nel fare le cose, (2) per quanti giorni si sono sentiti giù di morale, depressi o senza speranze

Nell'ULSS due terzi degli adulti tra i 18 e i 69 anni percepiscono positivamente il proprio stato di salute. Una percentuale di persone uguale a quella veneta e dell'intero pool nazionale di ULSS partecipanti allo studio.

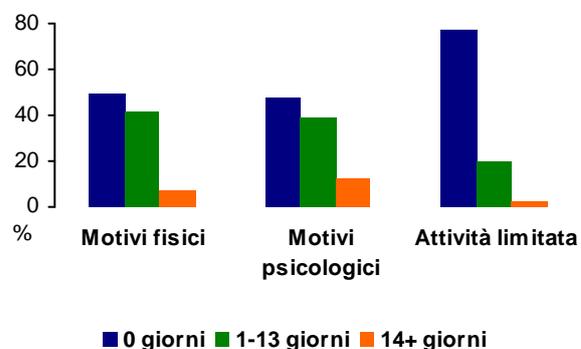


***Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura le normali attività quotidiane hanno subito delle limitazioni?***

Il numero mediano di giorni vissuti in cattiva salute in un mese è 4 per motivi fisici, 5 per motivi psicologici. Le attività abituali ne risultano limitate per 1 giorno al mese. Non vi sono rilevanti differenze per sesso ed età.

- La maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere stata bene negli ultimi 30 giorni.
- il 7% ha avuto più di 14 giorni di cattiva salute nell'ultimo mese per motivi fisici; il 12% per motivi psicologici.
- Il 3% non è stato in grado di svolgere le attività abituali per più di 14 giorni nell'ultimo mese 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  
ULSS 9 - PASSI 2007-09



***Conclusioni e raccomandazioni***

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori in linea con quelli regionali e nazionali, confermandone le correlazioni con età, sesso, situazione economica e presenza di malattia.

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale dati di questo tipo sono in genere mancanti.

# Sintomi di depressione

La salute mentale rende le persone consapevoli delle proprie risorse, capaci di affrontare le ordinarie difficoltà della vita ed in grado di realizzare il proprio ruolo nella società, apportando un contributo alla propria comunità.

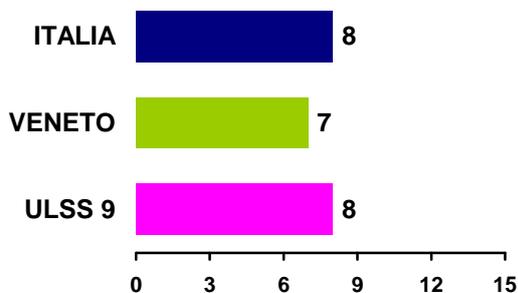
Le patologie mentali al contrario comportano costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Tra le patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte soffrano di tale disturbo. Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, è stato aggiunto al questionario PASSI un breve modulo riguardante la depressione.

Anche se ovviamente la diagnosi di depressione richiede una valutazione clinica appropriata e approfondita e non può essere dedotta solo tramite un questionario, il punteggio che si ricava da questo modulo ha un grado elevato di sensibilità e specificità per la diagnosi di depressione e risulta comparabile con i criteri diagnostici internazionali.

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

- Nella ULSS 9 l'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che definiscono lo stato di depressione. Non ci sono differenze con le ULSS del Veneto e con quelle del pool nazionale.



- Nella ULSS 9 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione: le donne, le persone con difficoltà economiche e quelle con almeno una malattia cronica risultano più colpite.

Sintomi di depressione ° °  
ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=489)

Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
<b>Totale</b>	<b>8%</b> (IC95%: 6-11)
<b>Classi di età</b>	
18-34	7
35-49	9
50-69	8
<b>Sesso</b>	
uomini	6
donne	10
<b>Istruzione*</b>	
bassa	8
alta	8
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	10
no	7
<b>Stato lavorativo</b>	
Lavora	9
Non lavora	7
<b>Malattie croniche</b>	
Almeno una	11
Nessuna	7

° ° desunti dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti con i quali si chiede, relativamente alle ultime due settimane:

(1) per quanti giorni gli intervistati hanno provato poco interesse o piacere nel fare le cose

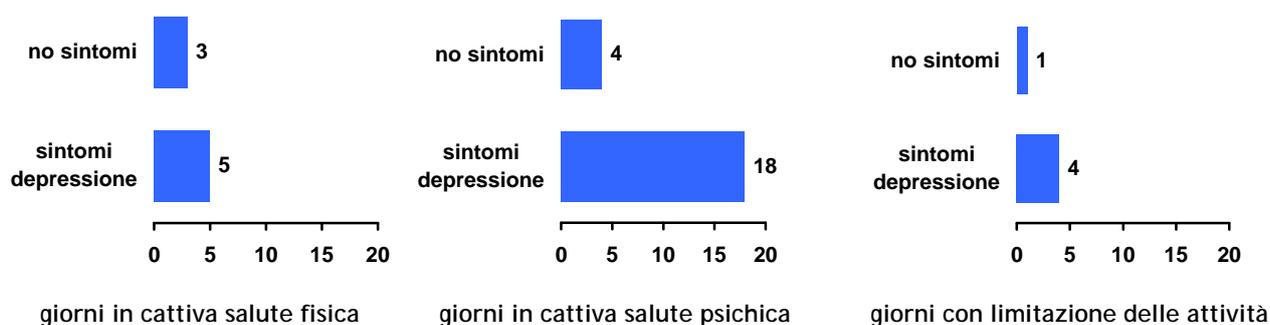
(2) per quanti giorni si sono sentiti giù di morale, depressi o senza speranze

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

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

Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 46% ha descritto il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, contro il 68% delle persone non depresse.

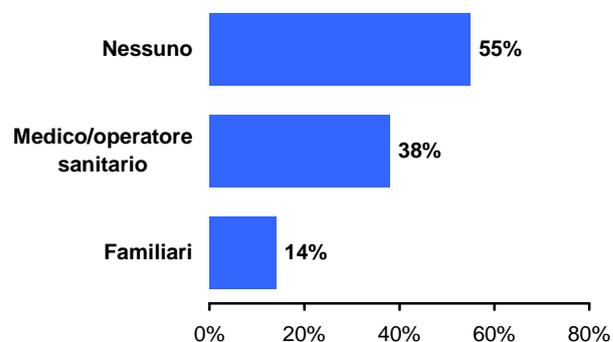
La media di giorni trascorsi in cattiva salute fisica e mentale o con limitazione delle proprie attività nell’ultimo mese è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.



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

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione  
ULSS 9 - PASSI2007-09 (n.39)

- Nella ULSS 9 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che non si sono rivolte a nessuno risulta del 55%.
- Circa il 40% si è rivolto a un medico o altro operatore sanitario.



n.b.: la somma delle percentuali supera 100 perchè il 7% ha chiesto aiuto a più figure

## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche e tra chi ha difficoltà economiche. I risultati evidenziano inoltre che l’utilizzo dei servizi sanitari per il trattamento di questi disturbi è ancora insoddisfacente.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta già importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, e destinata ad aumentare, il limitato ricorso alle cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una sfida importante per i Servizi Sanitari.

## 2. Gli stili di vita



# guadagnare salute

rendere facili le scelte salutari

- attività fisica
- alimentazione
- fumo
- alcol



## **“Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”**

è un programma nazionale trasversale (Dpcm del 4 maggio 2007, in accordo con le Regioni e le Province Autonome) che ha come obiettivi principali prevenire e cambiare i comportamenti nocivi che costituiscono i principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di grande importanza epidemiologica e di forte impatto, sulla sanità pubblica: malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, problemi di salute mentale.

Queste malattie assieme provocano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia.

La strategia di Guadagnare salute parte proprio dai principali determinanti delle malattie croniche più frequenti, identificando 4 aree tematiche (o programmi specifici): la promozione dell'attività fisica (relativa al fattore di rischio “sedentarietà”), la promozione di comportamenti alimentari salutari (relativa al fattore di rischio “scorretta alimentazione”), la lotta al tabagismo (relativa al fattore di rischio “fumo”), la lotta all'abuso di alcol (relativa al fattore di rischio “alcol”).

### **Guadagnare salute promuove azioni intersettoriali e partecipative.**

Il modello per lo sviluppo di azioni efficaci di prevenzione si fonda sull'intersettorialità, ovvero sul principio che la salute dei cittadini non può essere perseguita dal solo sistema sanitario, ma deve essere l'obiettivo di tutte le politiche istituzionali: quelle per l'ambiente, per lo sviluppo energetico, per la costruzione delle infrastrutture, per la scuola, per la comunicazione, etc.

Elementi essenziali del progetto sono l'attivazione delle risorse locali all'insegna della sostenibilità socio economica ed ambientale e la partecipazione dei cittadini, visti non solo come destinatari degli interventi, ma come protagonisti della progettazione e dello sviluppo delle attività finalizzate a favorire comportamenti salutari.

L'ULSS 9 è una delle Aziende sanitarie italiane impegnate nell'applicazione locale dei principi di guadagnare salute e sta conducendo un percorso partecipativo sperimentale per la progettazione di azioni per la salute su scala comunale.

## **Attività fisica**

---

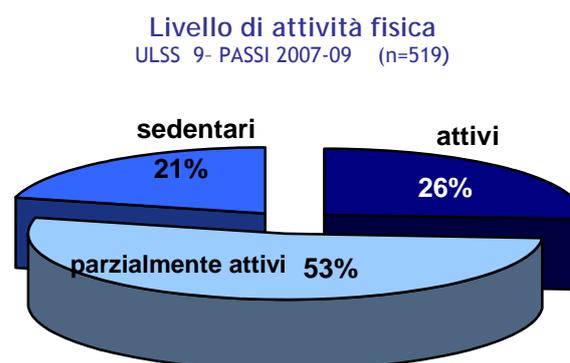
L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto nel trattamento di alcune patologie croniche. Si stima inoltre che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Lo stile di vita sedentario, in aumento nei paesi sviluppati, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore, Alzheimer 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, anche se solo in combinazione con altri interventi, possono infatti risultare efficaci nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale sia in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, ad esempio le malattie cardiovascolari.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ULSS 9 il 26% delle persone intervistate può essere definito “attivo” (riferisce di effettuare un lavoro pesante o svolge un livello adeguato\* di attività fisica); il 53% non svolge una sufficiente attività fisica (parzialmente attivo). Il 21% è completamente sedentario.

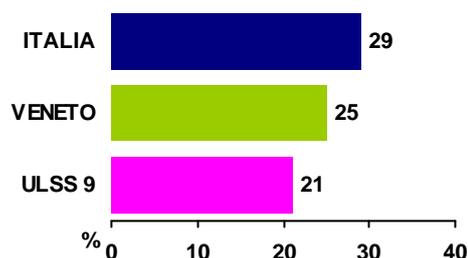


\*30 minuti al giorno di attività fisica moderata (per es. camminare velocemente) almeno 5 giorni /settimana o 20 minuti al giorno di attività fisica intensa (per es. correre) almeno 3 giorni / settimana

## Quanti sono i sedentari e quali le loro caratteristiche?

- Si può stimare che i sedentari tra gli adulti di meno di 70 anni in ULSS 9 siano tra 50 e 70.000.
- Tra le persone che non fanno attività fisica non si rilevano differenze statisticamente significative per sesso, istruzione, difficoltà economiche e classe di età.
- La percentuale di sedentari nell'ULSS di Treviso è significativamente inferiore a quella italiana ed inferiore anche a quella del Veneto.

% persone che svolgono poca o nessuna attività fisica



Sedentari ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)	
Caratteristiche	%
Totale	21 (IC95%:18-25)
Classi di età	
18 - 34	25
35 - 49	17
50 - 69	23
Sesso	
uomini	20
donne	22
Istruzione*	
bassa	23
alta	19
Difficoltà economiche	
sì	21
no	21

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

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

Il 36% delle persone che non praticano una sufficiente attività fisica pensa, al contrario, di farne in quantità adeguata.

Tra i completamente sedentari questa errata percezione è ancora del 21%.

# Sovrappeso e alimentazione

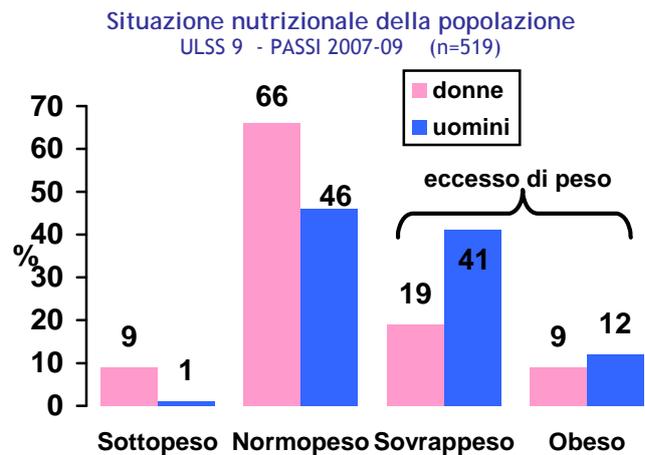
La situazione nutrizionale di una popolazione rappresenta un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza di malattie o l'aggravamento di patologie già esistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito.

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

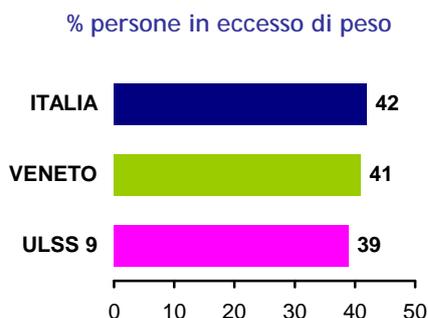
## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Complessivamente si stima che il 39% degli adulti della ULSS 9 sotto i 70 anni, quindi un po' più di 100.000 persone, presenti un eccesso di peso (30% sovrappeso e 9% obesi)
- Le persone in sottopeso sono quasi esclusivamente donne



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è doppio negli uomini rispetto alle donne (53% vs 25%).
- Non emergono differenze significative tra la nostra ULSS ed i valori regionali e nazionali.



Eccesso di peso  
ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)

Caratteristiche	Eccesso di peso %
Totale	39 (IC95% 35-44)
Classi di età	
18 - 34	26
35 - 49	36
50 - 69	55
Sesso	
uomini	53
donne	25
Istruzione*	
bassa	50
alta	31
Difficoltà economiche	
sì	44
no	36

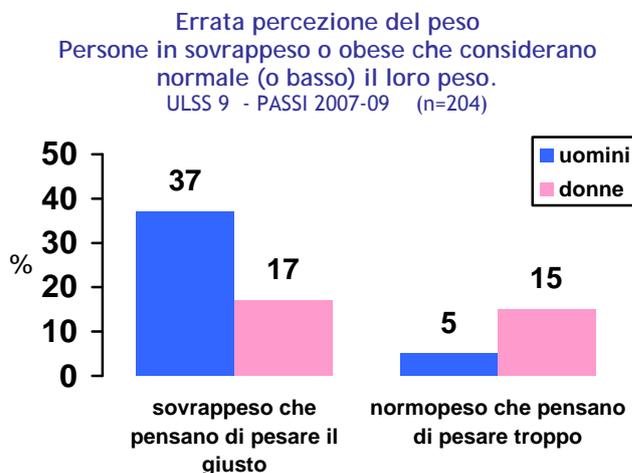
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

## Come viene percepito il proprio peso?

Il modo di percepire il proprio peso incide in maniera rilevante nel cambiamento motivazionale che porta a controllare il proprio peso.

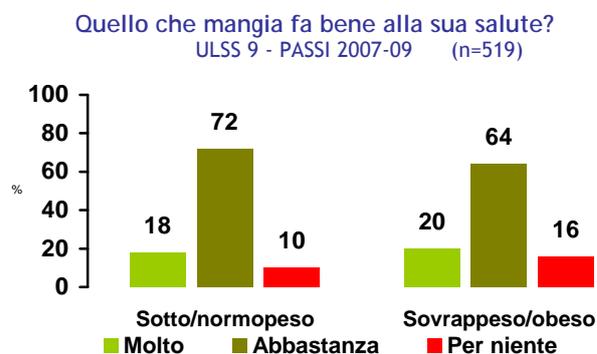
Nella ULSS 9 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.

- Tra le persone in sovrappeso/obese il 31% considera il proprio peso normale o addirittura scarso.
- Questa errata percezione è maggiore negli uomini: il 37% degli uomini in sovrappeso o obesi non considera il proprio peso troppo alto contro il 17% delle donne.
- Al contrario il 15% delle donne normopeso pensa di pesare troppo



## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ULSS 9 mediamente l'88% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione favorevole alla propria salute; in particolare il 90% dei sottopeso/normopeso e l'84% dei sovrappeso/obesi.



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

Nella ULSS 9 il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di peso di almeno 2 kg nell'ultimo anno, mentre il 15% ha perso almeno 2 kg.

Sia per l'aumento che per la diminuzione di peso, non si riscontrano differenze significative per sesso, classe di età, condizione di eccesso di peso.

## Quante persone sovrappeso/obese fanno attività fisica?

Nella ULSS 9 il 26% delle persone in eccesso di peso pratica sufficiente attività fisica, percentuale solo lievemente inferiore a quella della popolazione generale.

# Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati.

Alcuni alimenti hanno un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: per esempio un adeguato consumo di frutta e verdura ha un'azione protettiva sui tumori. Per questo motivo si raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

## Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day")?

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

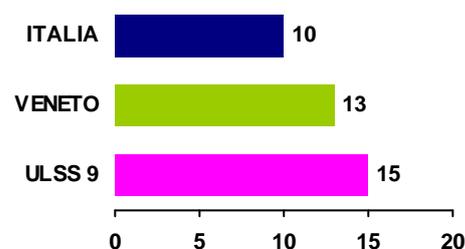
- Il 98% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Circa il 57% mangia almeno 3 porzioni al giorno di frutta e verdura. Solo il 15% però ne consuma almeno 5.
- Questa abitudine sembra essere più diffusa tra le persone maggiori di 35 anni, tra le donne e tra le persone con livello d'istruzione più alto.

Consumo di frutta e verdura ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" ** (%)
Totale	15 (IC95% 12-19)
Classi di età	
18 - 34	11
35 - 49	18
50 - 69	16
Sesso	
uomini	13
donne	18
Istruzione**	
bassa	12
alta	18
Difficoltà economiche	
sì	17
no	14
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	17
sovrappeso/obeso	13

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

- Anche se non molto elevata, la frazione di persone che nella ULSS di Treviso mangia almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, è comunque superiore alla media regionale e nazionale.

% di persone che aderiscono al "5 a day"



# L'abitudine al fumo

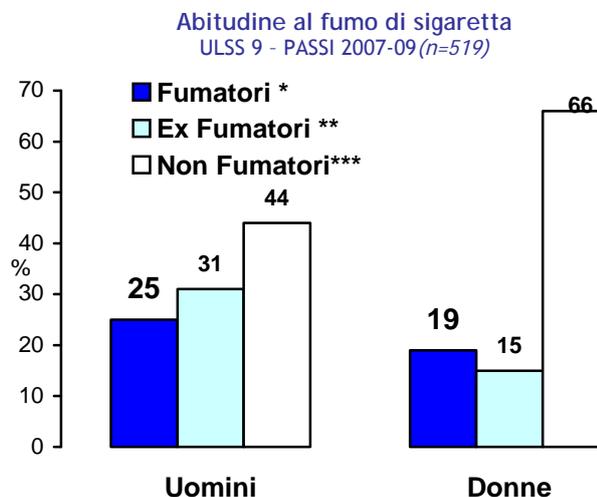
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie croniche (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. La sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diviene 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.

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata anche l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose.

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.

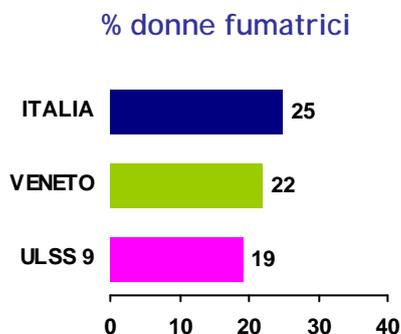
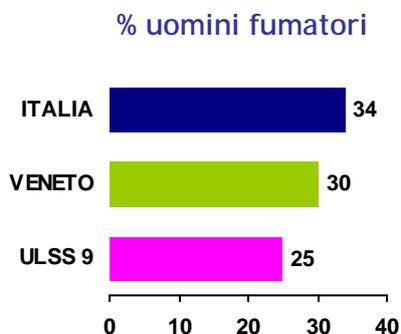
## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- In totale, tra gli adulti di 18-69 anni, i fumatori sono il 22%, gli ex fumatori il 23%, e i non fumatori il 55%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (25% contro 19%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (66% contro 44%).



\*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 che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi  
\*\*\*Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

- La percentuale di fumatori nella nostra ULSS, in entrambi i sessi, è un po' più bassa rispetto a Veneto ed Italia:



## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

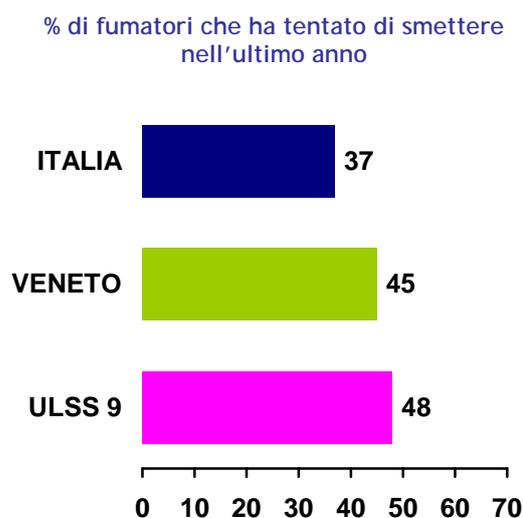
- Si sono osservate percentuali di fumatori significativamente più alte ( $p < 0.05$  in un modello logistico che comprende tutte le variabili in tabella) tra i più giovani, tra le persone con livello di istruzione più basso e tra quelle con difficoltà economiche.
- I fumatori fumano in media 10 sigarette al giorno. Tra loro il 17% dichiara di fumare 20 o più sigarette al giorno.

		Fumatori ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)	
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*	
Totale		22 (IC95%: 18-28)	
Età, anni			
	18 - 34	32	
	35 - 49	22	
	50 - 69	13	
Sesso			
	M	25	
	F	19	
Istruzione**			
	bassa	24	
	alta	20	
Difficoltà economiche			
	si	28	
	no	17	

\* 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

## Smettere di fumare: quanti ci provano e come ci è riuscito chi ha smesso

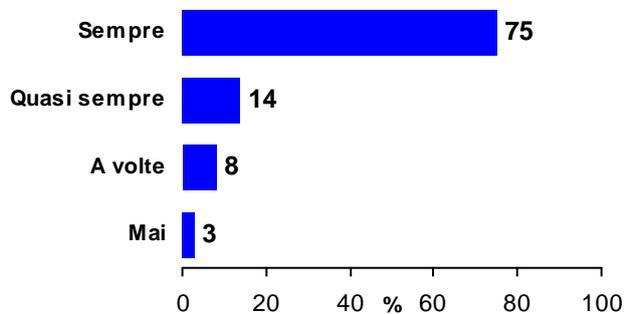
- Il 48 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, un valore simile a quello del Veneto e più alto rispetto all'intero paese.
- Il 96% degli ex fumatori intervistati ha smesso di fumare da solo. Anche i dati relativi a Veneto ed Italia (identici a quello di Treviso) confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.



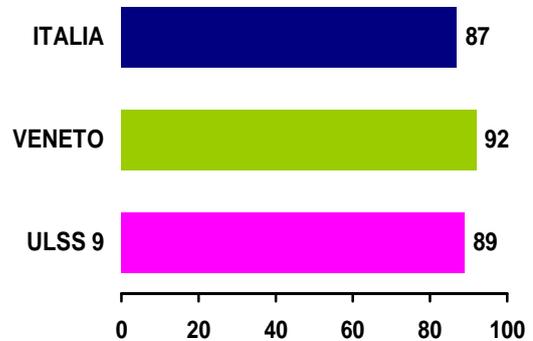
## Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Le persone intervistate che lavorano riferiscono nell'89% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre. In Veneto e tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del 92% e dell'87%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nel luogo di lavoro (n= 346 lavoratori) \*  
ULSS 9 - Passi, 2007-09



Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro sempre o quasi sempre

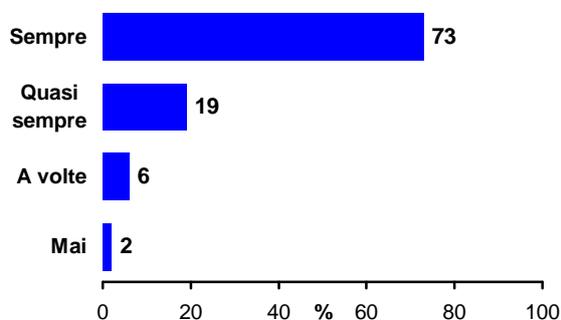


\*chi lavora in ambienti chiusi

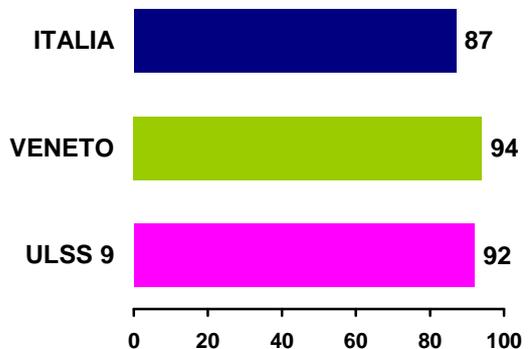
## L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

Le persone intervistate riferiscono nel 92% dei casi che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre. In Veneto e tra le ULSS di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente del 94% e dell'87%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n= 317 intervistati)  
ULSS 9 - PASSI 2007-09 \*



Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici sempre o quasi sempre



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

## L'abitudine al fumo in ambito domestico

Solo per l'1% degli intervistati è possibile fumare in tutta la casa senza limitazioni; il 90% dichiara che nella propria casa non si fuma mai.

# Consumo di alcol

L'eccesso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (guida pericolosa, comportamenti sessuali a rischio, lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) ed è anche considerato una "porta d'ingresso" verso il consumo di altre sostanze d'abuso. L'eccessivo consumo di alcol è anche un fattore di rischio per malattie croniche: bere sistematicamente alcolici aumenta il rischio di cancro a bocca, faringe, laringe, esofago, fegato, colon-retto e mammella oltre che di cirrosi epatica e, contribuendo ad aumentare la pressione arteriosa, aumenta il rischio di ictus e problemi cardiaci.

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

## Quante persone consumano alcol?

Il 67% degli adulti intervistati nell'ULSS 9 riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore). La percentuale di consumatori di alcol è molto maggiore negli uomini (83% contro il 51% delle donne). Non si sono osservate differenze percentuali nelle varie classi di età.

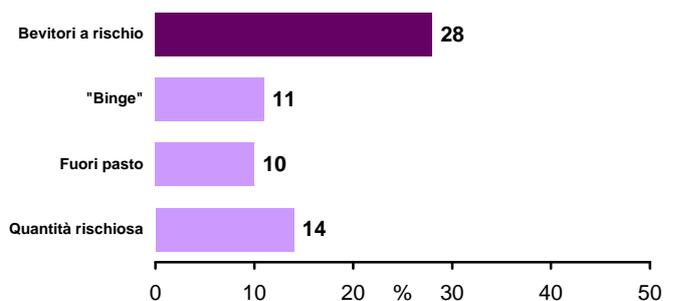
Non c'è differenza tra la proporzione di consumatori di alcolici di ULSS 9 e Veneto, mentre quella delle ULSS partecipanti al livello nazionale è più bassa (59%).

## Quanti sono bevitori a rischio?

Secondo l'OMS, le persone a rischio più elevato di conseguenze sfavorevoli a causa dell'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, quelle che indulgono in grandi bevute o "binge drinking" (consumo di 6 o più unità di bevanda alcolica - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore - in un'unica occasione), gli uomini che bevono 3 o più unità alcoliche al giorno e le donne che ne bevono 2 o più al giorno.

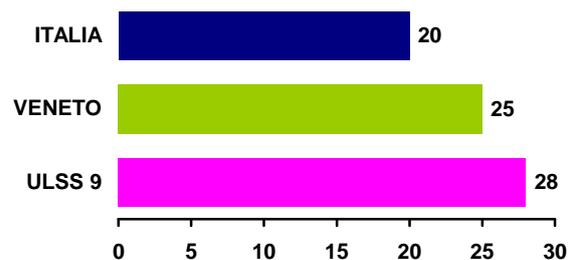
- Complessivamente il 28% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore di alcol a rischio (11% consumo binge, 10% consumo prevalente fuori pasto, 14% quantità pericolosa). Una percentuale più elevata rispetto al Veneto e alle ULSS del pool nazionale.
- Riportando questo dato alla popolazione dell'ULSS 9 tra 18 e 69 anni, i bevitori a rischio si possono stimare in 70-90.000 circa.
- Tra le ULSS partecipanti a livello nazionale il 20% degli intervistati è bevitore a rischio (10% quantità pericolosa, 6% consumo binge, 8% consumo fuori pasto).

Bevitori a rischio\* per categorie  
ULSS 9 - PASSI 2007-09



N.B.: I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte consumo)

% di bevitori a rischio



## Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- La percentuale di bevitori a rischio è molto più alta tra gli uomini e tra le persone più giovani.
- Tra le persone che assumono alcol più del 40% lo fa in modo rischioso per la salute. Questa percentuale raggiunge quasi il 60% tra i minori di 35 anni.

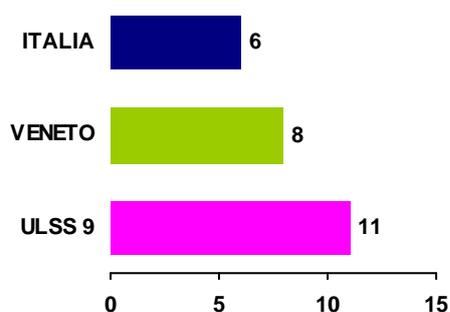
Bevitori a rischio (ultimo mese) ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)	
Caratteristiche	% bevitori a rischio*
Totale	28% (IC95%:25-33)
Classi di età	
18 - 34	38
35 - 49	24
50 - 69	26
Sesso	
uomini	39
donne	18
Istruzione**	
bassa	26
alta	30
Difficoltà economiche	
sì	27
no	30

\* forti bevitori, binge, consumatori prevalentemente fuori pasto.  
\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

I bevitori binge sono quelli che consumano di 6 o più unità di bevanda alcolica (lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore) in un'unica occasione.

- Questa modalità pericolosa di consumare alcol riguarda il 11% degli intervistati e risulta diffuso quasi esclusivamente tra gli uomini.
- La percentuale di bevitori "binge" nell'ULSS 9 è più elevata rispetto al Veneto e alle ULSS del pool nazionale.



Consumo "binge" (ultimo mese) ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=519)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	11 (IC95%: 9-14)
Classi di età	
18 - 34	13
35 - 49	10
50 - 69	10
Sesso	
uomini	20
donne	2
Istruzione**	
bassa	9
alta	12
Difficoltà economiche	
sì	12
no	11

\*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

## Quante persone guidano con livelli rischiosi di alcol nel sangue?

Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni e sono spesso provocati dall'alcol.

Si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per incidente stradale sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza.

- Sul totale della popolazione intervistata, l'11% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra i non astemi che nell'ultimo mese hanno guidato, la percentuale di chi dichiara di aver guidato con livelli rischiosi di alcol nel sangue è il 18%; questa abitudine è diffusa quasi esclusivamente tra gli uomini.
- Il 15% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava dopo aver bevuto una quantità rischiosa di alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol\*  
ULSS 9 - PASSI 2007-09 (n=338)

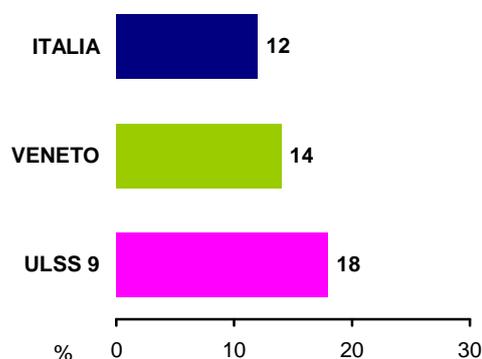
Caratteristiche	% di persone <u>non astemie</u> che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol** nell'ultimo mese
Totale	18 (IC95%: 14-22)
Classi di età	
18-34	21
35-49	10
50-69	23
Sesso	
uomini	26
donne	2
Istruzione	
bassa	15
alta	19
Difficoltà economiche	
sì	14
no	20

\* il denominatore di questa analisi comprende solo i non astemi che nell'ultimo mese hanno guidato

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

- La percentuale di persone non astemie che hanno guidato sotto gli effetti dell'alcol nella nostra ULSS è superiore a quella riscontrata nelle ULSS della Regione Veneto e sensibilmente superiore a quella delle ULSS del pool nazionale.

% di persone (astemi esclusi) che hanno guidato sotto effetto dell'alcol nel mese precedente l'intervista



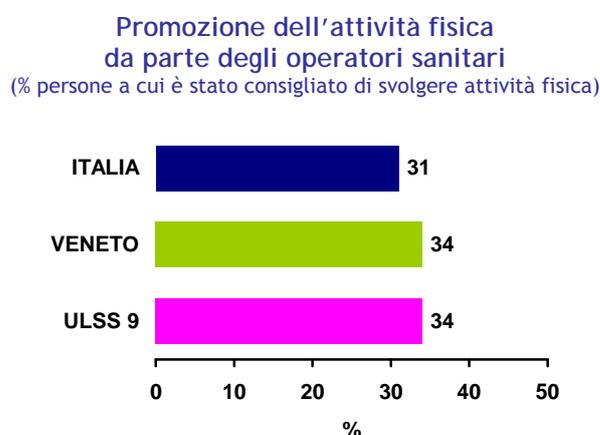
# Gli operatori sanitari e gli stili di vita

Nell'assistenza alle persone con abitudini a rischio o affette da malattie croniche un ruolo importante, specie se esercitato nell'ambito di un continuum educativo e motivazionale, è rappresentato dal counselling breve finalizzato all'adozione di stili di vita corretti da parte degli operatori sanitari. L'intervento breve sull'assistito nel corso di 'occasioni opportune' aumenta di efficacia se tende alla responsabilizzazione e al coinvolgimento attivo del singolo e del suo contesto rafforzandone conoscenze e strumenti per autogestirsi e compiere scelte sane. PASSI indaga anche l'attenzione che gli operatori sanitari pongono agli stili di vita dei loro assistiti.

## ATTIVITÀ FISICA

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

- Nella ULSS 9 solo un terzo delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato loro di fare regolarmente attività fisica.
- Tra i completamente sedentari questa frazione scende al 29%
- Il 40% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Questi valori sono sovrapponibili a quelli di Veneto ed Italia.

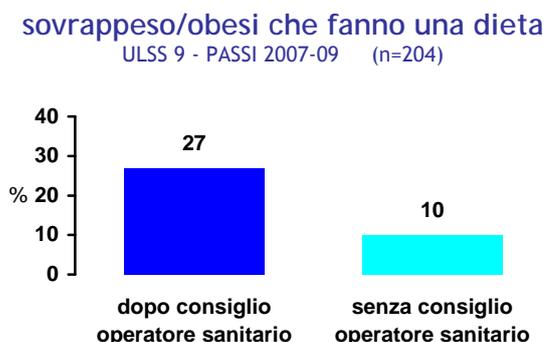


## ALIMENTAZIONE

### *Quante persone in eccesso di peso ricevono consigli di perdere peso e con quale effetto?*

Nella ULSS 9 il 59% delle persone in eccesso di peso ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 52% delle persone in sovrappeso e il 79% delle persone obese; percentuali non dissimili da quelle di Veneto ed Italia.

- Solo il 19% delle persone in eccesso di peso ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso di peso che seguono una dieta è significativamente più alta tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (27% contro 10%) e tra le persone sotto i 35 anni (40% contro 16% dei più anziani).



## Quante persone in eccesso di peso ricevono consigli di fare attività fisica?

Il 39% delle persone in eccesso di peso riferisce di aver ricevuto consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, proporzione simile a quella veneta e italiana.

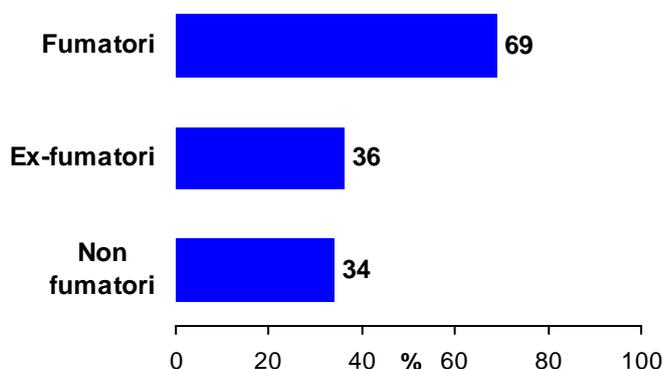
Non si rilevano differenze significative nel livello di attività fisica praticata tra chi ha ricevuto il consiglio e chi non l'ha ricevuto.

## FUMO

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

- Nella ULSS 9 tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi si sono recati dal medico, il 42% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se fumano.
- Tra i fumatori, il 69% riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.
- Tra ULSS 9, Veneto ed Italia non emergono differenze nella percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo.

% di persone a cui medico o un altro operatore sanitario ha chiesto se fuma  
ULSS 9 - Passi, 2007-09 \*

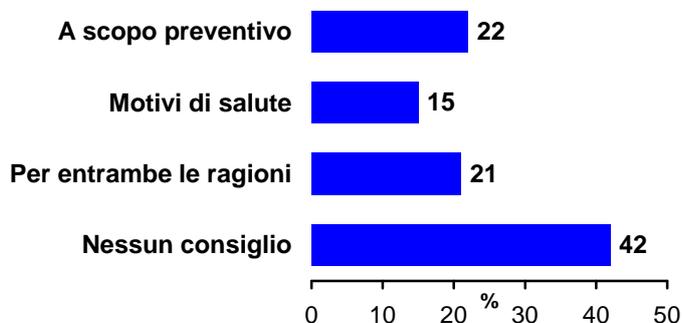


\* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n.293)

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

- Il 58% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Tra ULSS 9, Veneto ed Italia non emergono differenze significative per quanto riguarda la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione - ULSS 9 PASSI 2007-09 \*



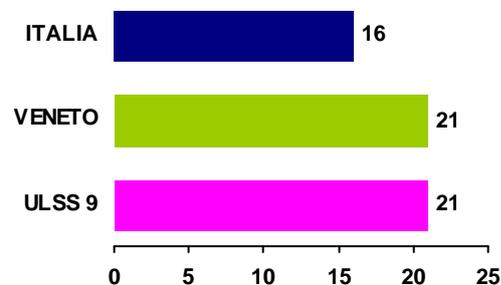
\* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 61)

## ALCOL

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

% di persone a cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol

- Nella ULSS 9 tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi si sono recati dal medico, solo il 21% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.



Solo il 3% dei bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico ha ricevuto il consiglio di bere meno. Il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 7% di bevitori “binge” e dal 4% di chi beve quantità d’alcol rischiose; nessuno dei bevitori fuori pasto riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

## Stili di vita

### *Conclusioni e raccomandazioni*

#### Attività fisica

Si stima che nella ULSS 9 il 74% degli adulti faccia poco esercizio fisico o non lo faccia per niente. Inoltre in molti casi queste persone hanno una percezione distorta del livello di attività fisica effettivamente svolto e pensano di fare sufficiente attività fisica.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (all’interno di un sistema articolato di interventi) sono considerati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio. Si è evidenziato, come già conosciuto, che il solo consiglio del medico non è in grado di modificare il livello di attività fisica svolta dalle persone anche quando appartengono a gruppi a rischio (sovrappeso, obesi...). In meno della metà dei casi gli operatori sanitari della nostra ULSS si informano sull’attività fisica dei loro pazienti e ne raccomandano la pratica.

#### Alimentazione

L’eccesso di peso è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone francamente obese, particolare attenzione va posta anche alle persone in sovrappeso, che in genere sottostimano il rischio per la salute legato al peso: la maggior parte di loro giudica la propria alimentazione in

senso positivo, il 41% percepisce il proprio peso come “più o meno giusto”, e uno su quattro è aumentata di peso nell’ultimo anno.

Tra le persone in eccesso di peso solo il 19% segue una dieta per ridurre o controllare il peso e solo il 26% può essere considerato fisicamente attivo secondo le linee guida correnti.

Solo il 15% della popolazione consuma le 5 porzioni al giorno di frutta e verdura raccomandate e questa abitudine è ancora meno diffusa tra le persone in eccesso ponderale.

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell’alimentazione nella tutela della salute e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l’adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia che prevedano azioni integrate che operano a diversi livelli.

## Fumo

---

Nella ULSS 9 è preoccupante l’elevata prevalenza dell’abitudine al fumo tra gli intervistati più giovani (tra i 18 ed i 34 anni), un terzo dei quali riferisce di essere fumatore.

Circa due terzi dei fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere, dato che depone per un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, e circa la metà di loro ha provato a smettere nell’ultimo anno.

Quasi tutti i fumatori hanno smesso di fumare da soli; sarebbe quindi necessario un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti anche per valorizzare l’offerta presente di opportunità di smettere di fumare di cui probabilmente vanno anche aumentate disponibilità e accessibilità.

L’attenzione nei confronti del fumo passivo è buona: nelle case del 90% degli intervistati non si fuma mai e le leggi sul divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro sono quasi sempre rispettate.

## Alcol

---

Nella ULSS 9 si stima che circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni abbia abitudini di consumo delle bevande alcoliche considerabili a rischio; si tratta di valori più elevati di quelli nazionali e, anche se in misura minore, di quelli regionali.

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

I rischi associati all’alcol sono sottostimati, probabilmente per un condizionamento culturale legato alla diffusione dell’abitudine e alla sua accettazione sociale. La consapevolezza del rischio collegato al consumo di alcol deve pertanto essere diffusa maggiormente sia tra la popolazione generale che tra gli operatori sanitari.

Le strategie d’intervento, come per il fumo, devono comprendere azioni articolate e coordinate nei vari ambienti di vita, finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della legalità e della sicurezza per sé e per gli altri e dall’altro a offrire aiuto per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

### 3. Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle malattie cardiovascolari.

Iperensione arteriosa, dislipidemia, diabete, fumo ed obesità sono le condizioni di rischio più fortemente correlate allo sviluppo di tali patologie. Valutarne le caratteristiche di diffusione consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto di questi fattori di rischio sulla salute.

In questa sezione dello studio PASSI sono state indagate ipertensione, ipercolesterolemia e calcolo del rischio cardiovascolare individuale.

#### Iperensione arteriosa

L'iperensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante ed estremamente diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare l'ictus, l'infarto del miocardio, lo scompenso cardiaco, con un eccezionale costo economico oltre che di salute.

Si stima che trattare le complicanze dell'iperensione costi circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento contemporaneo ed adeguato di tutti gli ipertesi.

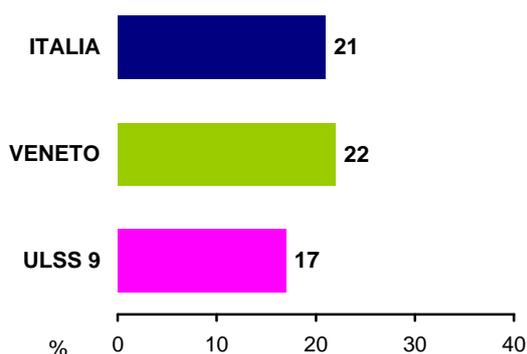
L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso di peso e l'attività fisica costituiscono misure efficaci a ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

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

Nella ULSS 9, all'84% degli intervistati è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, una percentuale simile a quella rilevata in Veneto e in Italia.

#### Quante persone sono ipertese e che caratteristiche hanno?

- E' stata diagnosticata ipertensione al 17% di coloro cui è stata misurata la pressione arteriosa, una percentuale inferiore rispetto al Veneto e all'Italia.



- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età.
- Gli ipertesi maschi sono significativamente di più rispetto alle donne
- La maggior frequenza nelle persone con basso livello di istruzione è invece solo collegata all'età più alta di chi ha un titolo di studio inferiore.

Ipertesi*	
ULSS 9 (n=483) - PASSI 2007-09	
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
Totale	17 (IC95%: 14-21 %)
Età	
18 - 34	5
35 - 49	13
50 - 69	32
Sesso	
M	22
F	13
Istruzione**	
bassa	23
alta	13
Difficoltà economiche	
sì	18
no	17

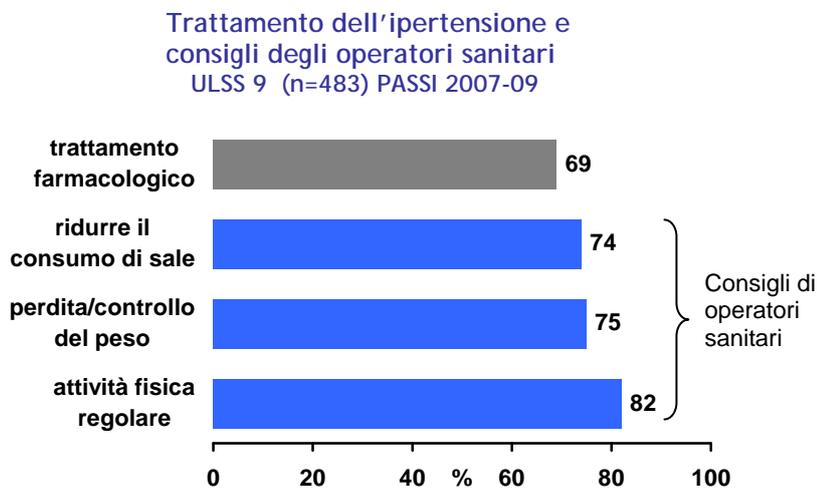
\*tra le persone cui è stata misurata la pressione arteriosa

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

## Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dagli operatori sanitari?

Il 69 % degli ipertesi nella ULSS 9 riferisce di essere in trattamento farmacologico, una frazione sovrapponibile a quella regionale (68%) e poco inferiore a quella nazionale (73%).

- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consiglio da operatori sanitari di ridurre il consumo di sale (74 %), ridurre o mantenere il peso corporeo (75%) e svolgere regolare attività fisica (82 %).



\* ognuno considerato indipendentemente

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ULSS 9 si stima che sia iperteso circa il 17% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 30% degli ultracinquantenni e circa il 5% 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 ulteriormente questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione.

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: questi consigli da parte degli operatori sanitari raggiungono circa tre quarti delle persone a cui è stata diagnosticata ipertensione, una proporzione buona, ma che può essere ancora migliorata.

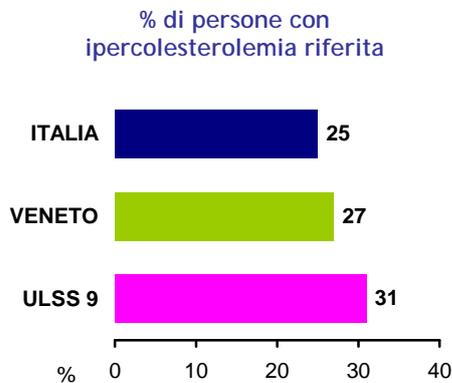
## Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire efficacemente.

Nell'ULSS 9 l'85% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia. Tra le ULSS regionali e nazionali la percentuale di persone controllate almeno una volta è inferiore all'ULSS 9 (78% sia in Veneto che in Italia).

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia e che caratteristiche hanno?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, gli ipercolesterolemici sono il 31%, una frazione maggiore rispetto a Veneto e Italia.



- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte.

Ipercolesterolemia riferita\*  
ULSS 9 (n=441) - PASSI 2007-09

Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)
Totale	31 (IC95%: 27-35 %)
Età	
18 - 34	19
35 - 49	25
50 - 69	44
Sesso	
M	32
F	30
Istruzione**	
bassa	31
alta	31
Difficoltà economiche	
sì	33
no	30

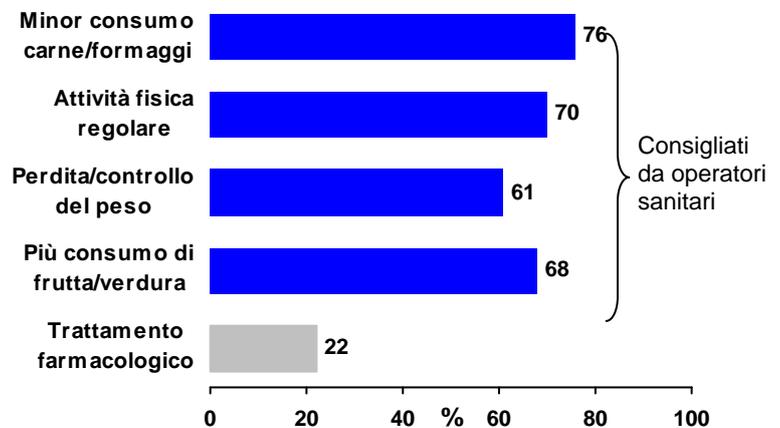
\*tra le persone cui è stata misurata la colesterolemia

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

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

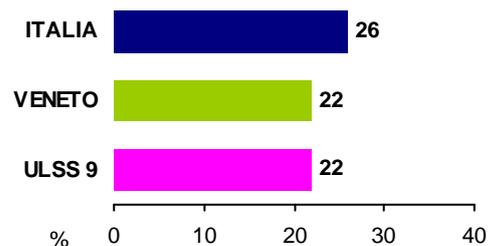
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico (considerati indipendentemente) ULSS 9 - PASSI 2007-09

- Ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi il 76% degli ipercolesterolemici, di svolgere regolare attività fisica il 70%, di ridurre o controllare il proprio peso corporeo il 61% e di aumentare il consumo di frutta e verdura il 68%.



- Il 22% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.

% di persone ipercolesterolemici in trattamento farmacologico



## *Conclusioni e raccomandazioni*

Si stima che al 15% della popolazione di 18-69 anni della nostra ULSS non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 31% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 44% 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.

Anche se i dati raccolti mostrano attenzione da parte degli operatori sanitari nei confronti di questo fattore di rischio, l'ancora elevata quota di persone con ipercolesterolemia che non ricevono come consiglio iniziale quello di modificare le proprie abitudini a rischio, mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più capillare.

## **Carta o punteggio individuale del rischio cardiovascolare**

---

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati di 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.

Il calcolo del punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice ed obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità del proprio paziente di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. Esso viene calcolato conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Proprio la sua semplicità d'uso e la predittività se ne promuove una sempre maggior diffusione nella medicina generale.

### ***A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?***

Nella ULSS 9 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 6%, uguale alla media delle ULSS partecipanti allo studio a livello nazionale, mentre è inferiore a quella del Veneto che è il 9%.

## *Conclusioni e raccomandazioni*

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ULSS 9.

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 confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, così da valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita del paziente e 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.

# Descrizione del campione

La popolazione in studio è costituita dai residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nelle liste dell' anagrafe sanitaria dell'ULSS 9 (275.979 al 31/12/2008). Sono state intervistate (al marzo 2009) 519 persone, (262 uomini e 257 donne) selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

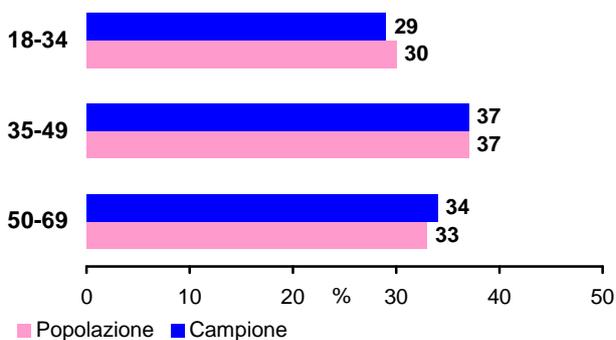
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'88% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 24 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di risposta è stato del 91%. Ha rifiutato di essere intervistato il 7% degli eleggibili e non è stato possibile raggiungere il restante 2%.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

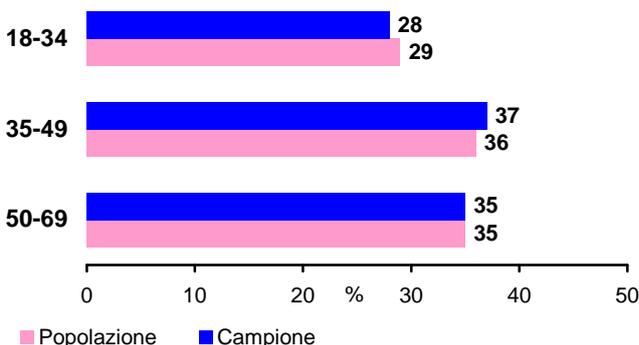
### L'età e il sesso

- Nella ULSS 9 il 50,5% del campione intervistato è costituito da uomini, percentuale che rispecchia quella della popolazione generale.
- L'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 29% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 37% in quella 35-49 e il 34% 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

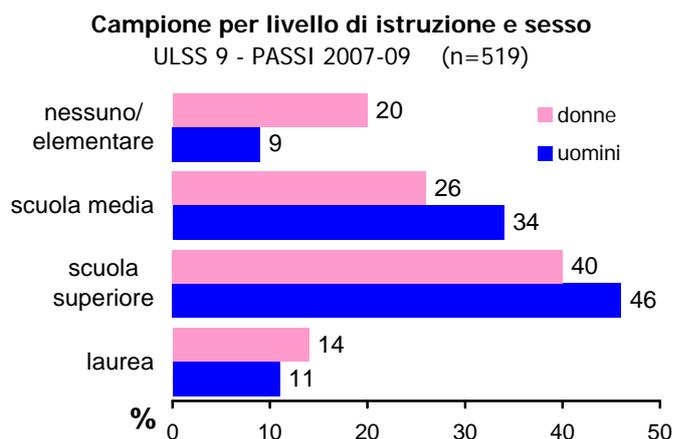


Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne

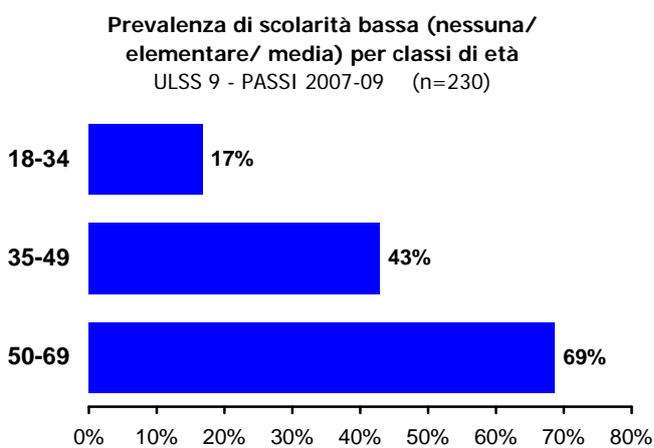


## Il titolo di studio

- Nella ULSS 9 il 14% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 12% è laureato.
- Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma la differenza non è significativa.

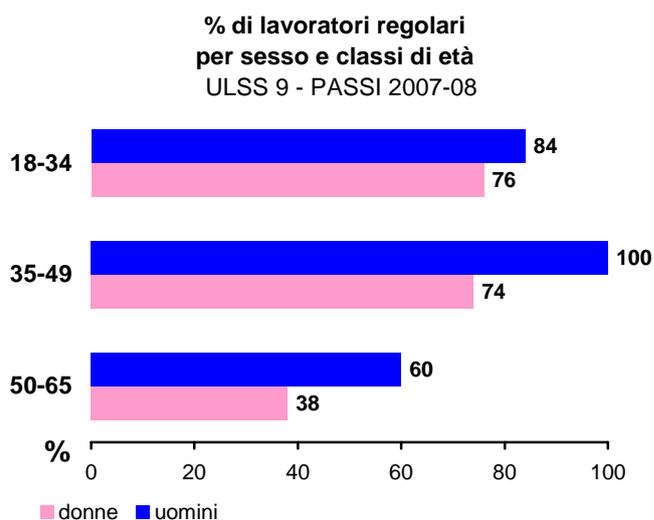


- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. I confronti per titolo di studio devono perciò tener conto dell'effetto dell'età.



## Il lavoro

- Nella ULSS 9 il 74% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (64% contro 84%), una differenza che diventa significativa nelle classi di età centrali.
- In Veneto il 72% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- A livello nazionale, ha riferito di lavorare regolarmente il 64% degli intervistati.

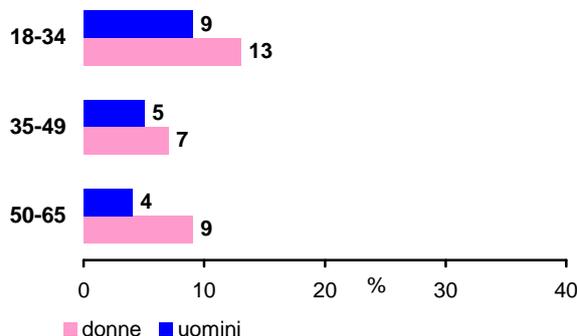


## Difficoltà economiche

- Nella ULSS 9 l'8% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 35% qualche difficoltà, il 57% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (9% contro 6% riferisce molte difficoltà economiche), è soprattutto la classe 18-34 anni che riferisce maggiori difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

### % di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche

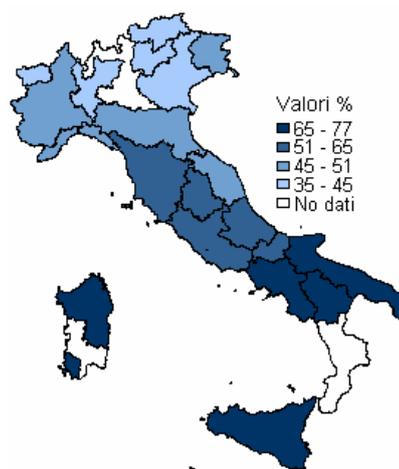
ULSS 9 - PASSI 2007-08 (n=330)



- In Veneto
  - l'8% del campione riferisce di avere molte difficoltà economiche
  - il 37% qualche difficoltà
  - il 55% nessuna.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
  - il 14% del campione riferisce di avere molte difficoltà economiche
  - il 41% qualche difficoltà
  - il 45% nessuna
- La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

### % di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche

Pool PASSI 2007-09



## Lo stato civile

Nella ULSS 9 i coniugati/conviventi rappresentano il 69% del campione, i celibi/nubili il 24%, i separati/divorziati il 4% ed i vedovi/e il 3%.

## Cittadinanza

Nella ULSS 9 il 94% del campione intervistato è italiano, il 6% straniero. 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.

# Allegato 1

## Metodi

---

### ***Tipo di studio***

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, coordinato da Istituto Superiore di Sanità e Centro Controllo Malattie, che ha valenza anche regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di ASL tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale che riprende esperienze internazionali.

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 nella lista dell'anagrafe sanitaria dell'ULSS 9, aggiornata ogni 3 mesi (275.979 persone a fine 2008). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

### ***Strategie di campionamento***

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Nel 2007-08 sono state effettuate interviste in 136 Aziende Sanitarie su 161 (84% della popolazione italiana) interessando tutte le Regioni tranne la Calabria. Dai calcoli relativi all'Italia è quindi esclusa la Calabria oltre ad alcune ASL che pur facendo parte di regione aderenti non hanno effettuato un numero adeguato di interviste (in Veneto la sola ULSS di Chioggia).

### ***Interviste***

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento nel sistema di raccolta centralizzato via web "passi-dati" e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Le interviste sono state condotte da assistenti sanitarie del Servizio di Sanità Pubblica da aprile 2007 a marzo 2009. L'intervista telefonica è durata in media 25 minuti.

### ***Analisi delle informazioni***

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

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 garantire un'idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

In alcuni casi vengono mostrati grafici che confrontano il dato dell'ULSS 9 con quello regionale e con quello relativo all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali. Per semplificare la lettura dei grafici, i dati relativi ai pool regionale e nazionale sono denominati rispettivamente "VENETO" e "ITALIA" anche se si ricorda che, soprattutto a livello nazionale, il pool PASSI non copre l'intero territorio.

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

La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente su PC. Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

## Allegato 2

# Monitoraggio del sistema

---

Gli indicatori standard internazionali (tassi di risposta, di rifiuto, di sostituzione, di eleggibilità) utilizzati per una valutazione di qualità di PASSI, mostrano nella nostra ULSS valori generalmente migliori rispetto alle medie regionale e nazionale. Confrontati con valori riportati in sistemi simili di sorveglianza i valori complessivi di PASSI sono da considerare più che soddisfacenti.

### Tasso di risposta

Questo indicatore misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili. Nella nostra ULSS si attesta attorno al 90%.

#### tasso di risposta

	2007-08	2008-09
ULSS 9	89.9	91.4
Veneto	87.7	88.0
Italia	85.0	86.7

### Tasso di rifiuto

Misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista.

#### tasso di rifiuto

	2007-08	2008-09
ULSS 9	7.8	6.9
Veneto	9.4	8.6
Italia	11.0	9.4

### Tasso di sostituzione

Misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili.

#### tasso di sostituzione

	2007-08	2008-09
ULSS 9	10.1	8.6
Veneto	12.3	12.0
Italia	15.0	13.3

### Tasso di non reperibilità

Misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente. Prima di considerare una persona non reperibile, vengono effettuati 6 tentativi telefonici in diversi orari e giorni (festivi compresi).

#### tasso di non reperibilità

	2007-08	2008-09
ULSS 9	2.2	1.6
Veneto	2.9	3.4
Italia	4.1	3.9

### Tasso di eleggibilità

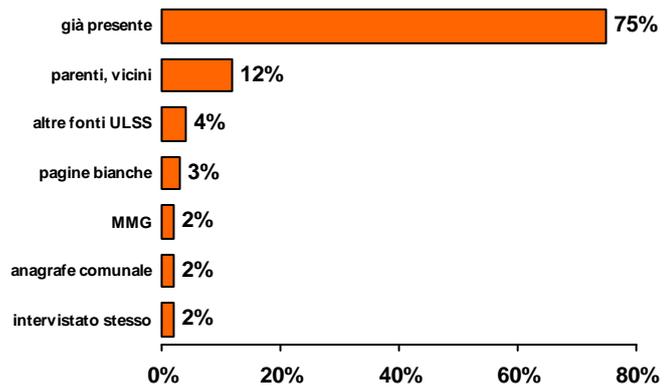
Misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Non ci sono evidenti differenze tra dato aziendale, regionale e nazionale.

#### tasso di eleggibilità

	2007-08	2008-09
ULSS 9	96.0	96.1
Veneto	96.3	96.0
Italia	95.3	95.5

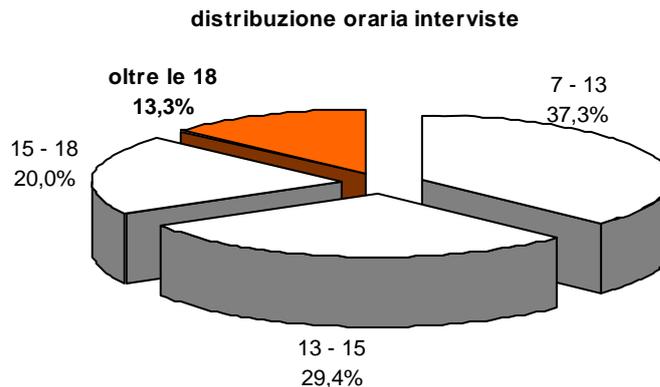
## Modalità di reperimento del numero telefonico

- per quasi l'80% del campione sono state sufficienti le fonti dell'ULSS per reperire il numero telefonico delle persone da intervistare
- nel 75% dei casi il numero telefonico era già presente nel database aziendale



## Distribuzione oraria e settimanale delle interviste

- Solo il 4% delle interviste sono state effettuate nei giorni non lavorativi (sabato e domenica)
- Le interviste svolte in orario serale sono state il 13%

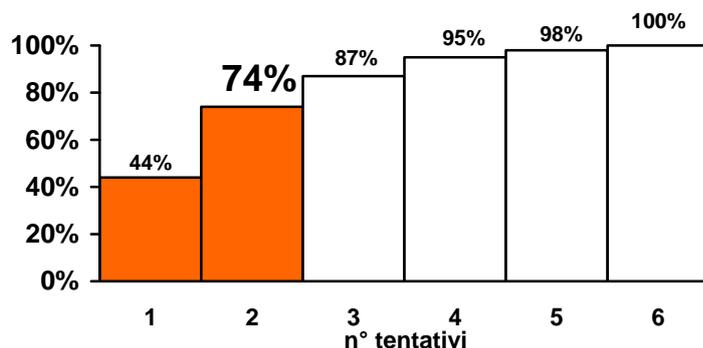


## Durata media intervista

La durata media di ogni intervista è di 25 minuti, simile sia al dato regionale che nazionale.

## Tentativi effettuati

Per intervistare 519 persone sono state fatte 777 telefonate. Il grafico che segue mostra la percentuale di completamento delle interviste programmate rispetto ai tentativi effettuati. Nel 44% dei casi è stato possibile realizzare l'intervista al primo tentativo.



Quasi tre quarti del campione è stato raggiunto e intervistato con i primi 2 tentativi. La distribuzione degli orari di esecuzione dei tentativi rispecchia quella delle interviste riuscite.

# 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

## *Salute e qualità di vita percepita*

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

## *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>)

## *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)

## *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

## *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.

#### *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>

#### *Ruolo degli operatori sanitari nella promozione della salute*

- Märki A, Bauer GB, Angst F, Nigg CR, Gillmann G, Gehring TM. Systematic counselling by general practitioners for promoting physical activity in elderly patients: a feasibility study *Swiss Med Wkly* 2006;136:482-488.
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *vfrice@aol.com Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD001188. Update of: *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD001188.
- Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev.* 2006 Jan;25(1):21-6.
- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18;(2):CD004148.
- Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2003 Apr 12;326(7393):793.

#### *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