

Sistema di sorveglianza PASSI

Rapporto regionale 2008

Veneto



A cura di:
Direzione Prevenzione
Regione del Veneto

Redazione e impaginazione a cura di:

Federica Michieletto, Laura Tagliapietra (*Regione del Veneto - Direzione Prevenzione*)
Silvia Milani (*Azienda ULSS 13 Mirano - Dipartimento di Prevenzione*)
Mauro Ramigni (*Azienda ULSS 9 Treviso - Dipartimento di Prevenzione*)

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione del Veneto, Venezia, dicembre 2009

Copia del volume e approfondimenti possono essere richiesti a:

Elena Verizzi, Serenella Cavallaro
Regione del Veneto
Direzione Prevenzione
Servizio Sanità Pubblica e Screening
Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia
tel.: 041-2791352/53
e-mail: sanitapubblica.screening@regione.veneto.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet della Regione del Veneto all'indirizzo:
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/>

Si ringraziano i Direttori Generali, i Direttori Sanitari e i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

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

Si ringrazia la Direzione Sistema Statistico Regionale della Regione del Veneto per il supporto tecnico nell'effettuazione delle mappe regionali.

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

◆ a livello nazionale:

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

◆ a livello regionale:

Giovanna Frison (*Direzione Prevenzione - Regione del Veneto*)

Francesca Russo (*Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione Prevenzione - Regione del Veneto*)

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

◆ a livello aziendale:

Coordinatori Aziendali e Intervistatori

AULSS 1	Floriana Russino (Coordinatore); Zita Agostini, Loretta Calegari, Graziella Carpenè, Maria Grazia Cersosimo, Gabriella Cignola, Donata De Dona', Daniela Fagherazzi, Nives Levis, Maura Piol, Rosi Sacchet, Ettorina Tognetti, Marilena Zanin (Intervistatori/trici)
AULSS 2	Luigi Cazzola (Coordinatore); Flavia Campigotto, Marta Cecchet, Manuela Cordella, Erica Rosset, Cinzia Turrin (Intervistatori/trici)
AULSS 3	Maria Caterina Bonotto (Coordinatore); Elena Alessio, Lucia Costa, Sonia Refosco, Rosella Rigoni, Elena Scalco, Marilena Vellar (Intervistatori/trici)
AULSS 4	Edoardo Chiesa (Coordinatore); Bettini Bertilla, Maddalena Berti, Luciana Cazzola, Anna Maria Dal Zotto, Giorgio Dal Santo, Rita Dal Zotto, Lorenza Faccio, Rosa Rauer, Gabriella Tognetto, Matilde Tomasi (Intervistatori/trici)
AULSS 6	Paola Colussi (Coordinatore); Elisa Dal Lago, Giulia Cavalieri, Simonetta Canazzo (Intervistatori/trici)
AULSS 7	Tiziana Menegon (Coordinatore); Rosanella Brunetta, Maria Chiara Della Giustina, Liliana Gava, Renata Ghizzo, Maria Loreta Lovadina, Doris Simoncini (Intervistatori/trici)
AULSS 8	Gianluigi Lusto (Coordinatore); Rita Cagnin, Gabriella Favero, Sabrina Geremia, Donatella Indiano, Giovanna Mardegan, Annamaria Milan, Laura Moretto, (Intervistatori/trici)
AULSS 9	Mauro Ramigni (Coordinatore); Monica Agostini, Luciana Cadamuro, Nicoletta Gardellini, Elisabetta Michilin, Antonella Nicoletti, Renata Spigariol (Intervistatori/trici)
AULSS 12	Giacomo Marchese (Coordinatore); Sergio Bontempi, Michela Cavagnis, Manuela Enzo, Gloria Orlandini, Claudia Perelli, Emanuela Pesce (Intervistatori/trici)
AULSS 13	Silvia Milani (Coordinatrice); Claudia Carraro, Antonella Dal Pra, Maurizia Meneghetti, Marina Romanato, Giorgia Zuin (Intervistatori/trici)

- AULSS 15 Armando Olivieri (Coordinatore); Gianni Bottacin, Marilena Favaro, Antonella Ferraro, Fiorella Rebellato, Rosita Securo, Maria Grazia Tavella (Intervistatori/trici)
- AULSS 16 Lorena Gottardello (Coordinatore); Elisabetta Cannizzo, Stefania Dainese, Daniela Masiero, Liliana Pedruzzi (Intervistatori/trici)
- AULSS 17 Chiara Schiavinato (Coordinatrice); Luana Belcaro, Beatrice Brandalese, Luisa Cavallari, Lucia Piccolo, Rossella Piccolo, Rita Tinello (Intervistatori/trici)
- AULSS 18 Patrizia Casale (Coordinatrice); Claudia Cavaliere, Carla Daniolo, Giliola Rando, Alfredo Schiavo (Intervistatori/trici)
- AULSS 20 Silvana Manservisi (Coordinatore); Elisabetta Ferrari, Laura Trevisan (Intervistatori/trici)
- AULSS 21 Katia Cervato (Coordinatrice); Tiziana Liuzzi, Paola Natali, Paola Pasquin, Marika Scevarolli, Samuela Varalta (Intervistatori/trici)
- AULSS 22 Gianstefano Blengio (Coordinatore), Salvatore Falcone, Maria Vittoria Aldrighetti, Rosanna Ledri, Sabrina Scarponi, Laura Trentin (Intervistatori/trici)

**Il sistema di sorveglianza sui
Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute**

RAPPORTO REGIONALE 2008

VENETO



Il presente rapporto aggiorna i dati della sorveglianza PASSI al 2008 e rappresenta la seconda pubblicazione a livello regionale.

Oggi in Veneto la sorveglianza viene condotta in 18 Aziende ULSS; l'obiettivo è quello di raggiungere nel breve periodo in tutte le Aziende ULSS, anche in quelle che hanno aderito recentemente, il numero di interviste sufficiente da garantire stime affidabili anche a livello locale.

Nel presente rapporto, i dati sono suddivisi in 5 sezioni, che corrispondono ad altrettante aree di attività specifiche della prevenzione: Benessere, Guadagnare Salute, Rischio cardiovascolare, Sicurezza, Programmi di prevenzione individuale. In particolare, la sezione "Guadagnare salute" fa riferimento all'omonimo programma ministeriale, che raggruppa i quattro principali fattori di rischio prevenibili: scorretta alimentazione, abitudine al fumo di tabacco, sedentarietà e abuso di alcol. Il programma si propone come intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali, culturali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali.

La Direzione Regionale Prevenzione da anni promuove nel territorio numerosi interventi di sanità pubblica che vedono la partecipazione in modo abbastanza uniforme di tutte le Aziende ULSS del Veneto, con punte di eccellenza in alcuni ambiti territoriali specifici. Si ritiene fondamentale, al fine di sostenere la programmazione ed effettuare la valutazione dello stato di attuazione degli interventi e di verificarne i risultati in termini di salute, il ruolo di sistemi informativi puntuali, continuativi e confrontabili.

In questa ottica il PASSI è in grado di rispondere a questa esigenza conoscitiva evidenziata, fornendo stime e indicazioni a livello locale. Avviato nel 2007, i risultati raggiunti lasciano intravedere la possibilità di un maggiore consolidamento del sistema. Infatti il monitoraggio del sistema attraverso l'analisi degli indicatori di qualità, annualmente calcolati, confermano la buona affidabilità e attendibilità del PASSI.

Un sentito ringraziamento a quanti, a vario titolo, contribuiscono con il proprio lavoro, motivazione e passione, alla buona riuscita del PASSI ed ai cittadini intervistati che dedicando il loro tempo hanno contribuito a fornire utili informazioni per la salute della comunità.

Invito pertanto alla lettura del presente rapporto tutti coloro che sono coinvolti nelle attività di sanità pubblica, sia come promotori che destinatari, esplorando il ricco e interessante patrimonio fornito dal PASSI.

Ing. Sandro Sandri
Assessore Regionale alle Politiche Sanitarie




Indice

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve	9
Metodi	11
Sintesi dei risultati	13
Profilo sociodemografico	
Il campione 2008	17
Benessere	
Percezione dello stato di salute	21
Sintomi di depressione	23
Guadagnare salute	
Attività fisica	27
Situazione nutrizionale	29
Consumo di alcol	32
Abitudine al fumo	34
Rischio cardiovascolare	
Rischio cardiovascolare	39
Ipertensione arterioso	39
Ipercolesteromia	40
Calcolo del rischio cardiovascolare	41
Sicurezza	
Sicurezza stradale	45
Infortuni domestici	48
Programmi di prevenzione individuale	
Diagnosi precoce del tumore alla mammella	53
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	55
Diagnosi precoce del colon-retto	57
Vaccinazione antinfluenzale	59
Vaccinazione antirosolia	60
Appendice	
Tabella riassuntiva. Sistema di sorveglianza PASSI 2008	61

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI, cioè Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia.

PASSI è concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti tra le ASL e le Regioni partecipanti e fornire elementi utili per le attività programmatiche locali.

Il funzionamento del sistema

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18 - 69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle ASL, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione (minimo 25 interviste al mese per ASL) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi.

Gli ambiti indagati sono:

- ◆ i principali fattori di rischio per le malattie croniche, oggetto del programma Guadagnare salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol;
- ◆ il rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, calcolo del rischio;
- ◆ i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto;
- ◆ le vaccinazioni contro influenza e rosolia;
- ◆ la sicurezza: i fattori che incidono su frequenza e gravità di incidenti stradali e infortuni domestici;
- ◆ la percezione dello stato di salute e sintomi di depressione.

Sono disponibili altresì moduli opzionali, che le Regioni possono adottare per rispondere a proprie specifiche esigenze informative.

Lo stato di avanzamento in Italia

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto.

Da aprile 2007 è iniziata la rilevazione dei dati in 20 Regioni.

Alla fine del 2008 erano state registrate sul server centrale circa 60.000 interviste complete e a settembre 2009 il numero di interviste caricate era pari a 80.000.

Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato (87%), un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

Lo stato di avanzamento in Veneto

Nel 2008, 18 Aziende ULSS hanno aderito al progetto e 17 hanno partecipato effettivamente alla rilevazione. Attualmente non partecipano le Aziende ULSS n. 5, n. 14 e n. 19. Il tasso di rispondenti è molto elevato: 88% (Pool di ASL 87%), con un tasso di rifiuto dell'8,7% in linea con il Pool di ASL (8,6%).

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie della Regione Veneto, periodicamente aggiornate. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell'AULSS e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, 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 campione mensile è stratificato per sesso e classi di età e direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle AULSS. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna AULSS è di 25 unità. Quattordici AULSS hanno effettuato un numero di interviste sufficiente a costituire un campione di rappresentatività aziendale; le AULSS 6 Vicenza, 18 Rovigo e 21 Legnago hanno partecipato alla costruzione delle stime regionali.

Il campione, aggregato nell'anno e su 17 Aziende ULSS della Regione, è stato di 4.237 individui.

A livello nazionale, tutte le regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2008 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Calabria, per un totale di oltre 37.500 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è il "Pool di ASL PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza. Di conseguenza, oltre alla Calabria, non fanno parte del pool i seguenti territori:

- ◆ in Sardegna e in Lombardia partecipano solo una parte delle ASL;
- ◆ in altre Regioni sono state escluse singole ASL.

AULSS	Persone di 18-69 anni intervistate	Persone di 18-69 anni intervistate
1 Belluno	265	197
2 Feltre	279	194
3 Bassano	329	149
4 Thiene	345	424
5 Arzignano	-	145
6 Vicenza	128	98
7 Pieve di Soligo	232	257
8 Asolo	422	232
9 Treviso	278	240
10 Veneto Orientale	-	35
12 Veneziana	271	173
13 Mirano	225	240
14 Chioggia	-	-
15 Cittadella	263	159
16 Padova	276	255
17 Este	199	180
18 Rovigo	136	-
19 Adria	-	-
20 Verona	203	31
21 Legnago	56	-
22 Bussolengo	330	210
Veneto	4.237	3.219

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AULSS di appartenenza.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione durante tutto l'anno 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 22 minuti.

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 e il metodo dell'intervista telefonica.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 10% delle interviste sono state effettuate con il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi delle informazioni

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

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

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%.

Inoltre, per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi multivariate mediante regressione logistica.

L'analisi aziendale è stata fatta aggregando i dati per il biennio 2007/2008 per le AULSS che hanno effettuato un numero di interviste sufficiente a costruire un campione di rappresentatività aziendale nel corso del biennio. I dati sono stati rappresentati mediante mappe tematiche elaborate con il software MapInfo 8, utilizzando per la definizione degli intervalli il metodo dei quartili.

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).

Nel 2007 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.

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.

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

Sintesi dei risultati

Descrizione del campione aziendale: nel 2008 è stato intervistato un campione casuale di 4.237 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle AULSS. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne ed il 49% da uomini. L'età media è di 44 anni. La metà ha un alto livello di istruzione e il 70% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: il 67% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 44% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: è completamente sedentario il 25% del campione ed il 29% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: il 26% si dichiara fumatore e il 20% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena l'1% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 92% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre, o quasi sempre, rispettato il divieto sul fumo, mentre il 14% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (2%) o in "alcune zone" (12%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il 31% del campione veneto è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 23% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 73%. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 13% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni, tra gli uomini e tra le persone con basso livello di istruzione.

Consumo di alcol: si stima che circa i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 25% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente l'11% beve fuori pasto, l'8% è bevitore "binge" ed il 13% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su cinque e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta non del tutto soddisfacente: l'89% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 30% degli intervistati. Il 13% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista, mentre l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortunati domestici: nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nel Veneto, non è elevata: il 93% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale di intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 27%: tra questi ultimi il 29% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: in media, solo il 23% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari e respiratorie), si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: il numero di donne potenzialmente suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 31%.

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso un quinto della popolazione veneta, tra i 18 e i 69 anni; il 68% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Al 7% non è mai sta-

ta misurata la pressione arteriosa. Più di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (27%) e, tra questi, il 22% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su cinque (22%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 9% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: in Veneto il 7 % delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

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

Screening neoplasia della mammella: l'81% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato.

Screening tumore del colon retto: il 50% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, o una sigmoidoscopia, o una colonscopia negli ultimi cinque anni a scopo preventivo.

Profilo sociodemografico

Il campione

17



Il campione 2008

La popolazione in studio è costituita da 3.348.907 residenti in età tra i 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle Aziende ULSS del Veneto. Nel 2008 sono state intervistate 4.237 persone di età compresa tra i 18 e 69 anni, selezionate dalle anagrafi sanitarie con campionamento proporzionale stratificato per sesso ed età. Diciassette Aziende ULSS hanno partecipato alla costruzione delle stime regionali, ma sono quattordici quelle ad aver effettuato un numero di interviste sufficiente a costituire un campione di rappresentatività aziendale.

L'età e il sesso

La distribuzione per sesso e classi di età del campione è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento ISTAT del Veneto, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

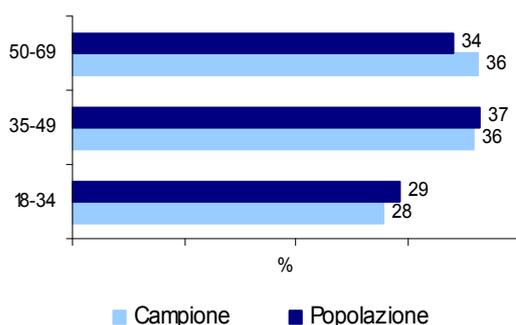
La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle AULSS partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Per quanto riguarda lo stato civile i coniugati sono il 64%, i celibi/nubili il 29,3%, i vedovi/e il 2,2%, e i separati/divorziati il 4,5%.

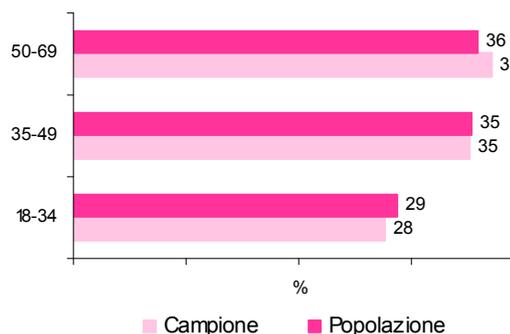
Caratteristiche demografiche degli intervistati Veneto - PASSI 2008	
Numerosità	4.237
Sesso	
uomini	49,3%
donne	50,7%
Classi di età	
18-34	27,8%
35-49	35,5%
50-69	36,7%
Età media	44
Istruzione	
nessuna/elementare	12,2%
media inferiore	31,3%
media superiore	43,5%
laurea	13,0%
Lavoro regolare¹	70,2%
Difficoltà economiche	
nessuna	55,9%
qualche	36,4%
molte	7,7%

¹ campione compreso tra i 18 e i 65 anni

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini.
Veneto - PASSI 2008



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne.
Veneto - PASSI 2008



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera sono il 5,8%.

Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani (18-34: 9,1%; 35-49: 7,6%) mentre poco più dell'1% dei 50-69 anni sono stranieri.

Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 2,9% degli intervistati con differenze territoriali.

Il titolo di studio

Il 12,2% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31,3% la licenza media inferiore, il 43,5% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

L'istruzione è fortemente età-dipendente, infatti gli anziani mostrano un livello di istruzione significativamente più basso rispetto ai più giovani: nella fascia di età 50-69 anni il 32% ha nessun titolo di studio o la licenza elementare, tra i 35 e 49 anni è l'1,6% e nella fascia 18-34 anni l'1,2%. Questo, dal punto di vista metodologico, impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche.

Il lavoro

Il 70% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.

Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (60% vs 80%).

Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito di lavorare con regolarità in proporzione maggiore (18-34: 73,5%; 35-49: 85,5%) rispetto a quelli della fascia di età 50-65 anni (47,8%).

Tra le ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 64% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

Difficoltà economiche

L'8% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 36% qualche difficoltà, il 56% nessuna.

Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (8,5% contro 7%).

Nel Pool di ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale: il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica, il 41% qualche difficoltà e il 14% molte difficoltà economiche.

La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

Benessere

Percezione dello stato di salute	21
Sintomi di depressione	23





Percezione dello stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Percezione dello stato di salute Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	67,2	65,6	68,8
Numero di giorni riferiti con limitazioni di attività per cattiva salute fisica o psicologica			
0 giorni	83,9	82,7	85,2
1 - 13 giorni	12,6	11,5	13,7
≥ 14 giorni	3,5	2,9	4,1

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

In Veneto il 67% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 30% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

In particolare si dichiarano significativamente più soddisfatti della propria salute:

- ◆ i giovani nella fascia 18-34 anni
- ◆ gli uomini
- ◆ le persone con elevato livello di istruzione
- ◆ le persone senza difficoltà economiche
- ◆ le persone senza patologie severe.

Nell'analisi multivariata (regressione logistica) sull'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per tutte le variabili considerate.

Stato di salute percepito Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	Percezione positiva di salute ¹		
	%	IC 95%	
Totale	67,2	65,6	68,8
Classi di età			
18-34	83,2	80,6	85,8
35-49	68,4	65,6	71,1
50-69	52,6	49,7	55,4
Sesso			
uomini	71,3	69,1	73,6
donne	63,0	60,8	65,2
Istruzione			
nessuna/elementare	47,3	42,6	51,9
media inferiore	61,1	58,2	64,0
media superiore	73,9	71,5	76,3
laurea	78,2	73,6	82,7
Difficoltà economiche			
molte	51,0	44,6	57,4
qualche	60,7	57,9	63,5
nessuna	73,7	71,6	75,8
Patologie croniche severe²			
almeno una	43,5	39,5	47,6
assenti	71,9	70,2	73,7

¹ persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda su come va la propria salute

² almeno una delle seguenti patologie: infarto e altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, tumori, insufficienza renale.

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale, comportando costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società. Tra le patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia, si stima che ogni anno oltre un milione e mezzo di persone adulte soffrono di disturbo di tipo depressivo (fonte: studio Eseméd).

Sintomi di depressione Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane ¹	7,0	6,1	7,9
Ha cercato aiuto da qualcuno ²	50,8	45,0	56,6
Figure di ricorso per sintomi di depressione			
nessuno	49,2	43,4	55,0
medico/operatore sanitario	29,7	24,1	35,4
famiglia/amici	14,7	10,3	19,1
entrambi	6,4	3,3	9,4

¹ Classificazione basata su un punteggio ≥ 3 del Patient Health Questionnaire (Phq-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime due settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentita giù di morale, depressa o senza speranza.

² La domanda è stata fatta a un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.

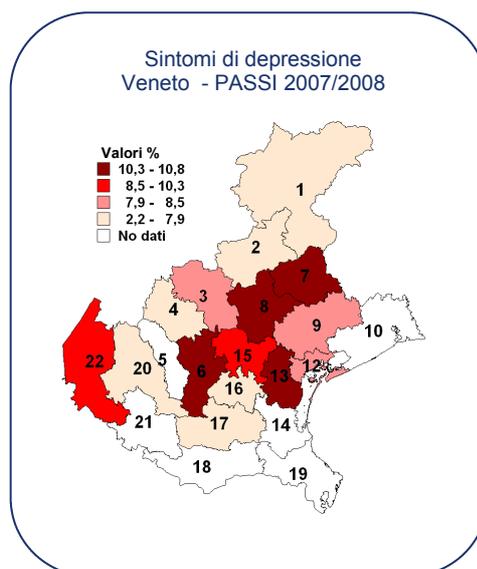
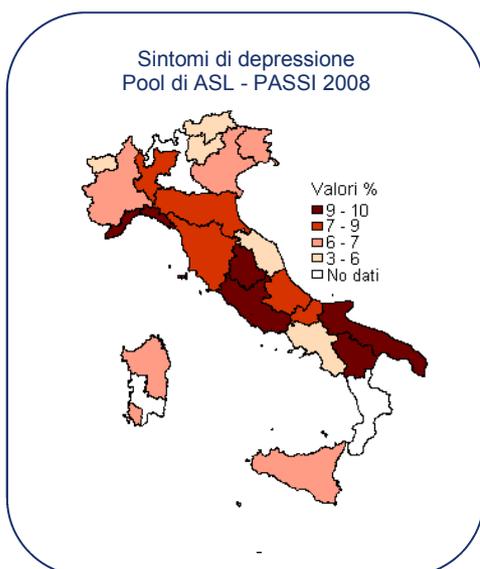
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

In Veneto il 7% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione. Questi sintomi sono risultati più diffusi:

- ◆ nelle fasce d'età più avanzate
- ◆ nelle donne
- ◆ nelle persone con basso livello d'istruzione
- ◆ nelle persone con difficoltà economiche
- ◆ nelle persone senza un lavoro continuativo
- ◆ nelle persone con almeno una patologia severa.

Nell'analisi multivariata (regressione logistica) sull'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, risultano significative la differenza di sesso, la presenza di difficoltà economiche o di patologie severe.

Sintomi di depressione Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	Persone con sintomi di depressione (Score Phq-2 \geq 3)		
	%	IC 95%	
Totale	7,0	6,1	7,9
Classi di età			
18-34	5,9	4,4	7,4
35-49	6,6	5,3	8,0
50-69	8,4	6,7	10,0
Sesso			
uomini	4,9	3,8	6,0
donne	9,2	7,8	10,5
Istruzione			
nessuna/elementare	10,0	7,2	12,9
media inferiore	7,5	5,9	9,1
media superiore	6,7	5,3	8,0
laurea	4,2	2,4	6,1
Difficoltà economiche			
molte	17,0	12,4	21,5
qualche	7,9	6,3	9,4
nessuna	5,1	4,1	6,1
Stato di lavoro			
lavora	5,7	4,7	6,7
non lavora	9,6	7,9	11,4
Malattie croniche			
almeno una	11,8	9,1	14,4
nessuna	6,1	5,2	7,0



Dall'analisi interregionale emergono differenze statisticamente significative con un range che varia tra il 3% della P.A. di Bolzano e il 10% della Liguria.

Tra le Aziende ULSS della Regione con campione rappresentativo nel biennio 2007/2008, si nota una discreta variabilità della presenza di sintomi di depressione.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione?

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi di depressione:

- ◆ il 36,5% delle persone con sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 70% delle persone che non hanno riferito i sintomi;
- ◆ la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Il 51% delle persone con sintomi di depressione ha dichiarato di aver cercato aiuto per risolvere questo problema, in particolare si sono rivolti a medici/operatori sanitari (30%), a familiari/amici (15%) o ad entrambi (6%). Il 49% non ha cercato aiuto.

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Guadagnare salute

Attività fisica	27
Situazione nutrizionale	29
Consumo di alcol	32
Abitudine al fumo	34





Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel Public Health Programme (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma Guadagnare Salute si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Attività fisica Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Livello di attività fisica			
<i>attivo</i> ¹	28,5	27,0	30,1
<i>parzialmente attivo</i> ²	46,1	44,4	47,8
<i>sedentario</i> ³	25,3	23,8	26,8
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴	38,1	36,2	40,0
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴	34,4	32,5	36,2
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	17,7	15,0	20,5

¹Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

²Non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁴Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

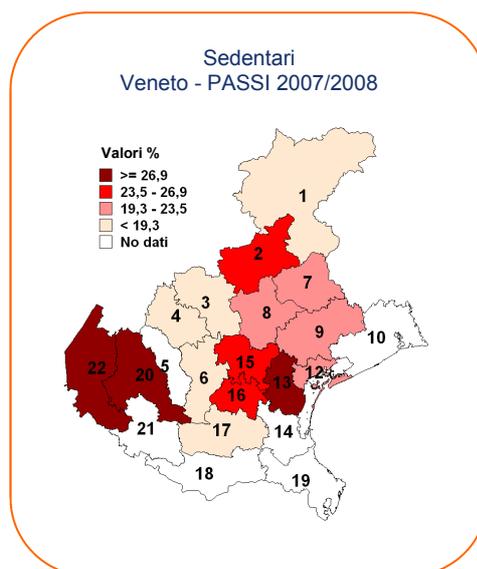
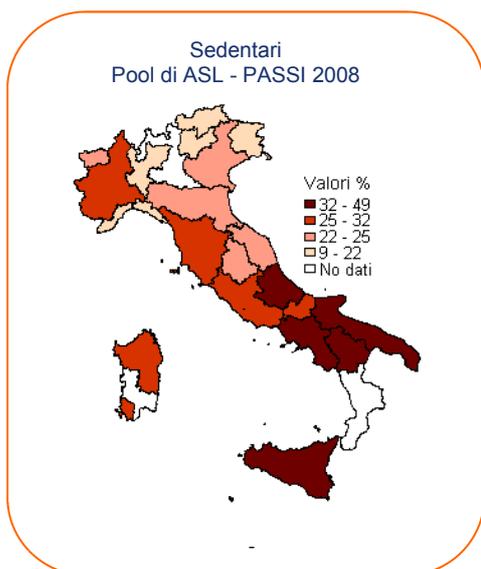
Quanti sono sedentari e quanti attivi fisicamente?

In Veneto il 28,5% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 46,1% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 25,3% è completamente sedentario

La sedentarietà è più elevata nelle donne, nelle persone di 50 anni e più ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Analizzando assieme tutte queste caratteristiche si conferma un rischio significativamente maggiore di sedentarietà per le donne, per gli individui con un basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

Sedentari Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	25,3	23,8	26,8
Classi di età			
18-34	24,4	21,4	27,4
35-49	24,4	21,8	26,9
50-69	27,0	24,4	29,5
Sesso			
uomini	23,3	21,0	25,5
donne	27,3	25,2	29,5
Istruzione			
nessuna/elementare	31,7	27,3	36,1
media inferiore	27,3	24,6	30,1
media superiore	23,4	21,1	25,7
laurea	20,2	15,7	24,7
Difficoltà economiche			
molte	29,8	23,9	35,5
qualche	28,6	25,9	31,3
nessuna	22,5	20,5	24,5



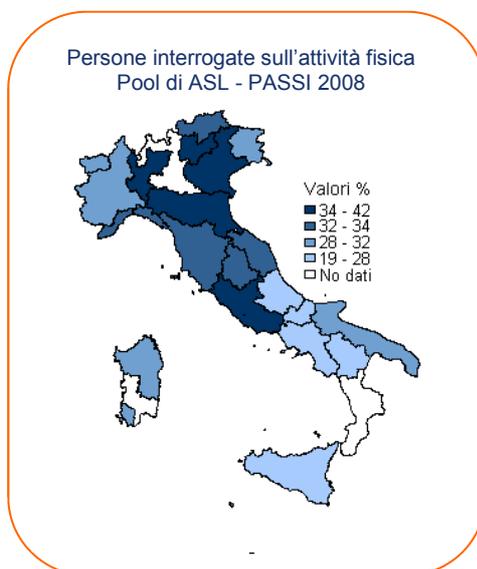
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI nazionale, è risultato sedentario il 29% del campione con un evidente gradiente territoriale.

Nel biennio 2007/2008 si evidenzia una discreta variabilità tra le Aziende Sanitarie: valori più elevati per le AULSS della provincia di Verona, valori più bassi per le Aziende della provincia di Vicenza e per l'Azienda ULSS 17.

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

In Veneto solo il 38% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e il 34% riferisce di aver avuto il consiglio di farla regolarmente.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 31% con un evidente gradiente territoriale.



Conclusioni e raccomandazioni

L'attività fisica è praticata in modo insufficiente dalla popolazione veneta: circa un veneto su quattro è sedentario indipendentemente dall'età e dal sesso.

È pertanto importante continuare potenziare il messaggio dei benefici dell'attività fisica, anche attraverso il coinvolgimento di tutto il personale sanitario.

Da anni è attivo in Veneto il progetto regionale "Lotta alla sedentarietà", di cui è capofila l'Azienda ULSS n.20 di Verona, con l'obiettivo generale di promuovere una cultura della salute che preveda stili di vita attivi e in particolare il regolare esercizio fisico tra i giovani e gli anziani. Tra gli obiettivi specifici di particolare valenza è la promozione dell'attività fisica attraverso interventi di comunità (campagna di promozione dell'uso delle scale, pedibus, progetti locali di intervento sui determinanti urbanistici che ostacolano gli spostamenti a piedi e in bicicletta, ecc.).

Situazione nutrizionale

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30). L'obesità è aumentata negli ultimi decenni al punto che, oggi, gli esperti le attribuiscono circa 50.000 decessi all'anno nel nostro Paese.

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Situazione nutrizionale Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>Sovrappeso</i>	30,7	29,2	32,2
<i>Obesi</i>	10,5	9,4	11,6
Consigliato di perdere peso da un operatore sanitario¹			
<i>Sovrappeso</i>	49,7	46,4	53,0
<i>Obesi</i>	79,6	75,2	84,1
Consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,2	12,1	14,3

¹tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

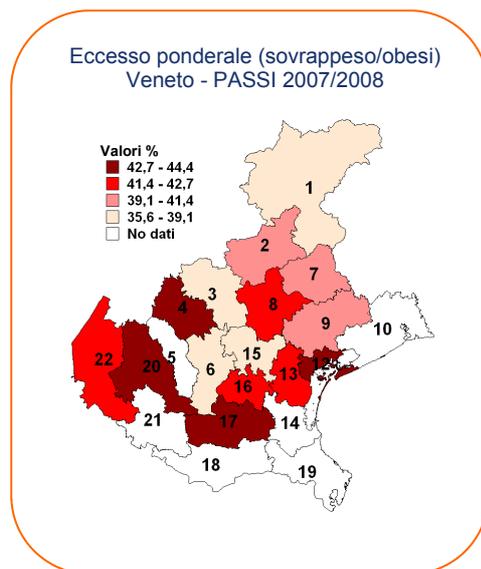
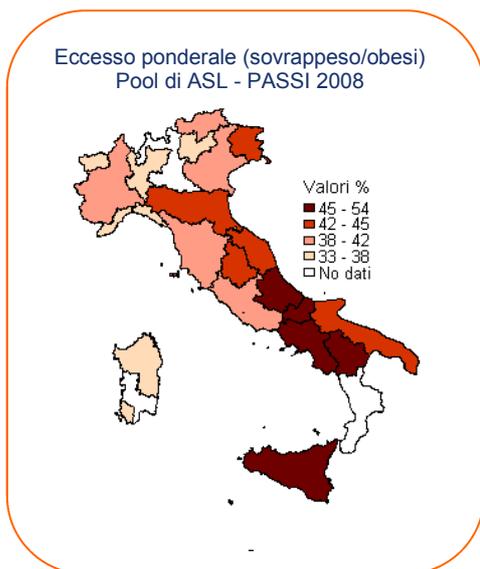
L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

- ◆ col crescere dell'età
- ◆ negli uomini
- ◆ nelle persone con basso livello di istruzione.

Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.

Nell'analisi multivariata sull'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si confermano le differenze significative per le variabili considerate.

Popolazione con eccesso ponderale Veneto - PASSI 2008						
Caratteristiche	Sovrappeso			Obesi		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
Totale	30,7	29,2	32,2	10,5	9,4	11,6
Classi di età						
18 - 34	18,5	16,1	21,0	4,2	2,5	5,8
35 - 49	29,5	26,8	32,1	10,3	8,4	12,2
50 - 69	42,2	39,5	45,0	15,9	13,8	18,1
Sesso						
uomini	39,6	37,2	42,0	12,1	10,4	13,9
donne	21,6	19,7	23,6	8,8	7,4	10,2
Istruzione						
nessuna/elementare	42,4	37,7	47,0	19,3	15,6	23,0
media inferiore	34,3	31,5	37,2	13,1	11,0	15,2
media superiore	26,6	24,3	29,0	7,9	6,3	9,6
laurea	24,7	20,4	29,0	4,4	2,3	6,5
Difficoltà economiche						
molte	28,5	22,6	34,3	16,6	11,5	21,6
qualche	34,5	31,8	37,3	12,0	10,0	13,9
nessuna	28,6	26,6	30,6	8,7	7,3	10,1



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 41,9% degli intervistati è in eccesso ponderale (31,6% in sovrappeso e 10,3% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

Non si rileva una significativa variabilità tra le Aziende ULSS del Veneto nel biennio 2007/2008, anche se alcune sembrano aver un eccesso rispetto al valore medio regionale (40,3%).

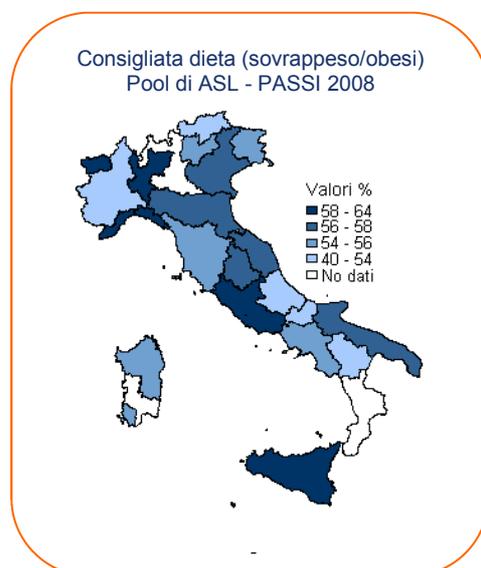
Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

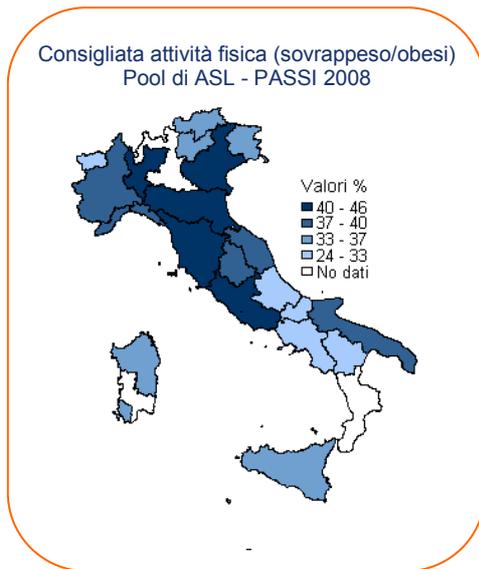
Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e/o verdura almeno una volta al giorno. Solo il 13% aderisce però alle raccomandazioni di consumare almeno 5 porzioni al giorno; l'adesione aumenta con l'età (8% tra i 18 e 34 anni, 19% tra le persone di età compresa tra i 50 e 69 anni).

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

Il 58% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; il 43% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica. In particolare, tra gli obesi, l'80% ha ricevuto il consiglio di seguire una dieta, il 53% di fare attività fisica.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto consiglio di perdere peso (in particolare il 48,6% delle persone in sovrappeso e l'82,2% delle persone obese).





A livello nazionale, il 38% delle persone con eccesso ponderale ha riferito che un medico o altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare regolarmente attività fisica.

Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in Veneto, il 41% delle persone adulte presentano un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. Spesso le persone in sovrappeso sottovalutano la loro condizione; e neanche gli operatori sanitari sembrano ancora porre l'attenzione necessaria.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Consumo di alcol

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

L'alcol contribuisce a oltre 60 problemi di salute, dalla sindrome feto alcolica dei neonati agli incidenti stradali, dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di cancro.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Consumo di alcol Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Bevuto una o più unità alcoliche nell'ultimo mese	67,3	65,7	68,8
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	10,7	9,7	11,6
Bevitori <i>binge</i>	8,4	7,4	9,4
Forti bevitori ¹	12,8	11,7	13,9
Bevitori a rischio ²	25,2	23,7	26,6
Chiesto dal medico sul consumo	21,3	19,6	22,9
Consigliato dal medico, ai bevitori a rischio, di ridurre il consumo	6,8	4,9	8,6

¹più di 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini, più di 1 per le donne
² bevitori fuori pasto e/o bevitori binge e/o forti bevitori: poiché una persona può appartenere a più di una categoria a rischio, la percentuale dei bevitori non è la somma di singoli comportamenti

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

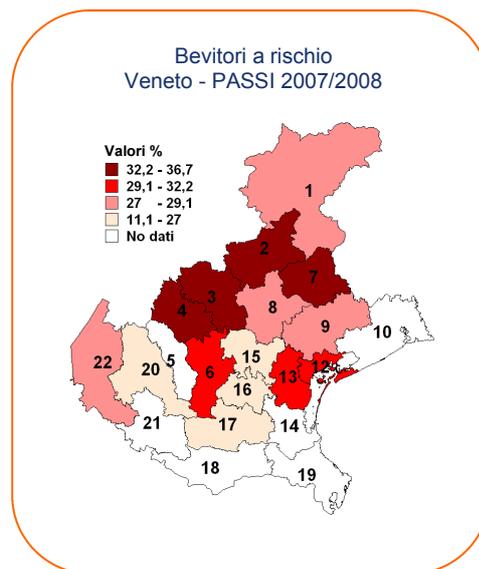
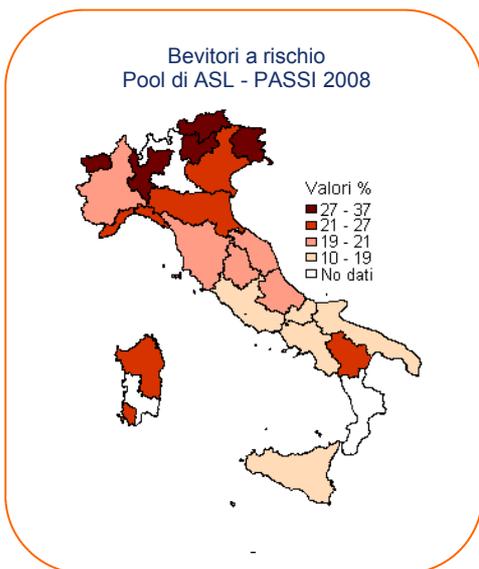
Circa 1 giovane su 2 ha un consumo di alcol a rischio.

Il comportamento è più diffuso tra gli uomini, non è legato al livello di istruzione, mentre sembra essere più frequente tra chi non ha difficoltà economiche.

Nell'analisi multivariata queste associazioni risultano statisticamente significative.

I consumatori binge rappresentano l'8% degli intervistati e in particolare tale comportamento è più frequente tra i giovani (14% tra i 18 e 24 anni) e tra gli uomini (14% verso 2% delle donne).

Consumo di alcol a rischio Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	25,2	23,7	26,6
Classi di età			
18-24	53,5	47,7	59,2
25-34	30,5	26,8	34,2
35-49	18,6	16,3	20,9
50-69	21,1	18,9	23,3
Sesso			
uomini	31,9	29,6	34,2
donne	18,2	16,4	20,0
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	24,7	20,8	28,5
media inferiore	21,3	18,9	23,8
media superiore	28,0	25,6	30,4
laurea	25,2	20,9	29,4
Difficoltà economiche			
molte	19,6	14,8	24,4
qualche	24,3	21,8	26,7
nessuna	26,5	24,5	28,5

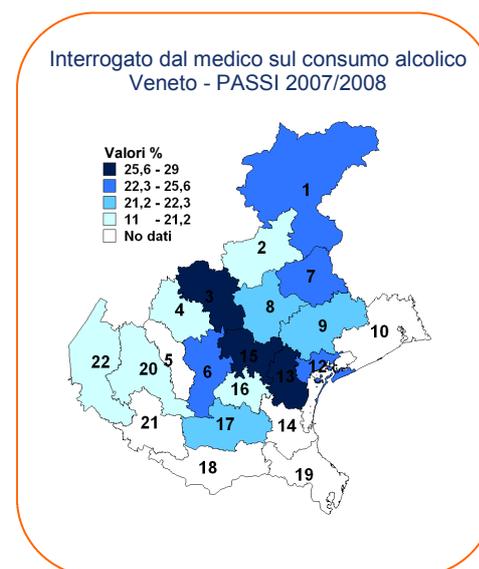


I bevitori a rischio nel Pool italiano sono il 19,6%, con percentuali più elevate nelle regioni del Nord.

In Veneto nel biennio 2007/2008, si evidenzia una discreta variabilità tra le Aziende ULSS, con percentuali più elevate nelle zone montane. Il valore maggiore si rileva nell'AULSS n° 7, il minore nell'Azienda ULSS di Verona.

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

In Veneto il 21% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol, dato superiore al valore nazionale (16% del campione). Il 7% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario. In alcune Aziende ULSS del Veneto per il 2007/2008, sembra esserci una maggiore attenzione da parte degli operatori sanitari sul problema alcol. Le AULSS 15 e 13 hanno registrato le percentuali più elevate.



Conclusioni e raccomandazioni

In Veneto si stima che circa due persone su tre di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e una su quattro abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione. I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione, aumentandone il livello di informazione e consapevolezza, sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio. Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

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

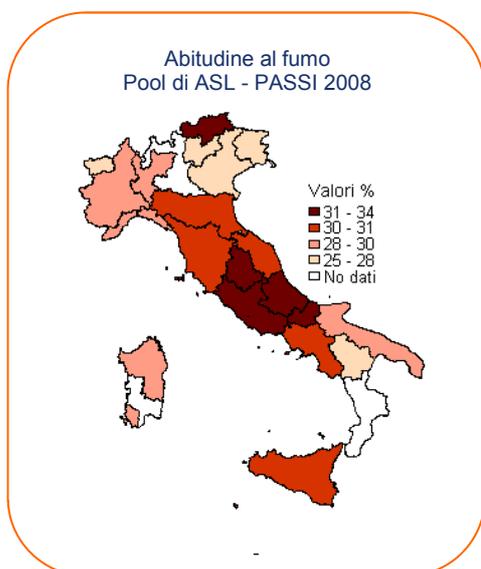
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Abitudine al fumo	%	IC 95%	
Veneto - PASSI 2008			
Fumatori ¹	25,9	24,4	27,5
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fuma ²	44,7	42,8	46,7
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di smettere di fumare	62,0	57,8	66,2
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	44,5	40,7	48,4
Ex fumatori che hanno smesso da soli	95,7	94,2	97,3
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre			
<i>nei locali pubblici</i>	94,2	93,3	94,9
<i>sul luogo di lavoro</i>	92,4	91,3	93,6
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	85,6	84,4	86,8

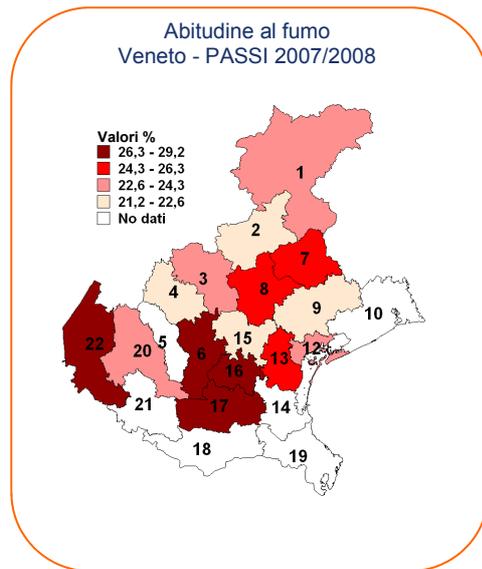
¹ chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di 6 mesi

² tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi



Nel Pool di ASL italiane la percentuale di fumatori è del 29,8%. Il Veneto è una delle Regioni dove si fuma meno; la maggior parte dei fumatori si concentrano nell'Italia Centrale.

Le Aziende ULSS 6 e 16 nel biennio 2007/2008 registrano le più alte percentuali di fumatori. Non si evidenzia comunque una grande variabilità nel territorio veneto.



Abitudine al fumo di sigaretta Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	25,9	24,4	27,5
Classi di età			
18-24	36,2	30,7	41,8
25-34	33,7	29,7	37,6
35-49	25,7	23,1	28,3
50-69	19,0	16,6	21,3
Sesso			
uomini	30,2	27,8	32,6
donne	21,6	19,6	23,6
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	15,6	12,2	19,1
media inferiore	29,5	26,8	32,3
media superiore	27,9	25,4	30,5
laurea	20,3	15,7	24,8
Difficoltà economiche			
molte	35,5	29,1	41,8
qualche	28,7	26,0	31,3
nessuna	22,8	20,8	24,8

L'abitudine al fumo è risultata più elevata nelle classi di età più giovani, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione intermedio e con molte difficoltà economiche

Analizzando assieme queste caratteristiche con un modello di regressione logistica, si confermano significative le associazioni evidenziate nel capoverso precedente.

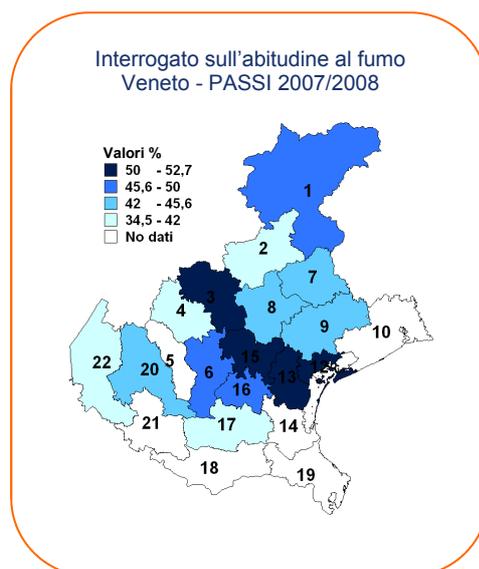
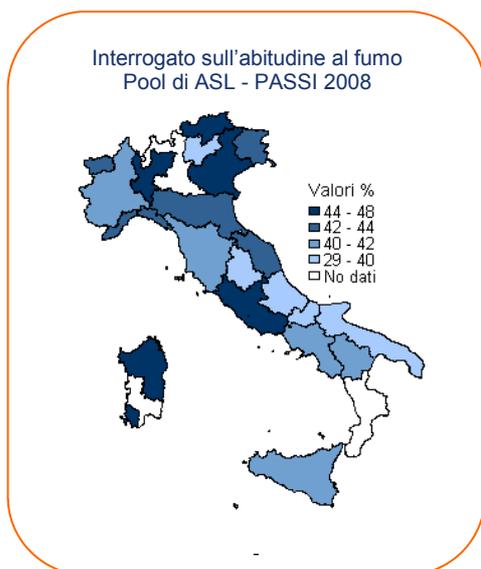
Il consiglio dell'operatore sanitario

Al 45% degli intervistati che si sono recati da un medico nell'ultimo anno sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un medico o operatore sanitario: al 70% dei fumatori, al 41,5% degli ex fumatori e al 33,5% dei non fumatori.

Il 62% dei fumatori, che si sono recati da un medico, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario (Pool di ASL italiane 61%).

Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (32%).

Il 45% dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno senza riuscirci, di questi il 91% ha tentato da solo.



Nel biennio 2007/2008 le AULSS 2 e 4 hanno percentuali inferiori di persone che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare rispetto al dato regionale. Situazioni di maggior attenzione da parte del personale sanitario sono state riscontrate nelle AULSS del territorio veneziano e nell'Azienda ULSS 3 e 15.

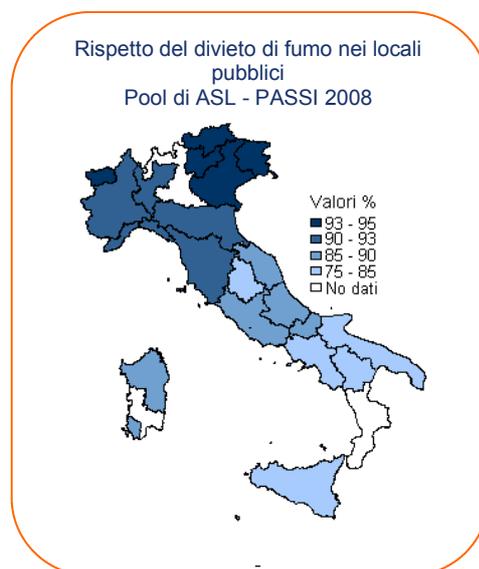
Fumo passivo

L'86% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione non è permesso fumare.

Secondo il 94% degli intervistati il divieto di fumo nei locali pubblici viene sempre o quasi sempre rispettato.

Da un confronto interregionale emerge che, secondo gli intervistati, nel Nord Est c'è un maggior rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici che nelle altre Regioni e Asl partecipanti alla sorveglianza.

L'80,5% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro viene sempre rispettato.



Conclusioni e raccomandazioni

In Veneto si stima che una persona su quattro tra i 18 e 69 anni fuma. Circa due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. Un fumatore su due ha tentato di smettere di fumare e quasi sempre da solo, senza tuttavia riuscirci. I risultati sottolineano l'importanza di continuare e potenziare i programmi di contrasto all'iniziazione al fumo e di disassuefazione dall'abitudine.

Le strategie di intervento devono, quindi, mirare a realizzare azioni coordinate tra ULSS, medici, pediatri e altri operatori sanitari nell'ambito di attività di informazione/educazione con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti sani e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza del tabacco.

Rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare	39
Iperensione arteriosa	39
Ipercolesterolemia	40
Calcolo del rischio cardiovascolare	41





Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. La probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti dei sottogruppi più a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati relativi al controllo dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, e all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Rischio cardiovascolare Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	22,2	20,8	23,6
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85,9	84,6	87,1
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	27,0	25,3	28,8
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	78,0	76,6	79,4
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	8,7	7,6	9,9

¹tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa
²tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia
³su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

Ipertensione arteriosa

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

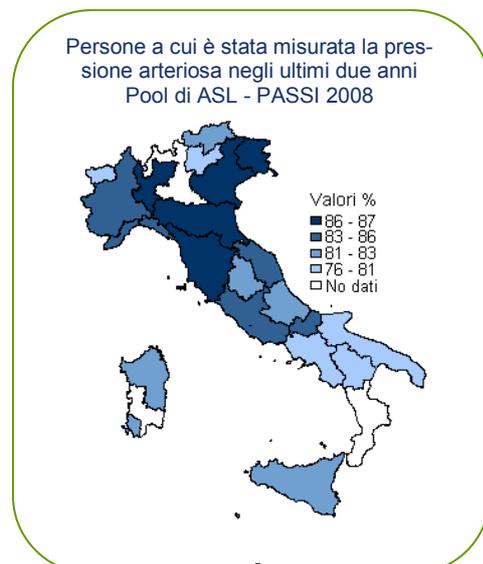
L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

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

La pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, nell'86% della popolazione delle 17 AULSS venete che hanno partecipato al PASSI 2008.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'84% ed è presente un evidente gradiente territoriale

Nel Veneto, il 22% degli intervistati, che hanno effettuato la misurazione della PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.

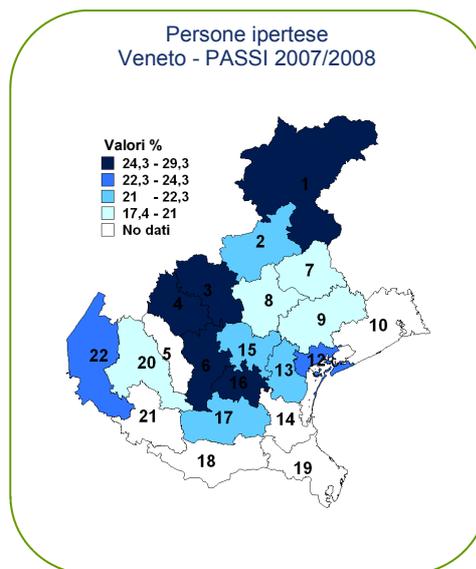


Ipertesi ¹			
Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	22,2	20,8	23,6
Classi di età			
18-34	6,1	4,5	7,8
35-49	16,5	14,2	18,8
50-69	40,0	37,1	42,9
Sesso			
uomini	24,1	22,1	26,2
donne	20,3	18,4	22,2
Istruzione			
nessuna/elementare	42,6	37,9	47,3
media inferiore	24,4	21,7	27,1
media superiore	17,5	15,4	19,7
laurea	13,3	9,7	17,0
Difficoltà economiche			
molte	30,0	23,6	36,3
qualche	22,7	20,2	25,1
nessuna	21,0	19,1	22,9
Indice di massa corporea			
sotto/normopeso	12,8	11,2	14,3
sovrappeso/obeso	35,2	32,6	37,8

¹tra coloro che riferiscono misurazione della pressione arteriosa

La percentuale di ipertesi cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione.

All'analisi multivariata (regressione logistica) le significatività rilevate si mantengono per le variabili età, presenza di difficoltà economiche, sovrappeso/obesità.



La percentuale di coloro, cui è stata fatta una diagnosi di ipertensione, nel biennio 2007/2008 varia dal 17,4% dell'AULSS 9 al 29,3% dell'AULSS 4; per quest'ultima AULSS il valore differisce significativamente da quello regionale.

In Veneto nel 2008, il 68% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Al 71% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 69% di controllare il peso corporeo e al 74% di svolgere regolarmente attività fisica.

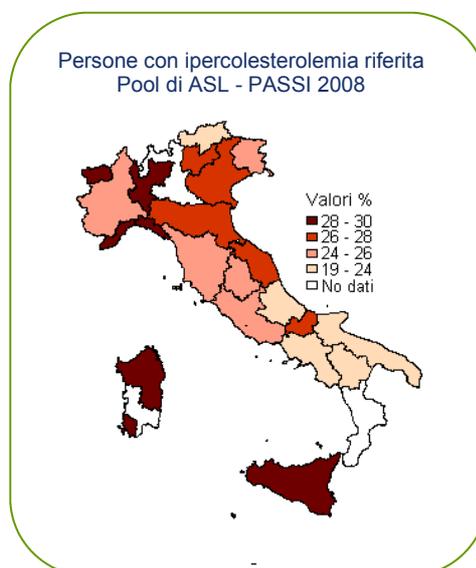
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 73% .

Colesterolemia

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

Nelle ASL partecipanti a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 78%. Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 25% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Nel Veneto, il 78% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia.



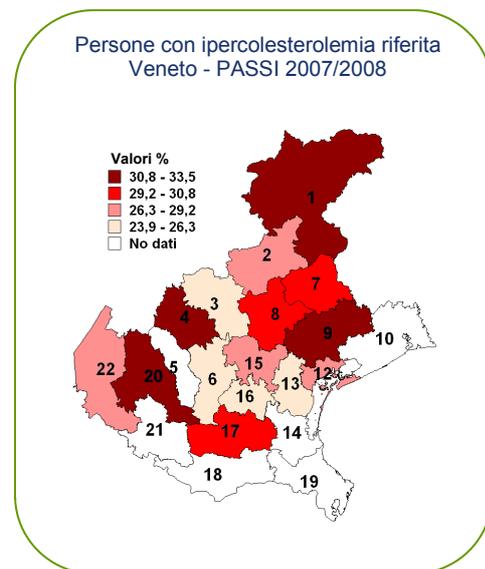
Ipercolesterolemici ¹ Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	27,0	25,3	28,8
Classi di età			
18-34	12,2	9,5	15,0
35-49	23,3	20,5	26,1
50-69	38,4	35,5	41,4
Sesso			
uomini	26,6	24,1	29,2
donne	27,4	25,1	29,7
Istruzione			
nessuna/elementare	39,8	35,0	44,7
media inferiore	27,0	24,1	30,0
media superiore	23,7	21,0	26,3
laurea	24,5	19,3	29,6
Difficoltà economiche			
molte	28,5	21,9	35,2
qualche	28,2	25,3	31,1
nessuna	26,1	23,9	28,4
Indice di massa corporea			
sotto/normopeso	22,5	20,3	24,7
sovrappeso/obeso	32,9	30,1	35,6

¹tra coloro che riferiscono misurazione della colesterolemia

Tra le AULSS della Regione nel biennio 2007/2008 non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 23,9% dell'AULSS 3 al 33,5% dell'AULSS 1).

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 27% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e in eccesso ponderale (BMI ≥ 25).

Analizzando assieme tutte le caratteristiche (regressione logistica) si conferma l'associazione statisticamente significativa con l'età e con l'eccesso ponderale.



In Veneto nel 2008, il 22% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico. L'81% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un medico di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 72% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 67% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 76% di svolgere regolare attività fisica.

Calcolo del rischio cardiovascolare

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

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6%.

In Veneto la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9%.

Calcolo del rischio cardiovascolare¹			
Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	8,7	7,6	9,9
Classi di età			
35-39	5,3	3,1	7,4
40-49	6,6	4,9	8,3
50-59	13,0	10,2	15,9
60-69	9,8	7,2	12,4
Sesso			
uomini	8,7	7,0	10,4
donne	8,8	7,3	10,3
Istruzione			
alta	8,4	6,8	10,0
bassa	9,1	7,4	10,8
Difficoltà economiche			
si	8,2	6,4	9,9
no	9,3	7,7	10,9
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare²			
si	9,7	8,3	11,2
no	6,1	4,2	7,9

¹persone tra 35 e 69 anni senza patologie CV

²soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

Risultano più controllate le persone tra i 50 e 59 anni e le persone che presentano almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Analizzando mediante regressione logistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri si mantengono le significatività rilevate.

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 17 AULSS venete partecipanti a PASSI 2008, si stima che sia iperteso circa il 22% delle persone tra i 18 e i 69 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi (circa il 14%), è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i soggetti al di sopra dei 35 anni). Poco più di due terzi degli ipertesi sono in trattamento farmacologico e circa tre quarti di essi hanno ricevuto consigli comportamentali per ridurre la pressione.

Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo (78% del campione), il 27% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale circa al 40% tra le persone con più di 50 anni. Si stima che il 22% degli ipercolesterolemici sia in trattamento farmacologico. Consigli comportamentali sono stati forniti dagli operatori sanitari a circa tre persone con colesterolo alto su quattro.

I programmi di controllo e riduzione di pressione e colesterolo, basati sull'iniziativa dei medici di famiglia, possono potenziare quelli per l'attuazione delle raccomandazioni relative a dieta e attività fisica, con l'obiettivo comune di abbassare il rischio cardiovascolare. In questi programmi dovrebbe essere generalizzato l'uso della carta del rischio cardiovascolare: uno strumento ancora troppo poco usato che può migliorare la qualità della valutazione clinica e la consapevolezza dell'assistito.

Sicurezza

Sicurezza stradale	45
Infortuni domestici	48





Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

Nel 2008 in Italia sono stati registrati 218.963 incidenti stradali con 4.731 morti e 310.39 feriti.

In Veneto nel 2008 gli incidenti stradali sono stati 16.744 con 458 morti e 22.970 feriti.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

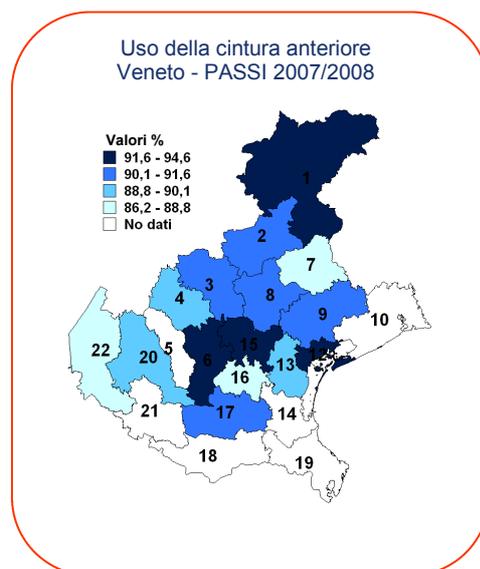
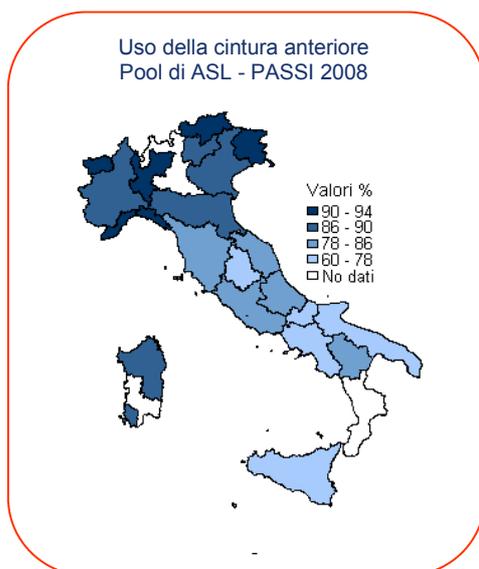
Sicurezza stradale	%	IC 95%	
Veneto - PASSI 2008			
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹			
casco sempre	97,1	95,7	98,6
cintura anteriore sempre	89,4	88,2	90,5
cintura posteriore sempre	29,9	28,2	31,7
Guida sotto effetto dell'alcol ²	13,5	12,1	14,9
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	10,8	9,8	11,9

¹ percentuale calcolata su tutta la popolazione, esclusa chi non viaggia in moto o automobile

² aver guidato - nell'ultimo mese - entro un'ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara che negli ultimi 30 giorni ha bevuto almeno un'unità alcolica e ha guidato

L'uso dei dispositivi di sicurezza

In Veneto la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al 97% per l'uso del casco, all'89% per la cintura anteriore di sicurezza e al 30% per l'uso della cintura posteriore.



Per il Pool di ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata significativamente inferiore al dato regionale: 94% per il casco, 83% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore. Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente tra gli uomini e nella fascia di età tra i 25 e 34 anni.

Analizzando con la regressione logistica, la guida sotto l'effetto dell'alcol risulta significativamente associata a tutte le caratteristiche considerate ad eccezione dell'età.

L'11% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol, valore significativamente superiore a quello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (8%).

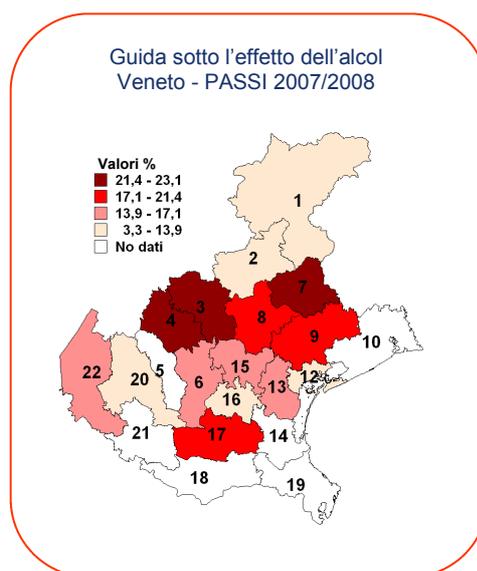
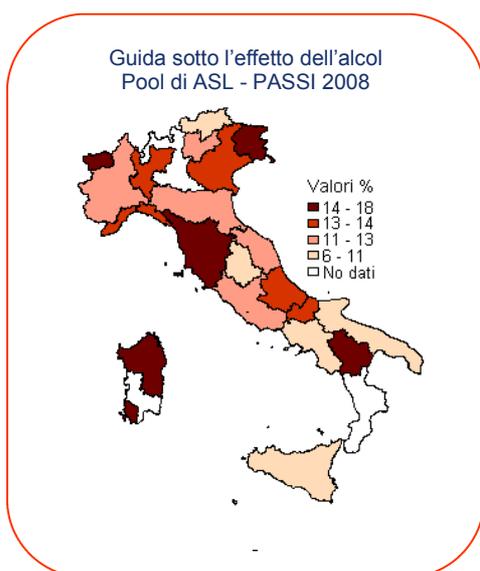
Nel biennio 2007/2008 si evidenzia una discreta variabilità tra le AULSS della Regione, in particolare le Aziende ULSS n. 3, 4, 7, 12 e 20 si differenziano significativamente dal valore medio regionale (15,7%).

Guida sotto l'effetto dell'alcol¹ Veneto - PASSI 2008

Caratteristiche	Persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol ²		
	%	IC 95%	
Totale	13,5	12,1	14,9
Classi di età			
18-24	13,7	9,2	18,3
25-34	16,2	13,0	19,4
35-49	12,5	10,2	14,9
50-69	12,8	10,8	14,9
Sesso			
uomini	19,9	17,8	22,0
donne	3,3	2,2	4,4
Istruzione			
nessuna/elementare	16,7	12,2	21,2
media inferiore	12,7	10,4	14,9
media superiore	13,6	11,4	15,9
laurea	12,6	9,1	16,2
Difficoltà economiche			
molte	5,9	2,8	9,0
qualche	11,9	9,6	14,3
nessuna	15,2	13,3	17,1

¹ tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

² coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dopo aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica



Conclusioni e raccomandazioni

È buono il livello dell'uso del casco e della cintura anteriore sia a livello regionale che locale, mentre meno di una persona su tre utilizza la cintura posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema piuttosto diffuso che coinvolge tutte le classi di età, in particolare gli uomini.

In letteratura risultano maggiormente studiati gli interventi rivolti ai giovani; quelli di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di controllo delle forze dell'ordine sia per il rispetto dei limiti consentiti dell'alcoemia sia per l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale e sono decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, ma occorre non dimenticare che per migliorare la sicurezza stradale rimangono importanti anche gli interventi strutturali ed ambientali.

Considerando che l'assunzione di bevande alcoliche è un comportamento a rischio ed è trasversale alle diverse fasce d'età, è necessario programmare interventi di sanità pubblica rivolti alla popolazione generale. Tali programmi devono prevedere il coinvolgimento responsabile e sinergico di tutti i soggetti, istituzioni e protagonisti della società civile, del mondo produttivo e del volontariato, in grado di determinare fattori favorevoli l'adozione di un comportamento consapevole a partire da una proposta chiara ed univoca basata sull'informazione scientifica medica e sociale. La salute non è responsabilità esclusiva, quindi, del settore sanitario, ma deve diventare un obiettivo prioritario di ogni cittadino e delle comunità.

Sicurezza domestica

Il tema degli incidenti domestici è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza e alle misure di prevenzione adottate, in particolare a livello locale.

In Italia il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) ha mostrato recentemente un andamento in costante crescita (da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000). Inoltre, si stimano ogni anno circa un 1,7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidenti domestici (SINIACA 2005).

Sicurezza domestica Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	93,5	92,6	94,3
Dichiara di avere ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	27,4	25,9	28,9
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹	28,8	25,5	32,0

¹ tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

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

In Veneto la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 93,5% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

In particolare hanno una più bassa percezione del rischio gli uomini e le persone senza difficoltà economiche

La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare aumenta leggermente la percezione del rischio di infortunio domestico.

Nell'analisi multivariata la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente al sesso maschile, all'assenza di difficoltà economiche e all'assenza di persone potenzialmente a rischio in famiglia.

Nel Pool PASSI il 92% degli intervistati ha una bassa percezione del rischio di infortunio domestico (range: 84% Basilicata – 96% Abruzzo).

Percezione del rischio Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	Persone che hanno bassa percezione del rischio di infortunio domestico		
	%	IC 95%	
Totale	93,5	92,6	94,3
Classi di età			
18-34	93,7	92,0	95,5
35-49	92,7	91,3	94,1
50-69	94,2	92,9	95,4
Sesso			
uomini	95,3	94,2	96,5
donne	91,6	90,4	92,9
Istruzione			
nessuna/elementare	93,0	90,7	95,2
media inferiore	92,8	91,3	94,3
media superiore	94,8	93,7	95,9
laurea	91,3	87,8	94,7
Difficoltà economiche			
molte	89,0	84,9	93,0
qualche	92,8	91,3	94,2
nessuna	94,6	93,6	95,7
Persone potenzialmente a rischio			
presenza	91,6	89,9	93,2
assenza	94,7	93,8	95,6

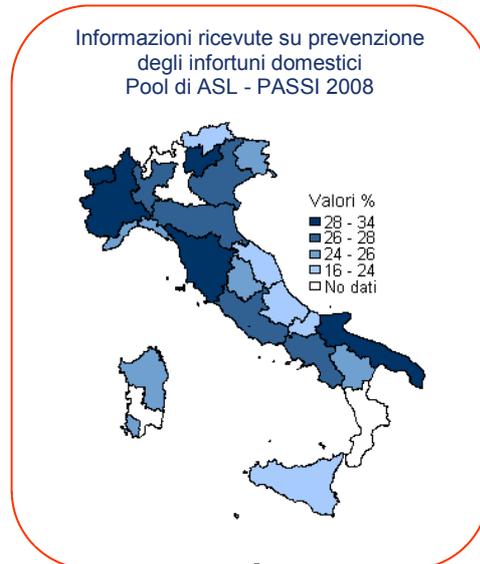
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da chi?

In Veneto il 27% degli intervistati dichiara di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici (26% nel Pool di ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata nella classe di età 50-69 anni, nelle persone con livello d'istruzione basso.

Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli (15%) ed i mass media (13%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici.

In Veneto, tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, il 29% ha modificato i comportamenti o adottato misure per rendere la casa più sicura. Il modificare comportamenti o l'adottare misure per rendere la casa più sicura è associato significativamente al livello di percezione.



Nelle Aziende ULSS del Veneto con campione rappresentativo nel biennio 2007/2008, la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sugli infortuni domestici varia dall'11% dell'AULSS 20 al 50% dell'AULSS 2.

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, i risultati del Sistema di Sorveglianza mostrano che la maggior parte delle persone ha una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima infatti che poco più di una persona su quattro ne abbia ricevute con una variabilità territoriale spiccata. Aspetto questo da non sottovalutare, anche in considerazione che molte delle cadute dell'anziano in ambito domestico potrebbero essere evitate, così come molti infortuni nei bambini.

La popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema: infatti poco più di un quarto delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni, in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.



Programmi di prevenzione individuale

Diagnosi precoce del tumore alla mammella	53
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	55
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	57
Vaccinazione antinfluenzale	59
Vaccinazione antirosolia	60





Diagnosi precoce del tumore della mammella

In Italia il tumore alla mammella rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

In Veneto il Registro Tumori (RTV), stima che nel 2007 i nuovi casi di tumore della mammella siano stati circa 4.200, pari al 31% di tutte le neoplasie nelle donne. Nel 2007 i decessi per questa causa di morte sono stati 990 pari al 16,4% delle morti per tumore nel sesso femminile.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Nel 2007 in Italia l'estensione effettiva dei programmi di screening mammografico è stata pari al 62% della popolazione interessata con squilibri fra Nord e Centro da un lato e Sud-Isole dall'altro; nel Veneto il programma di screening mammografico è attivo in tutte le AULSS e coinvolge circa 590.000 donne, con un'estensione effettiva pari al 71%.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)	%	IC 95%	
Veneto - PASSI 2008			
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	81,0	77,9	84,1
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'AULSS	79,7	76,6	82,8
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	59,8	56,1	63,5
Donne che hanno visto una campagna informativa	73,5	70,6	76,3

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

Nel Veneto circa l'81% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva, cioè in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%), sia al livello "desiderabile" (75%).

In particolare l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne conviventi e senza difficoltà economiche.

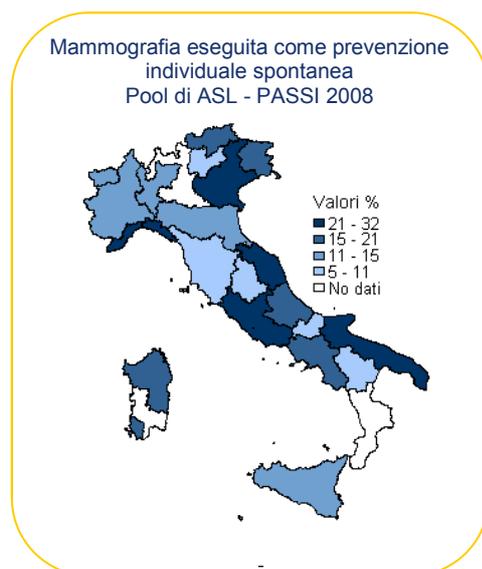
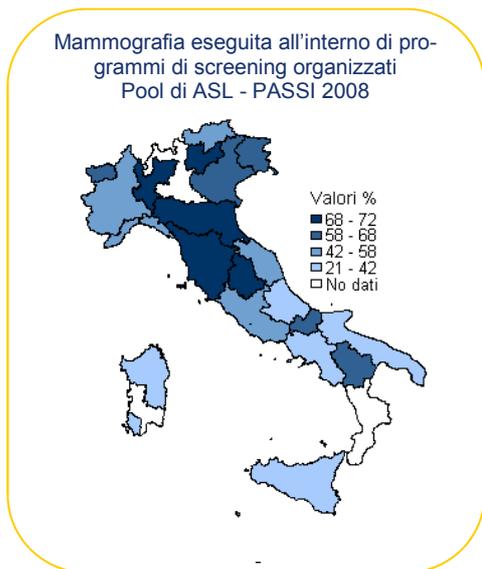
Nell'analisi multivariata si conferma significativa l'associazione tra l'aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni e la mancanza di difficoltà economiche.

L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 70% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

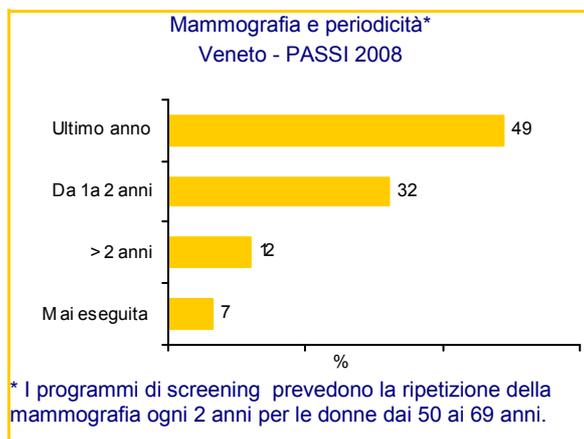
La maggior parte delle donne dai 50 ai 69 anni che ha effettuato la mammografia preventiva negli ultimi due anni lo ha fatto all'interno dei programmi di screening organizzato (59%), mentre il 22% come prevenzione individuale spontanea.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella			
Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	81,0	77,9	84,1
Classi di età			
50-59	80,5	76,1	84,9
60-69	81,6	77,1	86,1
Stato civile			
coniugata	82,0	78,6	85,5
non coniugata	76,8	69,4	84,3
Convivenza			
convivente	82,6	79,1	86,0
non convivente	75,4	68,1	82,6
Istruzione			
nessuna/elementare	83,1	78,6	87,7
media inferiore	77,2	70,9	83,6
media superiore	82,9	76,8	89,1
laurea	79,7	67,7	91,6
Difficoltà economiche			
molte	62,7	47,2	78,2
qualche	77,9	72,6	83,1
nessuna	86,1	82,4	89,8



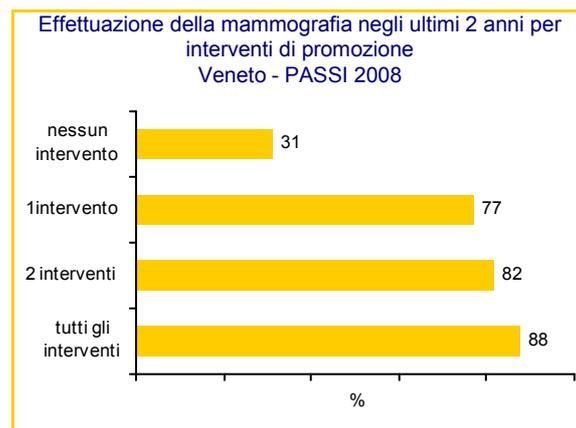
Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata il 49% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 32% da uno a due anni e il 12% da più di due anni. Il 7% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia preventiva.



Quale efficacia degli interventi di promozione della mammografia?

Le donne di 50-69 anni, che hanno effettuato la mammografia nell'ultimo biennio, ritengono che l'efficacia degli interventi di promozione ricevuti abbiano avuto un'influenza positiva: consiglio dell'operatore (86%), lettera dell'AULSS (78%), campagna di comunicazione (76%). L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando questi sono tra loro associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle Aziende ULSS del Veneto inserite nella sorveglianza PASSI il ricorso alla diagnosi precoce dei tumori alla mammella (81%) raggiunge e supera i valori consigliati. Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci per promuovere l'adesione allo screening: tre donne su quattro la giudica infatti molto/abbastanza importanti nella decisione di eseguire la mammografia e tra le donne raggiunte da tutti questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni ad un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

Nel Veneto si stimano circa 200 nuovi casi all'anno e circa 50-60 decessi.

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. A fine 2008 lo screening citologico era presente in tutte le 21 Aziende ULSS della regione con una popolazione target di circa 1.362.000 persone. I programmi di screening hanno invitato complessivamente 341.000 donne, pari al 73% dell'obiettivo annuale.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)	%	IC 95%	
Veneto - PASSI 2008			
Effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni	85,2	83,3	87,1
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'AULSS	74,6	72,3	76,8
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	63,6	61,1	66,0
Donne che hanno visto una campagna informativa	67,6	65,2	69,9

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

In Veneto, l'85% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%), sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

In particolare l'effettuazione del Pap test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- ◆ tra i 35 e 49 anni
- ◆ nelle conviventi
- ◆ nelle coniugate
- ◆ con alto livello d'istruzione
- ◆ senza rilevanti difficoltà economiche.

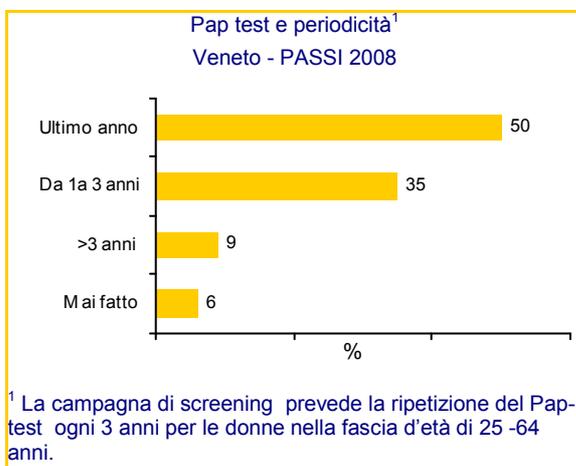
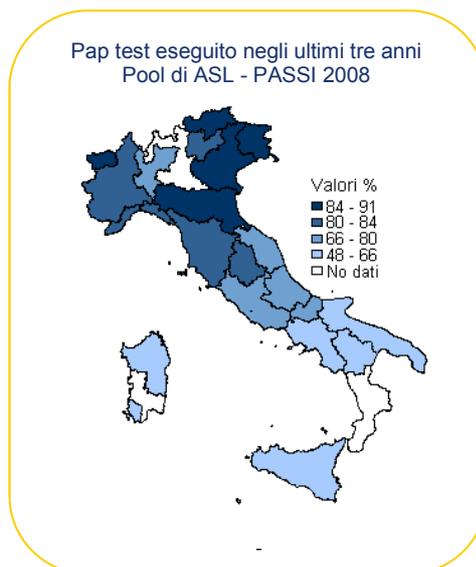
Analizzando con un modello di regressione logistica, l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività statistica per le classi di età 35-49 anni e 50-64 anni rispetto alla classe 25-34, per lo stato di convivenza e per l'alto livello d'istruzione.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)			
Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	85,2	83,3	87,1
Classi di età			
18-34	81,6	77,5	85,7
35-49	87,6	84,7	90,4
50-64	84,7	81,5	88,0
Stato civile			
coniugata	86,4	84,2	88,6
non coniugata	82,1	78,3	85,8
Convivenza			
convivente	86,8	84,8	88,9
non convivente	80,3	76,1	84,5
Istruzione			
nessuna/elementare	79,6	73,7	85,5
media inferiore	84,1	80,3	87,7
media superiore	87,7	85,1	90,4
laurea	84,8	79,8	89,8
Difficoltà economiche			
molte	79,4	72,2	86,6
qualche	85,8	82,7	88,9
nessuna	85,6	83,0	88,1

Quante donne hanno effettuato il Pap test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una Pap test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

In Veneto, pur essendoci una copertura del Pap test tra le più elevate del Pool di ASL italiane (75%), dalle interviste risulta che: il 42% ha effettuato il Pap test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 43% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

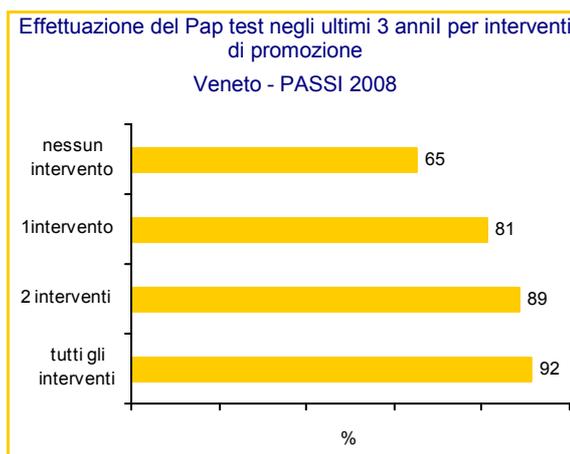


Qual è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato: il 50% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 35% da uno a tre anni e il 9% da più di tre anni. Il 6% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap test preventivo.

Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap test?

In Veneto la percentuale di donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni, è del 65% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione, sale al 92% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione. L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando questi sono tra loro associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle Aziende ULSS del Veneto inserite nella sorveglianza PASSI la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero (85%) raggiunge e supera i valori consigliati. Questo risultato è stato raggiunto con il ricorso sia ai programmi di screening organizzati (42%), sia alla prevenzione individuale spontanea (43%).

Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci per promuovere l'adesione allo screening: due terzi delle donne li giudica infatti molto/abbastanza importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da tutti questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce del tumore al colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%). In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti. Sulla base dei dati del Registro Tumori, si stima che nel 2007 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del colon retto siano stati circa 3.785 (2.130 maschi, 1.655 femmine). I decessi per tale causa nel 2007 sono stati 1.708 (898 maschi, 810 femmine).

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale o, in alternativa, l'esecuzione di una rettosigmoidoscopia/colonscopia, ogni 5-10 anni secondo la categoria a rischio di appartenenza. Nel 2007 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state il 51,4% della popolazione target.

Al 31.12.2008, nel Veneto, i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto erano attivi in 18 Aziende ULSS su 21 e hanno coinvolto il 75% delle persone dai 50 ai 69 anni. I programmi di screening regionale prevedono: in 16 AULSS la ricerca biennale del sangue occulto fecale, in un' AULSS la ricerca biennale del sangue occulto fecale e la rettosigmoidoscopia e, infine, la sola rettosigmoidoscopia in un' altra AULSS.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni)			
Veneto - PASSI 2008			
	%	IC 95%	
Eseguito un test per la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) a scopo preventivo negli ultimi 2 anni	38,7	36,1	41,3
Eseguita una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	11,3	9,3	13,3
Ha ricevuto la lettera dell'AULSS	48,3	45,9	50,7
Ha ricevuto il consiglio di un medico o operatore sanitario	25,3	22,8	27,7
Ha visto una campagna informativa	49,4	46,8	51,9

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

Circa il 39% delle persone intervistate ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo in accordo con le linee guida (ogni due anni).

L' 11% degli intervistati ha riferito di aver effettuato una rettosigmoidoscopia/colonscopia preventiva nel corso degli ultimi cinque anni.

La copertura stimata è superiore al livello di copertura accettabile (45%), ma ancora lontana dalla copertura desiderabile (65%).

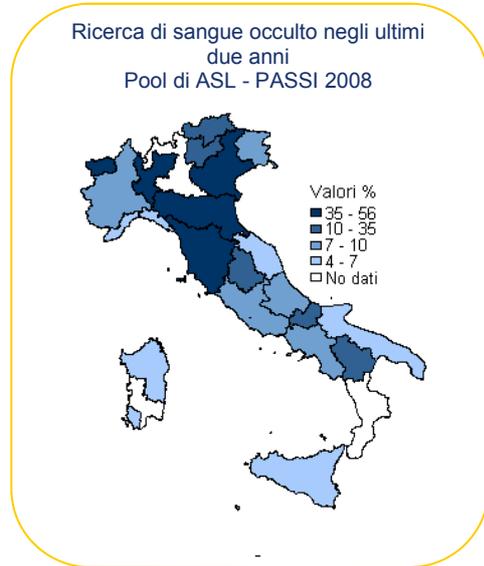
Analizzando tutte le caratteristiche della tabella mediante un modello logistico multivariato risulta che:

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni)						
Veneto - PASSI 2008						
Caratteristiche	Ricerca sangue occulto fecale			Colonscopia		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
Totale	38,7	36,1	41,3	11,3	9,3	13,3
Classi di età						
50-59	34,2	30,6	37,9	11,3	8,4	14,2
60-69	43,7	39,7	47,6	11,3	8,4	14,2
Sesso						
uomini	37,0	33,3	40,8	14,9	11,5	18,3
donne	40,3	36,8	43,7	7,9	5,6	10,2
Istruzione						
nessuna/elementare	44,6	39,9	49,3	9,3	6,1	12,5
media inferiore	39,7	35,1	44,4	12,1	8,3	16,0
media superiore	33,8	28,2	39,5	12,2	7,8	16,5
laurea	27,4	17,9	36,8	12,8	6,1	19,5
Difficoltà economiche						
molte	42,0	29,9	54,2	11,0	2,7	19,2
qualche	40,1	35,6	44,6	10,8	7,6	14,1
nessuna	37,2	33,7	40,7	11,6	8,7	14,4

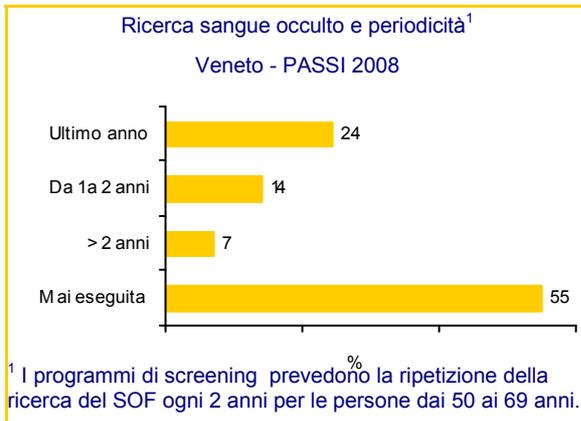
- ◆ la ricerca del sangue occulto è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni e nelle persone con più elevato livello di istruzione;
- ◆ la colonscopia è meno frequente nelle donne.

Quanti hanno eseguito un esame per la diagnosi del tumore coloretale mediante SOF?

Nel Pool di ASL a livello nazionale, la prevalenza delle persone di 50-69 anni che hanno eseguito un SOF negli ultimi due anni mostra un gradiente territoriale con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale (range 4% Sicilia – 56% Emilia Romagna)



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



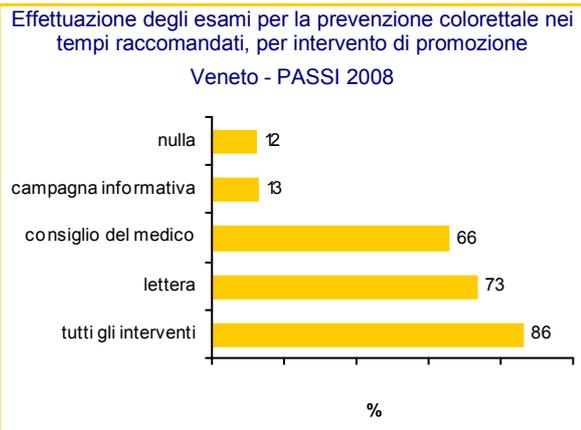
Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto, il 24% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 14% da uno a due anni, il 7% da più di due anni. Il 55% ha riferito di non aver mai eseguito l'esame.

Rispetto all'ultima colonscopia il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 4% da uno a due anni, il 4% da più di due anni.

L' 87% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening coloretale?

Il 73% delle persone che hanno effettuato lo screening coloretale ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AULSS per eseguire un esame per la prevenzione dei tumori coloretali, il 66% di essere stati consigliati da un medico o da un operatore sanitario e il 13% di aver visto o sentito campagne informative. L'efficacia degli interventi di promozione sia del SOF che della colonscopia/rettoscopia è maggiore quando sono associati.



Conclusioni e raccomandazioni

Nel Veneto l'attivazione dei programmi di screening coloretale nelle Aziende ULSS è avvenuto in tempi diversi, nel 2008 si è raggiunto il livello di copertura "accettabile" (48%) nella popolazione target nonostante lo screening non sia ancora attivo in tre Aziende. Esiste un ampio margine di miglioramento: infatti circa una persona su due nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

La combinazione di più interventi di promozione del test (lettera, consiglio del medico e campagna informativa) è associata ad una maggiore adesione alle raccomandazioni.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

La vaccinazione antinfluenzale è il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata alle persone a rischio: adulti maggiori di 64 anni e persone con malattie croniche.

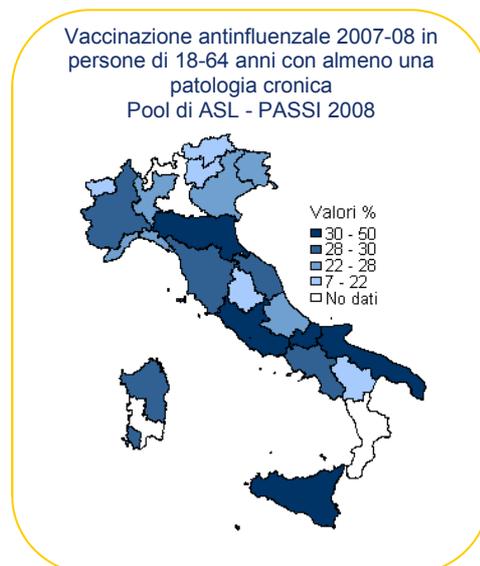
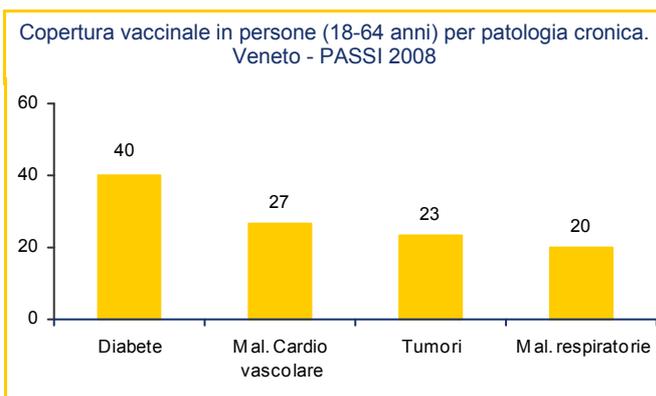
Vaccinazione antinfluenzale Veneto - PASSI 2008	%	IC 95%	
Vaccinati 18-64 anni (campagna antinfluenzale 2007-2008)	11,3	9,4	13,1
Vaccinati 18-64 anni con almeno una patologia	22,7	16,6	28,8

La copertura vaccinale tra i portatori di malattie croniche

Nelle persone di 18-64 anni, portatrici di almeno una patologia cronica, solo il 23% ha dichiarato di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007-2008, con una discreta variabilità regionale.

La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:

- ◆ basse coperture tra le persone affette da malattie cardiovascolari (27%), da tumore (23%), da patologie respiratorie croniche (20%)
- ◆ poco più elevati i valori tra le persone affette di diabete (40%).



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni nel Veneto hanno permesso di ottenere una copertura vaccinale del 70% nelle persone maggiori di 64 anni. Nelle persone minori di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere molto inferiore all'obiettivo prefissato (75%): si stima infatti che solo una persona su quattro sia stata vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi di vaccinazione contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza.

La strategia che si è dimostrata più efficace a livello internazionale consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e nell'individuare (attraverso un semplice esame del sangue detto rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili d'infezione per somministrare loro il vaccino antirosolia.

Per eliminare la rosolia congenita si ritiene che la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Vaccinazione antirosolia	%	IC 95%	
Veneto - PASSI 2008			
Donne vaccinate (18-49 anni)	59,1	56,1	62,1
Donne suscettibili ¹ (18-49 anni)	31,2	28,4	34,1

¹ Donna suscettibile= non ha effettuato il rubeotest o non è stata vaccinata, oppure ha il rubeo test negativo

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Nel Veneto il 59% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata contro la rosolia.

La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:

- ◆ più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (68%)
- ◆ con alto livello d'istruzione.

Nell'analisi multivariata si mantiene l'associazione tra vaccinazione antirosolia e età.

Vaccinate contro la rosolia (donne 18-49 anni)			
Veneto - PASSI 2008			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	59,1	56,1	62,1
Classi di età			
18-24	67,8	59,9	75,6
25-34	62,4	57,1	67,7
35-49	55,0	50,9	59,1
Istruzione			
bassa	54,2	48,7	59,6
alta	61,1	57,5	64,7
Difficoltà economiche			
molte	55,5	45,1	66,0
qualche	57,9	52,9	62,8
nessuna	60,6	56,5	64,6

Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

Il 69% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:

- ◆ ha effettuato la vaccinazione (59%)
- ◆ ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (10%).

L' 1% è risultata suscettibile in quanto:

- ◆ non ha effettuato la vaccinazione
- ◆ ha riferito un rubeotest negativo.

Nel rimanente 30% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

Lo stato di suscettibilità, certa o presunta, varia nelle diverse Regioni (range: 31% Veneto - 65% Basilicata).

Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che circa una donna in età fertile su tre sia ancora suscettibile alla rosolia; è pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (medici di famiglia, ginecologi ed ostetriche).

Tabella riassuntiva Sistema di sorveglianza PASSI 2008

Descrizione del campione (%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Numerosità	4.237	37.560
Uomini	49,3	49,2
Donne	50,7	50,8
Età media	44 anni	44 anni
18-34	27,8	28,9
35-49	35,5	34,1
50-69	36,7	37,0
Titolo di studio		
nessuno/elementare	12,2	12,4
media inferiore	31,3	30,4
media superiore	43,5	44,2
laurea	13,0	13,0
Livello di istruzione		
alto ¹	56,5	57,2
basso ²	43,5	42,8
Stato civile		
coniugati	64,0	61,3
celibi/nubili	29,3	31,4
vedovi/e	2,2	2,7
separati/divorziati	4,5	4,6
Cittadinanza straniera	5,8	2,9
Lavoro regolare ³	70,2	63,9
Difficoltà economiche		
nessuna	55,9	44,9
qualche	36,4	41,4
molte	7,7	13,7

Sezione 1 - Percezione dello stato di salute (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	67,2 (65,6-68,8)	65,7 (65,1-66,2)
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività		
0 giorni	83,9 (82,7-85,2)	81,5 (81,0-82,0)
1-13 giorni	12,6 (11,5-13,7)	14,7 (14,3-15,2)
14+ giorni	3,5 (2,9-4,1)	3,8 (3,5-4,0)

Sezione 1 - Vaccinazione antinfluenzale (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Vaccinati 18-65	11,3 (9,4-13,1)	11,3 (10,7-12,0)
Vaccinati 18-65 con almeno 1 patologia	22,7 (16,6-28,8)	29,8 (27,6-32,0)

¹licenza media superiore o laurea

²licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

³campione compreso tra 18 e 65 anni

Sezione 2 - Attività fisica (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Livello di attività fisica		
attivo ⁴	28,5 (27,0-30,1)	32,5 (31,9-33,1)
parzialmente attivo ⁵	46,1 (44,4-47,8)	38,1 (37,5-38,8)
sedentario ⁶	25,3 (23,8-26,8)	29,4 (28,8-29,9)
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha chiesto al proprio assistito se fanno regolare attività fisica ⁷	38,1 (36,2-40,0)	32,6 (32,0-33,3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha consigliato al proprio assistito di fare dell'attività fisica ⁷	34,4 (32,5-36,2)	31,1 (30,4-31,8)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	17,7 (15,0-20,5)	23,3 (22,3-24,2)

Sezione 3 - Abitudine al fumo (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Abitudine al fumo		
Fumatori ⁸	25,9 (24,4-27,5)	29,8 (29,3-30,4)
uomini	30,2 (27,8-32,6)	34,5 (33,6-35,4)
donne	21,6 (19,6-23,6)	25,3 (24,5-26,1)
Ex fumatori ⁹	20,3 (18,9-21,6)	19,5 (19,0-20,0)
Non fumatori ¹⁰	53,7 (52,0-55,4)	50,7 (50,0-51,3)
Fumatori		
18-24	36,2 (30,7-41,8)	33,3 (31,4-35,2)
25-34	33,7 (29,7-37,6)	36,7 (35,3-38,2)
35-49	25,7 (23,1-28,3)	31,0 (30,0-32,1)
50-69	19,0 (16,6-21,3)	23,8 (22,9-24,7)
Livello di istruzione		
alto	26,2 (24,0-28,4)	30,7 (29,8-31,6)
basso	25,7 (23,5-27,9)	29,2 (28,5-30,0)
Difficoltà economiche		
si	29,9 (27,5-32,3)	32,3 (31,5-33,2)
no	22,8 (20,8-24,8)	26,8 (25,9-27,6)
Numero medio di sigarette	11	13
Chiesto se fuma ⁷		
a tutto il campione	44,7 (42,8-46,7)	42,5 (41,8-43,2)
ai fumatori	69,8 (66,0-73,6)	66,5 (65,3-67,7)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori) ⁷	62,0 (57,8-66,2)	61,2 (60,0-62,5)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	44,5 (40,7-48,4)	37,2 (36,1-38,4)
Ex fumatori che hanno smesso da smesso da soli	95,7 (94,2-97,3)	95,7 (95,4-96,5)
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):		
sempre o quasi sempre	92,4 (91,3-93,6)	87,1 (86,5-87,7)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:		
sempre o quasi sempre	94,2 (93,3-94,9)	87,2 (86,8-87,7)

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

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

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

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

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

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

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

Sezione 4 - Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Popolazione in eccesso ponderale		
sovrappeso	30,7 (29,2-32,2)	31,6 (31,0-32,2)
obeso	10,5 (9,4-11,6)	10,3 (9,9-10,7)
sovrappeso/obeso	41,2 (39,6-42,9)	41,9 (41,3-42,5)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario¹¹		
sovrappeso	49,7 (46,4-53,0)	48,6 (47,4-49,8)
obeso	79,6 (75,2-84,1)	82,2 (80,7-83,7)
sovrappeso/obeso	57,9 (55,2-60,6)	57,2 (56,2-58,2)
Consigliato di fare attività fisica da un medico o operatore sanitario¹¹		
sovrappeso	39,6 (36,0-43,1)	34,7 (33,5-36,0)
obesi	53,5 (47,5-59,5)	47,3 (45,2-49,4)
sovrappeso/obeso	43,3 (40,3-46,3)	37,9 (36,9-39,0)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,2 (12,1-14,3)	10,1 (9,7-10,5)

Sezione 5 - Consumo di alcol (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese¹²	67,3 (65,7-68,8)	59,3 (58,7-59,9)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	10,7 (9,7-11,6)	8,2 (7,9-8,5)
Bevitori binge¹³	8,4 (7,4-9,4)	6,3 (6,1-6,7)
Forti bevitori¹⁴	12,8 (11,7-13,9)	10,3 (9,9-10,7) ¹⁵
Bevitori a rischio¹⁶	25,2 (23,7-26,6)	19,6 (19,1-20,1) ¹⁷
Chiesto dal medico il consumo di alcolici	21,3 (19,6-22,9)	16,0 (15,5-16,5)
Consigliato dal medico ai bevitori a rischio di ridurre il consumo	6,8 (4,9-8,6)	6,2 (5,4-6,9) ¹⁸

Sezione 6 - Sicurezza stradale (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza¹⁹		
casco sempre	97,1 (95,7-98,6)	93,7 (93,0-94,3)
cintura anteriore sempre	89,4 (88,2-90,5)	83,2 (82,7-83,6)
cintura posteriore sempre	29,9 (28,2-31,7)	19,3 (18,8-19,8)
Guida sotto effetto dell'alcol²⁰	13,5 (12,1-14,9)	11,8 (11,3-12,4)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	10,8 (9,8-11,9)	8,3 (8,0-8,7)

Sezione 7 - Ipertensione arteriosa (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	85,9 (84,6-87,1)	83,7 (83,2-84,2)
Persone che riferiscono di essere ipertese²¹	22,2 (20,8-23,6)	20,7 (20,2-21,3)

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

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

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

¹⁴più di 2 unità/gg per gli uomini e più di 1/gg per le donne

¹⁵applicando la vecchia definizione di forte consumo: Pool di ASL italiane 3,5 (3,3-3,7); Veneto 4,7 (4,1-5,4)

¹⁶bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

¹⁷applicando la vecchia definizione di forte consumo: Pool di ASL italiane 14,8 (14,4-15,3); Veneto 19,7 (18,4-21,0)

¹⁸applicando la vecchia definizione di forte consumo: Pool di ASL 7,0 (6,1-7,9); Veneto 7,7 (5,4-10,0)

¹⁹calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o in automobile

²⁰aver guidato entro un' ora dall'aver bevuto ≥2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg.

²¹tra le persone cui è stata misurata la pressione arteriosa

Sezione 7 - Colesterolemia (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	78,0 (76,6-79,4)	78,4 (77,9-78,9)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²²	27,0 (25,3-28,8)	25,2 (24,6-25,8)

Sezione 7 - Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35) (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ²³	8,7 (7,6-9,9)	6,3 (6,0-6,7)

Sezione 8 - Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25 - 64 anni) (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni	85,2 (83,3-87,1)	75,2 (74,4-76,1)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	41,6 (39,0-44,0)	37,5 (36,6-38,4)
Donne che hanno effettuato il test spontaneamente	43,2 (40,7-45,7)	37,4 (36,4-38,3)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	74,6 (72,3-76,8)	53,5 (52,6-54,3)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	63,6 (61,1-66,0)	61,4 (60,4-62,4)
Donne che hanno visto una campagna informativa	67,6 (65,2-69,9)	64,7 (63,7-65,7)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di		
lettera dell'ASL	71,2	70,1
consiglio dell'operatore	79,3	79,5
campagna comunicativa	66,3	66,7
Donne che hanno effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)		
0 interventi	65,2 (53,6-76,8)	41,8 (38,0-45,6)
1 intervento	81,1 (76,0-86,1)	68,1 (66,1-70,1)
2 interventi	88,6 (85,9-91,3)	83,6 (82,4-84,8)
tutti e 3 gli interventi	91,5 (89,0-94,0)	87,6 (86,5-88,8)

Sezione 9 - Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50 - 69 anni) (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	81,0 (77,9-84,1)	70,6 (69,3-71,9)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	58,6 (54,7-62,5)	52,6 (51,1-54,0)
Donne che hanno effettuato il test spontaneamente	22,1 (18,7-25,5)	17,6 (16,5-18,7)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	79,7 (76,6-82,8)	64,3 (63,2-65,5)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	59,8 (56,1-63,5)	61,9 (60,5-63,3)
Donne che hanno visto una campagna informativa	73,5 (70,6-76,3)	71,1 (69,7-72,4)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di		
lettera dell'ASL	78,0	75,4
consiglio dell'operatore	85,6	83,5
campagna comunicativa	76,2	72,3
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)		
0 interventi	31,4 (9,6-53,2)	26,8 (21,2-32,4)
1 intervento	77,2 (68,2-86,2)	56,2 (52,7-59,7)
2 interventi	81,8 (77,0-86,6)	76,0 (73,9-78,1)
tutti e 3 gli interventi	87,4 (83,6-91,2)	84,0 (82,4-85,6)

²²tra le persone cui è stata misurata la colesterolemia

²³su tutte le persone >34 anni, senza patologie CV

Sezione 10 - Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 – 69 anni) (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	38,7 (36,1-41,3)	22,6 (21,9-23,3)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	11,3 (9,3-13,3)	9,0 (8,4-9,6)
Ha ricevuto la lettera dell' AULSS	48,3 (45,9-50,7)	28,3 (27,7-28,9)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	25,3 (22,8-27,7)	24,7 (23,8-25,5)
Ha visto una campagna informativa	49,4 (46,8-51,9)	41,6 (40,7-42,6)
Persone che hanno eseguito test per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)		
0 interventi	12,4 (8,5-16,3)	5,4 (4,7-6,2)
1 intervento	46,4 (41,3-51,5)	31,7 (29,9-33,5)
2 interventi	72,0 (67,4-76,6)	64,7 (62,7-67,0)
tutti e 3 gli interventi	85,7 (79,7-91,7)	79,2 (76,5-81,9)

Sezione 11 - Vaccinazione antirosolia (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Donne vaccinate (18-49 anni)	59,1 (56,1-62,1)	33,3 (32,3-34,3)
Donne (18-49 anni) suscettibili ²⁴	31,2 (28,4-34,1)	43,8 (42,7-44,9)

Sezione 12 - Sintomi di depressione (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ²⁵	7,0 (6,1-7,9)	7,6 (7,2-7,9)
donne	9,2 (7,8-10,5)	10,2 (9,6-10,8)
uomini	4,9 (3,8-6,0)	4,9 (4,5-5,3)
18-34	5,9 (4,4-7,4)	5,9 (5,3-6,5)
35-49	6,6 (5,3-8,0)	7,2 (6,6-7,8)
50-69	8,4 (6,7-10,0)	9,4 (8,8-10,1)
almeno 1 patologia	11,8 (9,1-14,4)	15,2 (14,0-16,4)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²⁶	50,8 (45,0-56,6)	57,9 (55,4-60,3)
Figure a cui si è ricorso per sintomi di depressione		
nessuno	49,2 (43,4-55,0)	42,1 (39,7-44,6)
medico/operatore sanitario	29,7 (24,1-35,4)	31,0 (28,7-33,3)
famiglia/amici	14,7 (10,3-19,1)	18,1 (15,9-20,4)
entrambi	6,4 (3,3-9,4)	8,8 (7,0-10,5)

²⁴ donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha mai effettuato il rubeotest

²⁵ score calcolato sulla base del numero di giorni, nelle ultime 2 settimane, con poco interesse o piacere nel fare le cose o giù di morale, depresso/a o senza speranza

²⁶ calcolata sulle persone depresse (N.B. la domanda non è stata fatta a tutte le persone che vengono classificate come depresse utilizzando lo score)

Sezione 13 - Sicurezza domestica (% - IC 95%)

	Veneto	Pool di ASL italiane
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	93,5 (92,6-94,3)	92,4 (92,0-92,7)
Dichiarano di aver modificato comportamenti o adottato misure preventive ²⁷	28,8 (25,5-32,0)	30,1 (28,8-31,4)
Dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni	27,4 (25,9-28,9)	26,4 (25,9-27,0)
Fonti di informazione:		
opuscoli	14,9 (13,7-16,1)	13,6 (13,2-14,0)
mass media	13,1 (12,0-14,2)	13,7 (13,3-14,2)
tecnici	2,9 (2,4-3,5)	2,8 (2,6-3,0)
medico/altro operatore sanitario	1,9 (1,5-2,5)	1,6 (1,5-1,8)
parenti/amici	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,6-0,9)

Sistema di pesature per dato di pool di ASL 2008

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

²⁷calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

