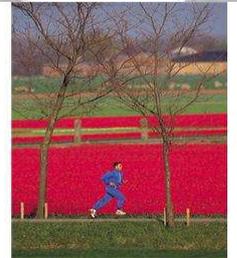
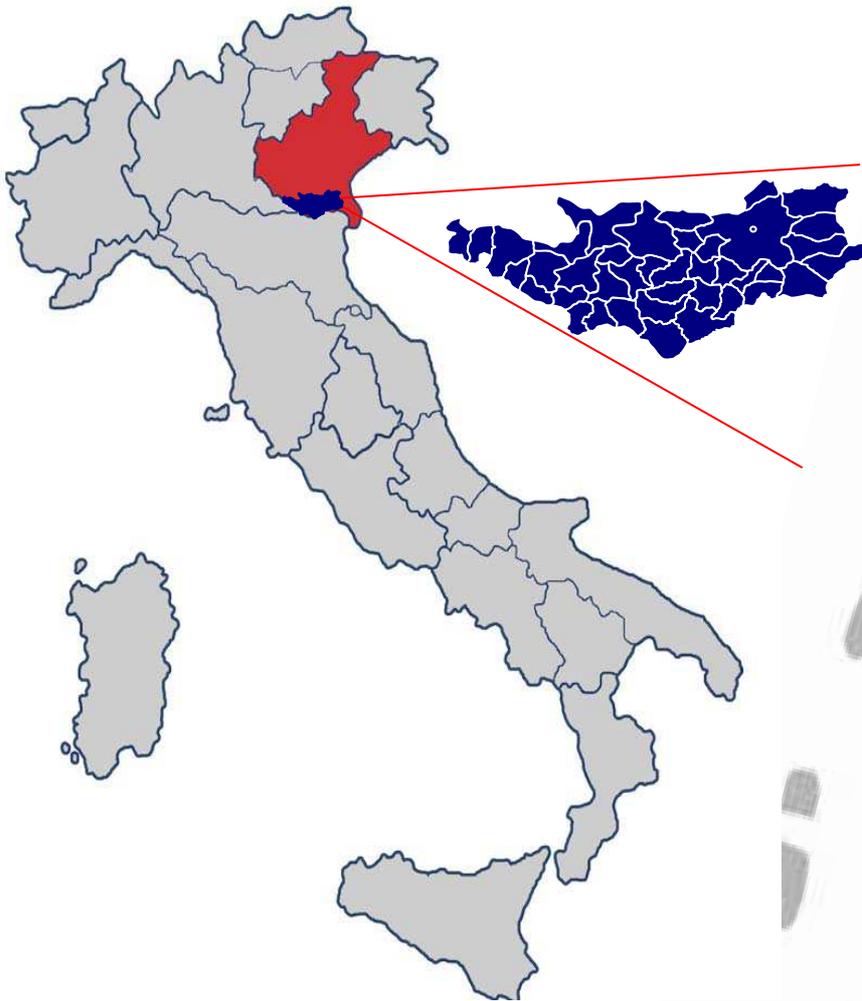


Sistema di Sorveglianza PASSI

*Rapporto dell'Azienda ULSS 18 Rovigo
Anni 2008-2009*



Coordinamento organizzativo, programmazione delle interviste, campionamento, analisi statistiche e redazione del documento:

Dr.ssa Patrizia Casale - Coordinatore Aziendale

SOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa

SOC Qualità e Organizzazione - Azienda ULSS 18 Rovigo

Intervistatori:

Claudia Cavalieri - SISP Dipartimento di Prevenzione

Carla Daniolo - SISP Dipartimento di Prevenzione

Giliola Rando - SIAN Dipartimento di Prevenzione

Alfredo Schiavo - SPISAL Dipartimento di Prevenzione

Si ringraziano tutte le persone intervistate che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

Si rivolge un ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

- la Direzione dell'Azienda ULSS 18
- il Dipartimento di Prevenzione
- la SOC Innovazione e Gestione delle tecnologie informatiche e delle telecomunicazioni

- i Medici di Medicina Generale

- i Sigg. Sindaci dei Comuni dell'ULSS 18

Un ringraziamento particolare, infine, ai Coordinatori Regionali, Dr.ssa Silvia Milani e Dr.Mauro Ramigni.

INDICE

PRESENTAZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

PREFAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OBIETTIVI

IL SISTEMA PASSI DELL'ULSS 18 IN BREVE

PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO

Il campione

BENESSERE

Percezione dello stato di salute

Sintomi di depressione

Confronto con dati regionali e nazionali

Conclusioni

GUADAGNARE SALUTE

Attività fisica

Situazione nutrizionale

Consumo di alcol

Abitudine al fumo

Confronto con dati regionali e nazionali

Conclusioni

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Pressione arteriosa

Colesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare

Confronto con dati regionali e nazionali

Conclusioni

SICUREZZA

Sicurezza sulla strada

Sicurezza in casa

Confronto con dati regionali e nazionali

Conclusioni

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Vaccinazione antinfluenzale

Vaccinazione antirosolia

Confronto con dati regionali e nazionali

Conclusioni

APPENDICE

Metodologia

Monitoraggio

Bibliografia

Presentazione del Sistema di Sorveglianza PASSI

Avviato nel 2005 come sperimentazione di metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è ora un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni/P.A. che ha l'obiettivo di mettere a disposizione di tutte le Regioni e Aziende Sanitarie Locali una sorveglianza dell'evoluzione di fenomeni sanitari e di comportamenti nella popolazione adulta.

L'obiettivo è quello di costruire uno strumento utile per migliorare l'impatto e l'efficacia degli interventi di prevenzione messi in campo dal nostro sistema di salute nei confronti delle malattie croniche con una peculiarità unica: tarare questo strumento soprattutto per un utilizzo dei dati a livello locale, direttamente da parte di ASL e Regioni.

Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con esperti regionali (Gruppo di Lavoro Nazionale), coordina lo studio che vede le Regioni, con i Gruppi Tecnici Regionali e i Coordinatori Regionali, e ASL in prima linea nella messa a regime di questo sistema di sorveglianza. Per la stesura del presente rapporto ci si è avvalsi dei materiali predisposti dal Gruppo di Lavoro Nazionale e del Gruppo Tecnico della Regione Veneto.

Tratto e adattato dalla prefazione al Rapporto Nazionale PASSI di Fabrizio Oleari, Direttore della Direzione Generale Sanitaria Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Il Sistema di Sorveglianza PASSI è un sistema di monitoraggio dei comportamenti, basato sul concetto che la prevenzione si fa a partire dall'ascolto dei cittadini. Un concetto, questo, importante nella visione moderna della prevenzione, secondo la quale le politiche sanitarie dovrebbero assumere, come punto prioritario del loro agire, la centralità della persona ma, al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini. La convinzione è che la promozione della salute non possa compiutamente svolgersi in mancanza di politiche a sostegno del diritto di ciascuno a realizzare il proprio progetto di vita e, comunque, in assenza di un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive.

La salute, infatti, è un bene collettivo da tutelare attraverso l'integrazione tra le scelte individuali e le azioni che competono alla società. PASSI è figlio di questa visione e, consolidandosi nel tempo, va sempre più configurandosi come un valido strumento di valutazione degli interventi messi in campo, rendendo disponibili ai decisori e ai cittadini dati indispensabili per attivare scelte consapevoli e per indirizzare correttamente le azioni da intraprendere.

In Veneto dal 2007 ad oggi, 18 Aziende Sanitarie hanno aderito al Sistema di Sorveglianza PASSI; da allora, operatori sanitari opportunamente formati effettuano, ogni anno, centinaia di interviste telefoniche sul territorio di competenza e ne inviano i dati, resi anonimi, all'Istituto Superiore di Sanità per l'elaborazione statistica. I risultati acquisiti dall'ASL vengono analizzati e riportati in un rapporto dal Coordinatore Aziendale e diffusi localmente; opportunità, questa, che consente all'Azienda l'utilizzo diretto delle informazioni per il governo del territorio e per fornire risposte efficaci ai bisogni di salute della popolazione.

Il sistema sta seguendo un percorso impegnativo in continuo sviluppo e coerente rispetto all'assunto secondo il quale la disponibilità di informazioni precise e locali sulle caratteristiche e sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute è un prerequisito dell'agire (*scelte dettate dalle evidenze*) ed è strategico per quanti sono chiamati a monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute ed a valutare l'efficacia degli interventi attuati (*cultura dei risultati*).

Occorre prendere coscienza che non è sufficiente definire programmi ed azioni se questi non hanno, come parte integrante, strumenti operativi che consentano la pianificazione, la valutazione e la comunicazione istituzionale. Tale presa di coscienza è strettamente legata all'effettiva possibilità che i sistemi di sorveglianza si radichino nella cultura e nella pratica quotidiana dei servizi territoriali, in un'ottica di rinnovamento sostanziale della sanità pubblica, realmente in linea con i tempi e con il contesto epidemiologico. I prossimi sforzi saranno quindi focalizzati a definire e applicare tutti gli strumenti metodologici, comunicativi e informativi possibili per valorizzare il lavoro che viene svolto e per finalizzarlo ad un uso della sorveglianza che sia di impatto sulla capacità e sulla grande opportunità di scegliere per la salute del singolo e della collettività.

Prefazione del Direttore Generale

Questa pubblicazione è il primo rapporto dei risultati dell'attività di sorveglianza PASSI (**Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia**) effettuata nella nostra Azienda nel corso del biennio 2008-2009.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI è uno **strumento innovativo** per la sanità pubblica italiana, nato per monitorare nel tempo da un lato **i fattori comportamentali di rischio per la salute** (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione, ...) e dall'altro **la diffusione e l'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione** (screening oncologici, utilizzo della carta del rischio cardiovascolare, ...), registra l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio grazie alle risposte fornite dai cittadini residenti nel nostro territorio, fornendo una **fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita** della popolazione residente tra i 18 e i 69 anni. PASSI presenta, però, un valore aggiunto dato dalla rilevazione delle informazioni **a livello locale**, così da consentire alla nostra Azienda di utilizzarli per la programmazione degli interventi di prevenzione in modo mirato e specifico, consentendo di monitorare questi interventi e la loro efficacia nel tempo. E' indubbia, quindi, l'importanza di avere a disposizione un tale strumento, sapendo che oltre metà degli anni di vita in buona salute persi potrebbero essere recuperati grazie ad interventi di prevenzione che promuovano la scelta di stili di vita salutari.

PASSI diventa **strumento basilare**, integrato con le altre fonti informative (dati di mortalità, SDO, ...) per la **definizione dello stato di salute** della popolazione, declinato in vari documenti quali i Profili di Salute, i Patti per la Salute, i Bilanci di Missione, ecc., e per una **attività di prevenzione efficace**, per l'attuazione della quale sono necessarie azioni basate su prove di efficacia (evidence-based practice) che agiscano sugli stili di vita e intervengano efficacemente sulle condizioni sociali e ambientali.

Quindi, quale strumento meglio della sorveglianza PASSI che effettua, con la raccolta di informazioni sui bisogni di salute percepiti, sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio, un monitoraggio continuo e completo della popolazione residente può documentare i risultati delle politiche di prevenzione messe in atto a livello locale?

PASSI, però, non è solo un sistema scientifico di analisi e valutazione ma è anche **un mezzo di comunicazione tra cittadini e sistema sanitario**. Attraverso il contatto diretto con le persone, quindi "ascoltandone la voce", si può aumentare l'empowerment del cittadino che da fruitore passivo dei servizi diventa un "manager" dei propri stili di vita, un protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere.

Questo sistema contribuisce, infine, alla crescita **professionale del personale sanitario coinvolto**, che colgo l'occasione di ringraziare in quanto è con il loro impegno che viene assicurata la buona riuscita di questa attività.

Dr. Adriano Marcolongo

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Sintomi di depressione

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

4. Attività fisica

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo a peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.
- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

6. Consumo di alcol

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

7. Abitudine al fumo

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

8. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

9. Sicurezza stradale

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

10. Sicurezza domestica

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

11. Diagnosi precoci delle neoplasie

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

12. Vaccinazione antinfluenzale

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

13. Vaccinazione antirosolia

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al rubeotest;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

Il SISTEMA PASSI dell'ULSS 18 IN BREVE

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: nell'Azienda ULSS 18, nel biennio 2008-2009, è stato intervistato un campione casuale di 458 persone (età 18-69 anni), selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria dell'Azienda. Il 52% degli intervistati è rappresentato da donne ed il 48% da uomini. L'età media è di 45 anni. Il 52% degli intervistati è risultato avere un livello di istruzione alto, il 65% un lavoro regolare ed il 50% nessuna difficoltà economica.

Percezione dello stato di salute: il 62% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 40% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione *positiva* del proprio stato di salute.

Sintomi di depressione: circa il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne sono i soggetti maggiormente colpiti (13% contro il 4% dei maschi).

Attività fisica: risulta completamente *sedentario* il 34% del campione mentre il 27% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Solo in circa un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il 46% del campione risulta in eccesso ponderale: il 34% in sovrappeso e l'11% obeso. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 26% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 60%. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 12% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra 18-34 anni.

Consumo di alcol: si stima che quasi 6 persone su 10 tra 18 e 69 anni consumino bevande alcoliche ed il 20% abbia abitudini di consumo considerate a *rischio** (*con nuova definizione INRAN di "forte bevitore"): complessivamente l'11% beve fuori pasto, il 5% è bevitore "binge" ed il 10% 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 (3%) di moderarne il consumo.

Abitudine al fumo: il 25% degli intervistati si dichiara fumatore e il 21% ex fumatore. La quasi totalità di ex-fumatori ha smesso di fumare da solo e nessuno dichiara di essere ricorso al servizio sanitario. L'89% delle persone intervistate dichiara che, *sul luogo di lavoro*, viene sempre o "quasi sempre" rispettato il divieto di fumo, mentre *nei locali pubblici* che tale divieto è rispettato per il 92% del campione. Il 14% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (4%) o solo in "alcune zone" (10%).

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso circa il 25% della popolazione tra i 18 e i 69 anni e che il 78% degli ipertesi sia in trattamento farmacologico. Al 9% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Meno di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 32% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su sei (17%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La *carta del rischio cardiovascolare* è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 9,5% degli intervistati con più di 34 anni riferisce che il proprio medico ha effettuato la misurazione del rischio cardiovascolare.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta non del tutto soddisfacente: l'88% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 26% degli intervistati; l'uso del casco arriva invece al 98%. Il 9% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 7% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Sicurezza domestica: nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non risulta elevata: ben il 95% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale di intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici è del 29% (il 3% da medici o da altri operatori sanitari): tra questi solo il 22% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Screening neoplasia della mammella: l'86% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato; il 6% non ha mai eseguito una mammografia.

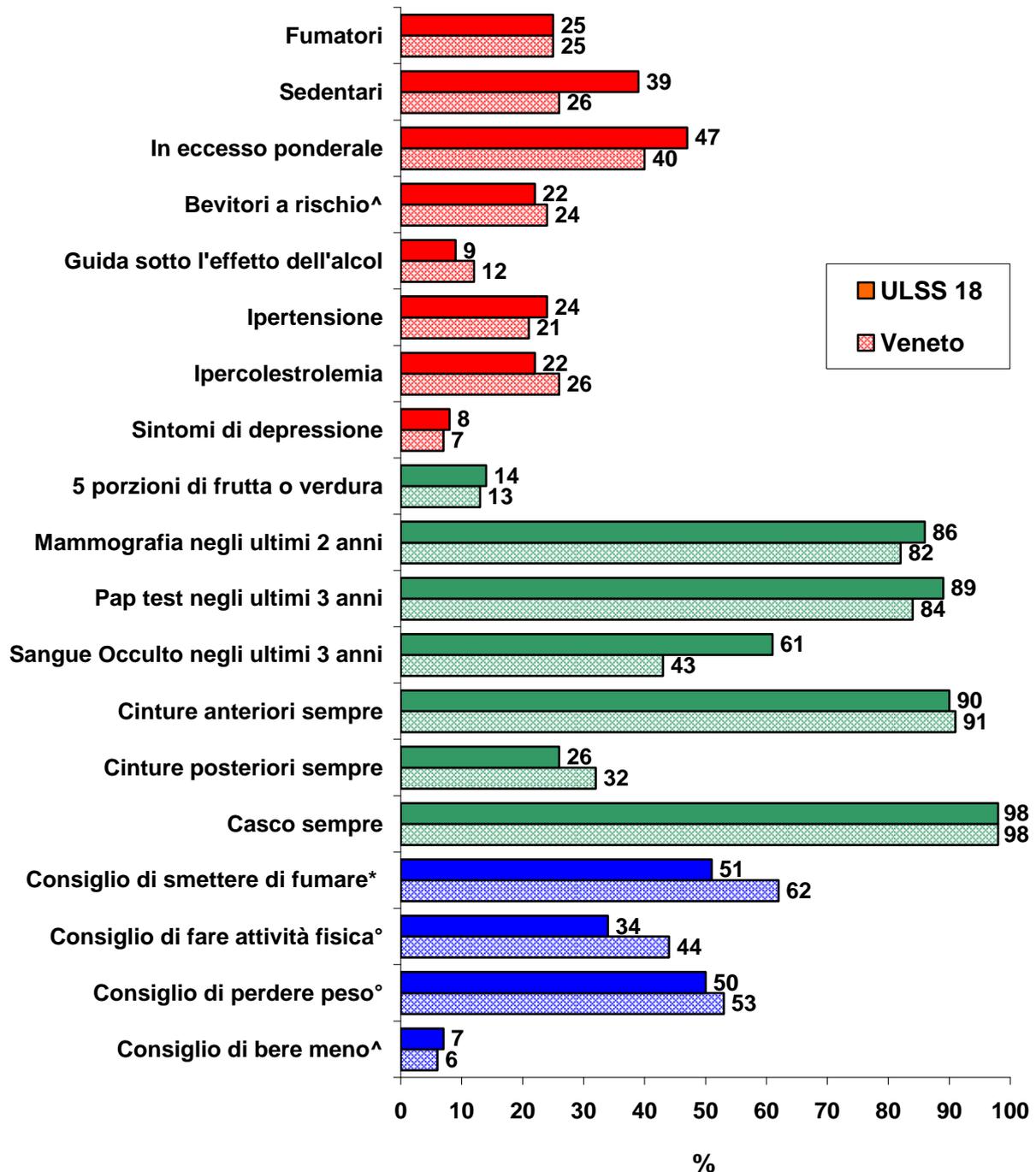
Screening neoplasia del collo dell'utero: il 90% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni come raccomandato; il 6% non ha mai eseguito un Pap test.

Screening tumore del colon retto: il 52% 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; il 46% non ha mai eseguito un test SOF.

Vaccinazione antinfluenzale: in media, solo il 39% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata nell'anno precedente.

Vaccinazione antirosolia: il numero di donne potenzialmente suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 38%.

**Il "cruscotto PASSI": alcuni indicatori per l'azione
Confronto ULSS 18 Rovigo e Veneto - Anno 2009**



[^] bevitori a rischio (bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori con nuova classificazione INRAN)

^{*} ai fumatori

[°] a coloro che sono in eccesso ponderale (soprapeso + obeso)

PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO

Il campione

Profilo socio-demografico del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da circa 118.000 residenti di 18-69 anni iscritti nel 2008 e nel 2009 nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'AULSS 18.

Nel biennio 2008-2009, sono state intervistate 458 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con *campionamento proporzionale stratificato* per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 54 persone campionate non erano eleggibili; il *tasso di risposta*¹ è risultato dell'86%, il *tasso di sostituzione*² del 14% e quello di *rifiuto*³ del 9% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in *Appendice*).

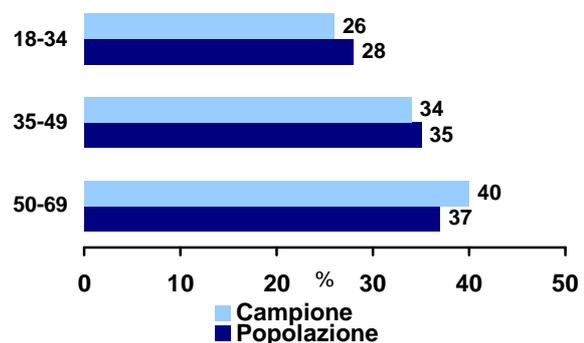
L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e rifiuti indicano la buona qualità del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia all'impegno e professionalità degli intervistatori, sia alla buona partecipazione dei cittadini, che hanno dimostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

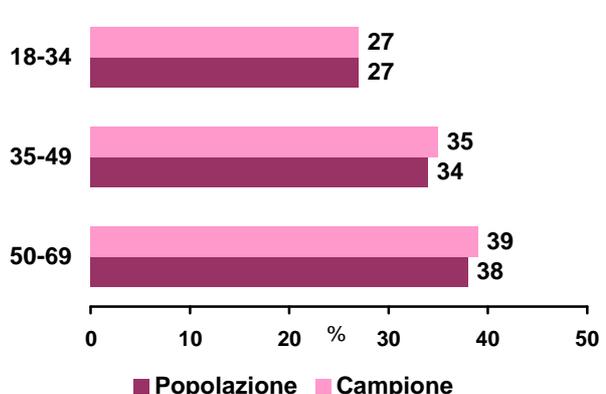
L'età e il sesso

- Nell'AULSS 18, il campione intervistato (458 persone) è risultato composto da 52,2% di donne e dal 47,8% di uomini (proporzione che rispecchia la popolazione generale).
- L'età media complessiva è di 44,8 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 26,2% da persone nella fascia 18-34,
 - il 34,5% da persone nella fascia 35-49,
 - il 39,3% da persone nella fascia 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, 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.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)



¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

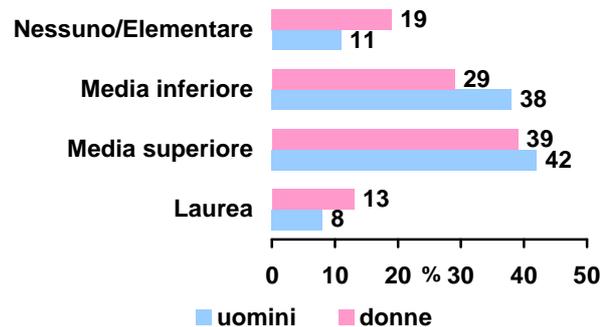
² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

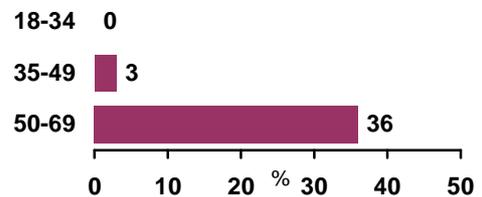
Il titolo di studio

- Nell'AULSS 18 il 15,3% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 33,2% la licenza media inferiore, il 40,8% la licenza media superiore e il 10,7% è laureato.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli d'istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. 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 (*regressione logistica*).

Campione per titolo di studio
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)



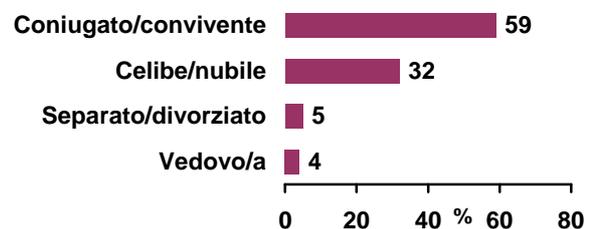
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=70)



Lo stato civile

- Nell'AULSS 18 i coniugati/conviventi rappresentano il 59,2% del campione, i celibi/nubili il 31,7%, i separati/divorziati il 5,2% ed i vedovi il 3,9%.

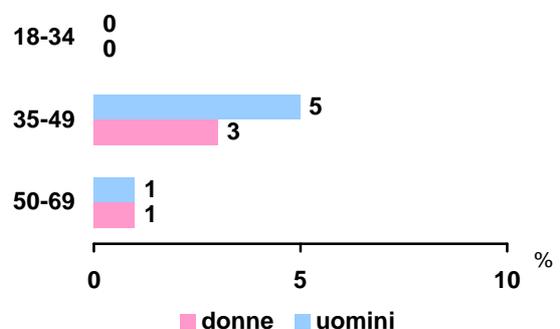
Campione per categorie stato civile
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)



La cittadinanza

- 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.
- Nell'AULSS 18 la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa l'8% della popolazione residente della stessa fascia di età e circa il 6% della popolazione totale.
- Nel campione il 98,3% degli intervistati è italiano, mentre l'1,7% ha cittadinanza straniera.
- Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età 35-49: in particolare in questa fascia di età il 4,8% sono donne (vs 2,7% degli uomini).

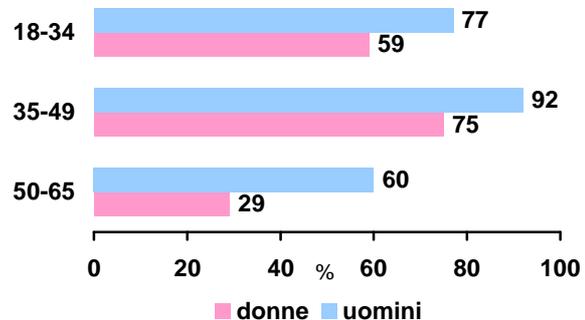
Stranieri per sesso e classi di età
AULSS 18 - PASSI 2008-09



Il lavoro

- Nell'AULSS 18 il 65,3% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (55,3% contro 76,0%).
- Gli intervistati di 35-49 anni hanno riferito in maggior percentuale (82,9%) di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano differenze di occupazione per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle AULSS partecipanti a livello nazionale.

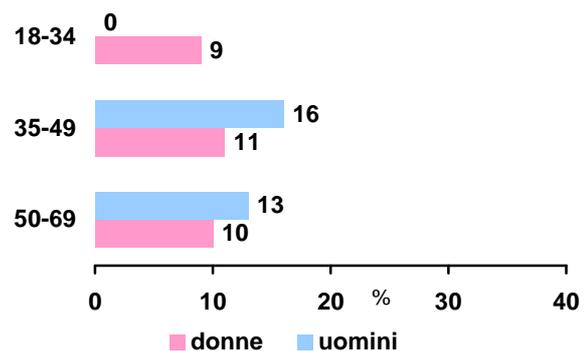
Lavoratori regolari per sesso e classi di età
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=427)



Le difficoltà economiche

- Nell'AULSS 18:
 - il 49,7% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica,
 - il 40,0% qualche difficoltà,
 - il 10,3% molte difficoltà economiche.
- Complessivamente la stessa percentuale di donne e uomini hanno dichiarato di avere molte difficoltà economiche (10,1 vs 10,5%), in particolare le persone di 35-69 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono significatività statistica.

Intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=457)



Confronto con dati regionali e nazionali

Descrizione del campione (%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Numerosità	5.399	39.231
Uomini	50,2%	49,3%
Donne	49,8%	50,7%
Età media	45 anni	44 anni
18-34	26,0%	28,1%
35-49	36,3%	34,7%
50-69	37,7%	37,2%
Titolo di studio		
nessuno/elementare	12,4%	11,9%
media inferiore	32,1%	30,4%
media superiore	43,6%	43,9%
laurea	11,9%	13,8%

Livello di istruzione		
alto ¹	55,5%	57,7%
basso ²	44,5%	42,3%
Stato civile		
coniugati	61,5%	60,8%
celibi/nubili	31,2%	31,9%
vedovi/e	2,2%	4,7%
separati/divorziati	5,1%	2,6%
Cittadinanza straniera	5,8%	3,1%
Lavoro regolare ³	68,7%	58,4%
Difficoltà economiche		
nessuna	55,7%	13,4%
qualche	36,6%	40,7%
molte	7,7%	45,9%

1 Licenza media superiore/laurea

2 Licenza media inferiore/elementare/nessun titolo

3 Campione compreso tra 18 e 65 anni

Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del Sistema di Sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Nell'Azienda ULSS 18 il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della AULSS.

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

BENESSERE

Percezione dello stato di salute

Sintomi di depressione

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.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nell'AULSS 18 il 62% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 35% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni,
 - gli uomini,
 - le persone con alto livello di istruzione,
 - le persone senza difficoltà economiche,
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito *positivamente*[°] AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)

Caratteristiche	Percezione positiva di salute
Totale	62,0% (IC95% 57,4-66,4)
Età	
18 - 34	79,2%
35 - 49	67,1%
50 - 69	46,1%
Sesso	
uomini	68,9%
donne	55,6%
Istruzione*	
bassa	52,3%
alta	71,2%
Difficoltà economiche	
sì	53,9%
no	70,0%
Patologie severe^{°°}	
almeno una	40,3%
assente	66,1%

[°] Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

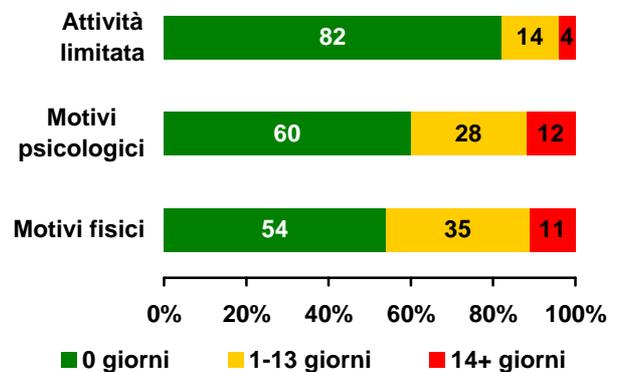
* Istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

^{°°} Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

- Nell'AULSS 18 la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita *bene* per tutti gli ultimi 30 giorni (54,0% in buona salute fisica, 60,4% in buona salute psicologica e 81,8% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (11%), per motivi psicologici (12%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività AULSS 18 - PASSI 2008-09



Giorni percepiti in cattiva salute al mese AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)

Caratteristiche	N° gg/mese per		
	motivi fisici	motivi psicologici	con attività limitata
Totale	4,0%	4,2%	1,6%
Classi di età			
18 - 34	1,8%	2,5%	1,0%
35 - 49	4,5%	4,7%	1,9%
50 - 69	4,9%	4,9%	1,6%
Sesso			
uomini	2,9%	2,4%	1,5%
donne	5,0%	5,9%	1,6%
Istruzione*			
bassa	5,1%	5,8%	2,2%
alta	2,9%	2,8%	0,9%
Difficoltà economiche			
sì	4,6%	5,1%	2,3%
no	3,3%	3,3%	0,8%
Patologie severe°			
almeno una	7,7%	7,7%	3,8%
assente	3,3%	3,6%	1,2%

° Almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute *sia per motivi fisici sia per motivi psicologici* è circa 4 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per meno di 2 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e in presenza di patologie severe.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute *per motivi fisici* è inoltre maggiore nelle fasce d'età 35-49 (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e 50-69 anni, nelle donne e nelle persone con basso livello d'istruzione e difficoltà economiche.

Confronto con dati regionali e nazionali

Percezione dello stato di salute (% - IC 95%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	68,9 (67,6-70,1)	67,5 (66,9-68,0)
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività		
0 giorni	84,4 (83,4-85,4)	83,0 (82,5-83,5)
1-13 giorni	12,4 (11,4-13,3)	13,7 (13,2-14,1)
+14 giorni	3,2 (2,7-3,7)	3,3 (3,1-3,6)

Conclusioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute.

Si mette in evidenza una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle classi d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire informazioni utili alla programmazione e attuazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica a livello locale, dove questi dati sono in genere mancanti: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema sanitario.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

Gli indicatori di "stato di salute percepito" sono funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) alle quali forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

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; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Nel Sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad un punteggio da 0 a 6; coloro che ottengono un punteggio uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nell'AULSS 18 meno del 9% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione.

Questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nella fascia d'età 35-49 anni,
- 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.

Sintomi di depressione	
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=443)	
Caratteristiche	Persone con sintomi di depressione °
Totale	8,6% (IC95% 6,2-11,7)
Classi di età	
18 – 34	7,6%
35 – 49	11,0%
50 – 69	7,0%
Sesso	
uomini	3,7%
donne	13,1%
Istruzione*	
bassa	10,8%
alta	6,5%
Difficoltà economiche	
sì	13,0%
no	4,1%
Stato lavorativo	
lavora	5,5%
non lavora	13,5%
Patologie severe	
almeno una	13,4%
nessuna	7,7%

° punteggio PHQ-2 uguale o maggiore di 3

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

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=443)

- 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:
 - il 31,6% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 65,7% delle persone che non hanno riferito i sintomi di depressione,
 - 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.

GIORNI IN CATTIVA SALUTE FISICA



GIORNI IN CATTIVA SALUTE MENTALE



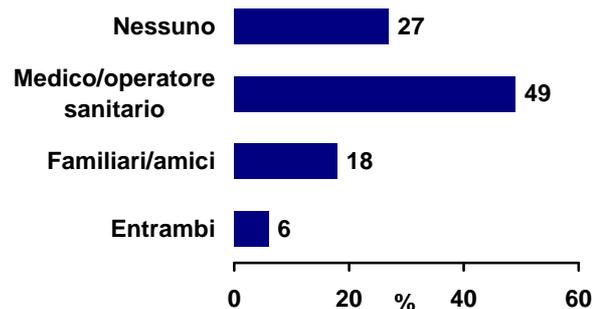
GIORNI CON LIMITAZIONE DI ATTIVITA'



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Tra le persone con sintomi di depressione che hanno risposto di aver avuto problemi anche in passato, il 72,7% ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (48,5%), a familiari/amici (18,2%) o ad entrambi (6,1%), mentre il 27,3% non si è rivolto ad alcuna persona.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=33)



Confronto con dati regionali e nazionali

Sintomi di depressione (% - IC 95%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ¹	6,9 (6,2-7,6)	6,8 (6,5-7,1)
donne	9,3 (8,1-10,5)	9,0 (8,5-9,6)
uomini	4,5 (3,7-5,4)	4,5 (4,1-5,0)
18-34	7,4 (6,0-8,8)	5,1 (4,7-5,7)
35-49	6,4 (5,2-7,6)	6,5 (6,0-7,1)
50-69	7,0 (5,8-8,2)	8,5 (7,8-9,2)
almeno 1 patologia	11,5 (9,3-13,8)	13,4 (12,3-14,6)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²	55,6 (50,5-60,8)	56,1 (53,9-58,3)
Figure a cui si è ricorso per sintomi di depressione		
nessuno	44,3 (39,2-49,5)	43,9 (41,7-46,1)
medico/operatore sanitario	29,3 (24,5-34,0)	31,3 (29,0-33,7)
famiglia/amici	21,2 (17,3-25,1)	18,2 (16,1-20,5)
entrambi	5,2 (2,8-7,7)	6,6 (5,4-8,2)

1 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

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

Conclusioni

Nell'AULSS 18 si stima che meno di 1 persona su 10 abbia sintomi depressivi, con valori più alti tra le donne (13% vs 4% maschi), nei 35-49enni, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

I dati locali si avvicinano a quelli della letteratura internazionale per quanto riguarda i casi riconosciuti, anche se la prevalenza sembra un po' sottostimata.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti sia abbastanza soddisfacente (1 persona su 2 è ricorso ad un operatore sanitario), anche se risulta piuttosto alta la parte del bisogno non trattato (quasi 1 persona su 3 non ricorre ad alcuna persona).

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

GUADAGNARE SALUTE

Attività fisica

**Situazione nutrizionale
e abitudini alimentari**

Consumo di alcol

Abitudine al fumo

Guadagnare Salute

Le malattie croniche, che secondo l'Oms provocano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, hanno alla base due tipi di fattori di rischio: quelli non modificabili (come l'età, il sesso e la familiarità per una patologia) e quelli modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci (come un'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la mancanza di attività fisica).

L'Unione Europea con l'OMS ha approvato il *Secondo Programma 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili*, un piano di azione comunitaria in materia di salute i cui obiettivi sono migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini; promuovere la salute, anche riducendo le disparità sanitarie; elaborare e diffondere informazioni e conoscenze sulla salute. In particolare, il Programma promuove gli interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol, sostenendo la promozione della salute e le azioni preventive indirizzate a questi principali determinanti di salute.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza di adottare stili di vita sani. In particolare il programma "*Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*", approvato con DPCM 4 maggio 2007 in accordo con le Regioni e le Province Autonome, si propone di indirizzare le scelte dei cittadini al fine di contrastare i principali fattori di rischio: fumo, alcol, sedentarietà e scorretta alimentazione.

Il programma ha come obiettivi principali prevenire e cambiare i comportamenti nocivi che costituiscono i principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di grande importanza epidemiologica e di forte impatto sulla sanità pubblica: malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, problemi di salute mentale.

L'investimento di questa iniziativa va valutato quindi sia a lungo termine, nel ridurre il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario nazionale e sulla società, ma anche a breve termine, nel cercare di migliorare le condizioni di vita dei cittadini, promuovendo scelte salutari immediate e stili di vita sani (svolgere attività fisica regolare, seguire un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol, smettere di fumare). Attraverso accordi con altri Ministeri, con le Regioni, con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'industria e del commercio si stanno portando avanti molte iniziative finalizzate a migliorare la salute dei cittadini.

L'obiettivo è creare una nuova cultura della prevenzione in cui i singoli individui diventano protagonisti e responsabili della qualità della propria vita.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI indaga i fattori di rischio modificabili e principali determinanti delle malattie croniche più frequenti identificati nelle 4 aree di intervento strategiche di Guadagnare Salute:

- promozione dell'attività fisica (relativo al fattore di rischio "sedentarietà")
- promozione di comportamenti alimentari salutari (relativo al fattore di rischio "scorretta alimentazione")
- lotta all'abuso di alcol (relativo al fattore di rischio "alcol")
- lotta al tabagismo (relativo al fattore di rischio "fumo").

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. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Esiste ormai un ampio consenso circa il *livello dell'attività fisica raccomandato* 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.

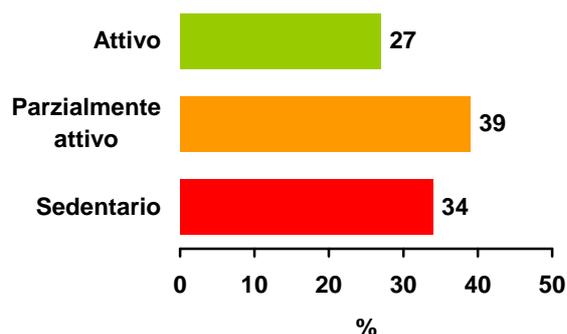
Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese.

In Italia 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.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- Nell'AULSS 18 il 27% delle persone intervistate ha uno stile di vita *attivo* conduce, infatti, un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 39% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 34% è completamente sedentario.
- La *sedentarietà* è più frequente nella classe di età 35-49 anni, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

Livello di attività fisica
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=454)

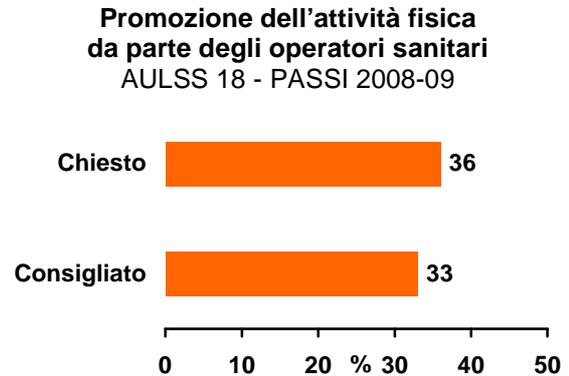


Persone sedentarie AULSS 18 – PASSI 2008-09	
Caratteristiche	Sedentari
Totale	33,7% (IC95% 29,4-38,3)
Classi di età	
18-34	28,3%
35-49	39,5%
50-69	32,2%
Sesso	
uomini	31,5%
donne	35,7%
Istruzione*	
bassa	40,5%
alta	27,5%
Difficoltà economiche	
sì	39,7%
no	27,2%

* bassa: licenza media inferiore/elementari/nessun titolo; alta: licenza media superiore/laurea

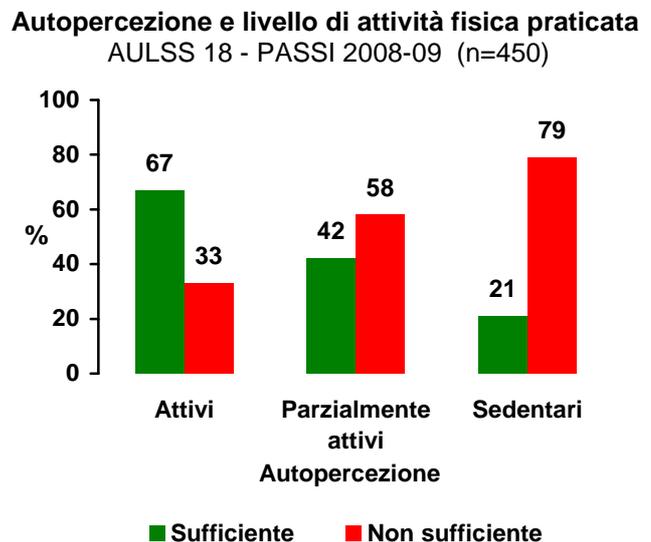
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nell'AULSS 18 solo il 35,8% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 32,8% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente (tra le persone che sono state dal Medico negli ultimi 12 mesi).



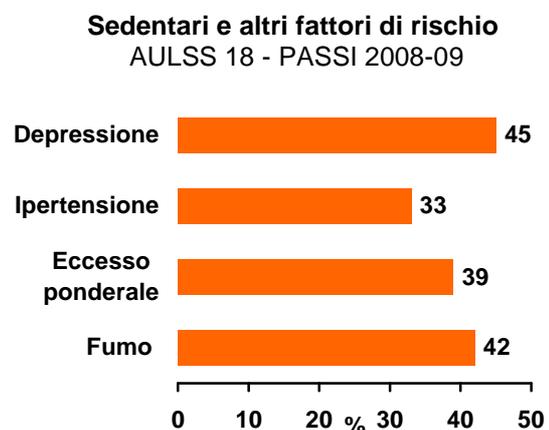
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone *attive*, il 33,3% giudica la propria attività fisica *non sufficiente*.
- Il 42,4% delle persone *parzialmente attive* ed il 20,7% dei *sedentari* percepisce il proprio livello di attività fisica come *sufficiente*.



Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 44,7% delle persone depresse,
 - il 42,1% dei fumatori,
 - il 38,5% delle persone in eccesso ponderale,
 - il 32,7% degli ipertesi.



Confronto con dati regionali e nazionali

Attività fisica (% - IC 95%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Livello di attività fisica attivo ¹	29,5 (28,2-30,8)	33,0 (32,4-33,6)
parzialmente attivo ²	45,0 (43,5-46,4)	36,8 (36,2-37,5)
sedentario ³	25,5 (24,2-26,8)	30,2 (29,6-30,8)
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha chiesto al proprio assistito se fanno regolare attività fisica ⁴	36,5 (34,9-38,0)	30,7 (30,0-31,4)
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha consigliato al proprio assistito di fare dell'attività fisica ⁴	33,8 (32,3-35,3)	30,5 (29,8-31,1)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	15,8 (13,8-17,8)	18,9 (18,0-19,9)

1 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)

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

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

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

Conclusioni

Nell'AULSS 18 si stima che solo 1 persona adulta su 4 (27%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 73% faccia poca o nulla attività fisica.

Il 34% della popolazione risulta completamente sedentario: la stima corrisponde a circa 40mila persone sedentarie nella fascia 18-69 anni.

La sedentarietà è più diffusa nella classe di età 35-49 anni, nelle donne e tra le persone con basso livello di istruzione e difficoltà economiche.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione e obesi/sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti. In circa 1/3 dei casi gli operatori sanitari si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti (valori simili al valore medio regionale e nazionale): questo assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico.

Lo sviluppo di strategie di interventi di dimostrata efficacia per accrescere la diffusione dell'attività fisica, alcune tra l'altro già messe in atto nella nostra Azienda, è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di piani intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

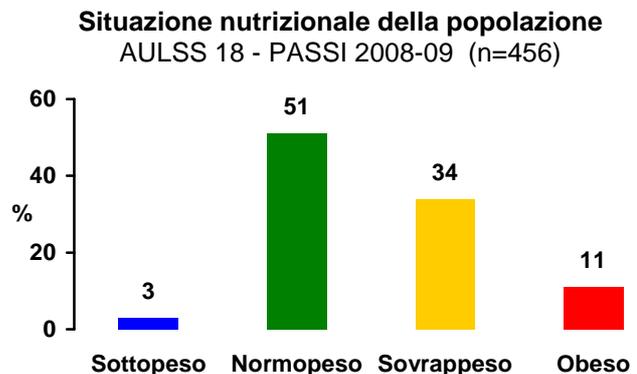
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato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

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").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'AULSS 18 il 3,3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51,1% normopeso, il 34,2% sovrappeso e l'11,4% obeso.
- Complessivamente si stima che il 45,6% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

- L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età,
 - negli uomini (56,2% vs 35,8% nelle donne),
 - nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

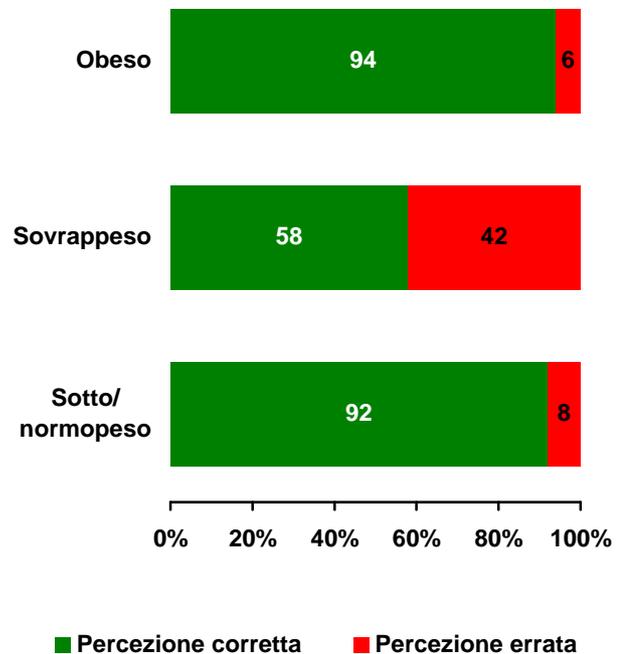
Popolazione con eccesso ponderale AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=456)		
Caratteristiche	Sovrappeso	Obesi
Totale	34,2% (IC95% 29,9-38,8)	11,4% (IC95% 8,7-14,8)
Classi di età		
18 - 34	17,6%	5,0%
35 - 49	33,8%	14,6%
50 - 69	45,6%	12,8%
Sesso		
uomini	41,1%	15,1%
donne	27,8%	8,0%
Istruzione*		
bassa	39,4%	15,4%
alta	29,4%	7,7%
Difficoltà economiche		
sì	35,1%	14,5%
no	33,5%	8,4%

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

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- Nell'AULSS 18 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati. Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (94%) e nei sotto/normopeso (92%); tra le persone in *sovrappeso* invece ben il 42% ritiene il proprio peso più o meno giusto.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: circa l'84% sia delle donne che degli uomini *normopeso* considera il proprio peso più o meno giusto, mentre tra le persone *sovrappeso* il 30% delle donne considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 50% degli uomini.

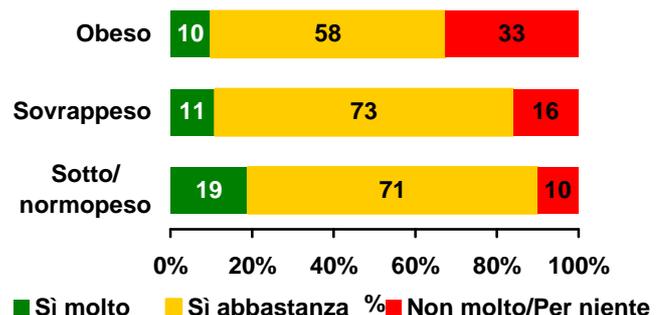
Percezione del proprio peso
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=454)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nell'AULSS 18 l'85,5% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:
 - il 90,2% dei sottopeso/normopeso,
 - l'83,9% dei soprappeso,
 - il 67,3% degli obesi.

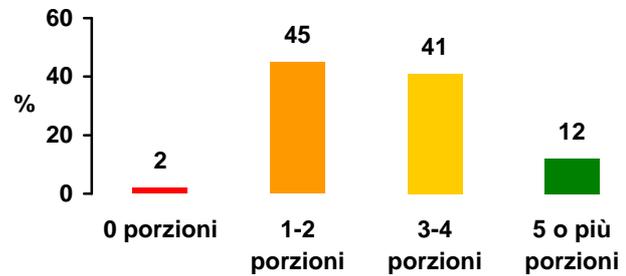
Quello che mangia fa bene alla sua salute?
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=452)



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

- Nell’AULSS 18 il 97,8% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 41,0% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno, ma solo l’11,6% le 5 porzioni raccomandate.

Porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)



- L’abitudine a consumare almeno 5 (5 o più) porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni,
 - nelle donne,
 - nelle persone senza difficoltà economiche,
 - nelle persone sovrappeso (15%) e obeso (13,5%).

Non emergono differenze legate al livello d’istruzione.

Consumo di frutta e verdura

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)

Caratteristiche	Adesione al “5 a day” °
Totale	11,6% (IC95% 8,9-14,9)
Classi di età	
18 - 34	6,7%
35 - 49	9,5%
50 - 69	16,7%
Sesso	
uomini	10,5%
donne	12,6%
Istruzione*	
bassa	11,3%
alta	11,9%
Difficoltà economiche	
sì	10,0%
no	13,2%
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	8,9%
sovrappeso	15,4%
obeso	13,5%

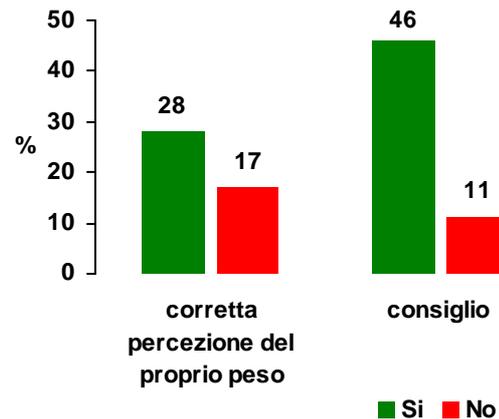
° Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

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

- Nell'AULSS 18 il 50,3% 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 (tra quelle che si sono recate dal medico nell'ultimo anno); in particolare hanno riferito questo consiglio il 42,5% delle persone in sovrappeso e il 73,8% delle persone obese.
- Il 25,5% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire *una dieta* per perdere o mantenere il proprio peso (23% nei sovrappeso e 33% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (32% vs 21% negli uomini),
 - negli obesi (33% vs 22% nei sovrappeso),
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (28%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (17%),
 - in coloro (sovrappeso/obesi) che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (46% vs 11%).

Persone in eccesso ponderale che fanno dieta in rapporto alla percezione del proprio peso* e ai consigli degli operatori sanitari
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=208)



* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=155)

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

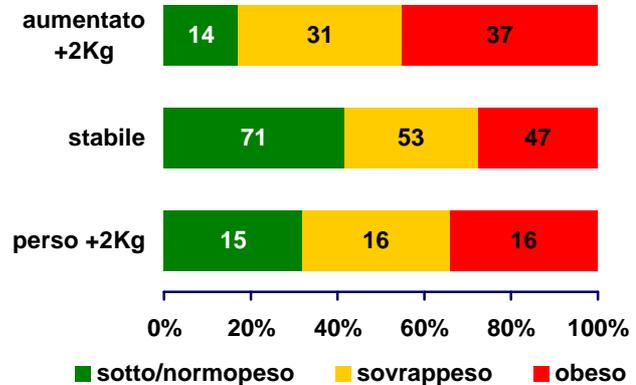
- Nell'AULSS 18 il 38,5% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (il 33% dei sovrappeso ed il 54% degli obesi). Il 38,7% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 31,8% delle persone in sovrappeso e il 57,5% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 60,3% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 64,0% di chi non l'ha ricevuto.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nell'AULSS 18 il 22,4% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia 18-34 anni (26% vs 24% 35-49 anni e 19% 50-69 anni),
 - nelle persone già in eccesso ponderale (37% obesi e il 31% sovrappeso vs 14% normopeso).
- Non sono emerse differenze tra donne (22,3%) e uomini (22,5%).

Cambiamenti ponderali per stato nutrizionale negli ultimi 12 mesi

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=451)



Confronto con dati regionali e nazionali

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (%-IC 95%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Popolazione in eccesso ponderale		
sovrappeso	30,0 (28,7-31,3)	31,8 (31,2-32,4)
obeso	10,2 (9,3-11,0)	10,4 (10,0-10,8)
sovrappeso/obeso	40,1 (38,8-41,5)	42,2 (41,6-42,8)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹		
sovrappeso	44,2 (41,4-47,0)	45,2 (43,9-46,4)
obeso	78,8 (74,9-82,7)	80,1 (78,2-81,9)
sovrappeso/obeso	53,4 (51,0-55,9)	54,1 (53,6-55,1)
Consigliato di fare attività fisica da un medico o operatore sanitario ¹		
sovrappeso	40,2 (37,3-43,1)	34,7 (33,5-35,9)
obesi	53,7 (48,9-58,5)	48,2 (45,9-50,5)
sovrappeso/obeso	43,9 (41,4-46,4)	38,1 (37,1-39,2)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	12,6 (11,7-13,6)	9,5 (9,1-9,8)

¹ Solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificati come no

Conclusioni

Per diffusione e conseguenze sulla salute l'eccesso ponderale è il secondo principale rischio modificabile per la salute in Italia e un problema prioritario di salute pubblica.

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe: le persone, soprattutto le donne, tendono a dichiararsi più alte e più leggere.

Nonostante questa verosimile sottostima, nell'AULSS 18 quasi 1 persona adulta su 2 presenta un eccesso ponderale (soprappeso+obeso) e quindi si stima che oltre 54mila persone risultano in eccesso ponderale (oltre 40.000 in soprappeso e oltre 13.500 con obesità).

Una particolare attenzione nei programmi preventivi deve essere posta, oltre che alle persone obese, alle *persone in soprappeso*. In questa fascia di popolazione emerge, infatti, una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: oltre 1 persona su 2 percepisce il proprio peso come "troppo alto" ma solo circa 1 persona su 6 giudica la propria alimentazione in senso negativo e consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno.

Oltre 1 persona su 4 sta facendo una dieta per perdere o mantenere il peso fra quelle che lo considerano troppo alto, mentre oltre 1 persona su 3 è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 26% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (62%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: oltre la metà ne assume più di 3 porzioni, ma solo una piccola quota (12%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie, 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

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani, ed è inoltre considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

L'alcol è una sostanza tossica dannosa per l'organismo: non è fissato un livello soglia di "non pericolosità". L'abuso di alcol, oltre a determinare problemi sanitari (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati alle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasie) porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza). Al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (DALY).

Il danno causato dall'alcol quindi, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria e che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo (PIL). 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.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere, infatti, di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati ad orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell'OMS, le *persone a rischio* particolare di conseguenze sfavorevoli per consumo di alcol sono: i *forti consumatori*, chi beve abitualmente *fuori pasto* e chi indulge 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).

La definizione della quantità-soglia per il consumo di alcool è stata recentemente abbassata dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità sono da considerare "*forti bevitori*" (fino ad ora erano più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne)

L'*unità alcolica* corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Quante persone consumano alcol?

- Nell'AULSS 18 la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 60%.
- Le percentuali più alte di consumo si sono osservate:
 - nella fascia di età 18-34 anni,
 - negli uomini,
 - nelle persone con livello di istruzione più alto e senza difficoltà economiche.
- Il 61% degli intervistati ha riferito di consumare alcol prevalentemente durante tutta la settimana, mentre il 39% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (nell'ultimo mese) AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=454)	
Caratteristiche	Personne che hanno bevuto almeno una unità di bevanda alcolica°
Totale	60,1% (IC95% 55,5-64,6)
Classi di età	
18 - 34	63,3%
35 - 49	59,0%
50 - 69	59,0%
Sesso	
uomini	78,5%
donne	43,0%
Istruzione*	
bassa	55,5%
alta	64,5%
Difficoltà economiche	
sì	54,6%
no	66,1%

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

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

Quanti sono bevitori a rischio?

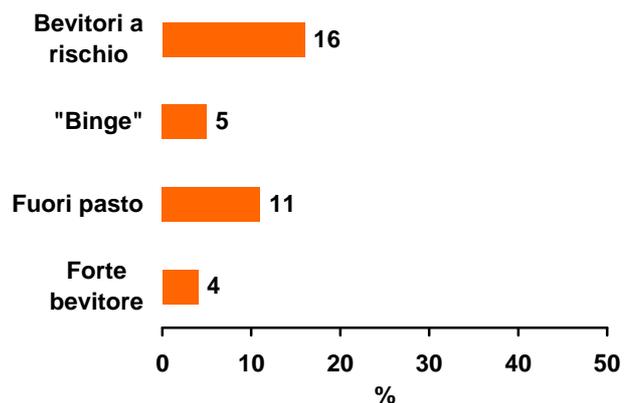
Con la **vecchia definizione INRAN** (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) di "forte bevitore"

- complessivamente il 16,2% degli intervistati può essere ritenuto un *consumatore a rischio* (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").

In particolare:

- il 4,9% può essere considerato un bevitore "binge" (chi ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione),
- l'11,0% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto,
- il 3,5% può essere considerato un "forte bevitore" (chi beve più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

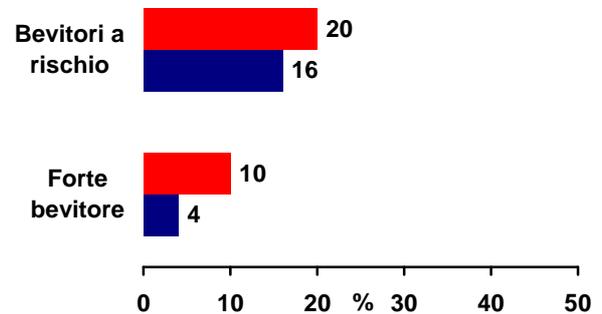
Bevitori a rischio* per categorie
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=453)



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore) con la **vecchia definizione**

- Sulla base della **nuova definizione INRAN** di “*forte bevitore*” (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di *bevitori a rischio* è salita al **20,4%**, mentre quella di *forte bevitore* è del **10,4%**.

**Bevitori a rischio e forti bevitori
Confronto nuova vs vecchia
classificazione INRAN di “forte bevitore”
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=453)**



N.B.: la **barra rossa** nelle categorie “bevitori a rischio” e “forte bevitore” indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della **nuova definizione INRAN** di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne).

La **barra blu** nelle categorie “bevitori a rischio” e “forte bevitore” indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della **vecchia definizione INRAN** di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 5% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso:
 - tra i più giovani nella fascia di 18-34 anni (9% vs 4,5% 35-49 aa e 2% 50-69 aa),
 - negli uomini (9% vs 1% nelle donne).
- Non si rilevano differenze significative riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

Consumo di alcol a rischio AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=454)	
Caratteristiche	°Bevitori “binge”
Totale	4,9% (IC95% 3,1–7,4)
Classi di età	
18 - 34	9,2%
35 - 49	4,5%
50 - 69	2,2%
Sesso	
uomini	8,7%
donne	1,3%
Istruzione*	
bassa	4,6%
alta	5,1%
Difficoltà economiche	
sì	3,9%
no	5,8%

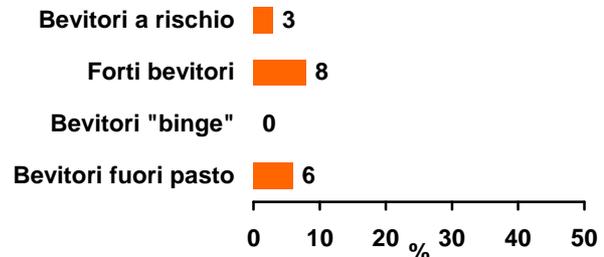
° **Bevitore “binge”**: ha bevuto nell’ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

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

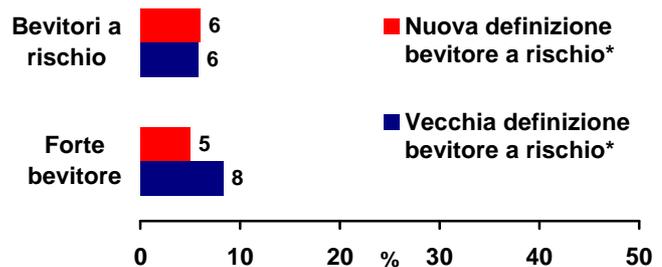
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nell'AULSS 18 solo il 18,7% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è *informato* sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Solo il 2,7% ha riferito di aver ricevuto il *consiglio di bere meno*; tra i *bevitori a rischio* questa percentuale è del 5,8%. In particolare il consiglio è stato dato a:
 - 8,3% dei forti bevitori,
 - 6,1% dei bevitori fuori pasto,
 - nessuno dei bevitori "binge".

Bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario^o AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=336)



Bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario^o Confronto **nuova** vs **vecchia** classificazione di "forte bevitore" AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=330)



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)
^oAl netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Confronto con dati regionali e nazionali

Consumo di alcol (%-IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane	
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ¹	63,9 (62,6-65,2)	56,7 (56,1-57,3)	
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	11,5 (10,6-2,3)	7,8 (7,5-8,1)	
Bevitori <i>binge</i> ²	7,7 (6,9-8,4)	5,6 (5,3-5,9)	
Forti bevitori ³	nuova definizione	9,3 (8,9-9,6)	
	vecchia definizione	4,0 (3,5-4,5)	
Bevitori a rischio ⁴	nuova definizione	18,0 (17,5-18,4)	
	vecchia definizione	13,6 (13,2-14,0)	
Chiesto dal medico il consumo di alcolici	18,3 (17,2-19,5)	14,3 (13,8-14,8)	
Consigliato dal medico ai bevitori a rischio di ridurre il consumo			
	nuova definizione INRAN	5,5 (4,1-6,9)	6,3 (5,6-7,2)
	vecchia definizione INRAN	6,1 (4,5-7,7)	6,8 (6,0-7,8)

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

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

3 Più di 2 unità/gg per gli uomini e più di 1/gg per le donne (Nuova Definizione INRAN)
 più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2/gg per le donne (Vecchia Definizione INRAN)

4 Bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

Conclusioni

Nell'AULSS 18 si calcola che circa 6 persone su 10 di età compresa tra 18 e 69 anni abbiano consumato, nel mese precedente l'intervista, almeno una unità di bevanda alcolica.

Dall'indagine si stima che circa un quinto della popolazione di 18-69 anni (1 persona su 5) abbia abitudini di consumo, con la nuova classificazione INRAN di *forte bevitore*, considerabili a rischio per quantità con una delle modalità di assunzione potenzialmente pericolose per la salute, questa stima corrisponde a circa 24mila persone

I bevitori *binge* (coloro che consumano più di 6 unità di bevande alcoliche in una sola occasione) risultano essere circa il 5% degli intervistati ed in particolare sono i giovani di 18-34 anni di sesso maschile.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

Nel nostro Paese, un importante produttore in cui l'alcol fa parte della cultura alimentare, le strategie d'intervento devono mirare a realizzare azioni coordinate ad ampio raggio comprese, oltre che le classiche attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società), azioni di valorizzazione della salute nelle politiche che regolano i prezzi, accessibilità e limiti nel consumo, con il supporto dei mass-media.

Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limiti di alcolemia per la guida previsti dal Nuovo Codice della Strada) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica. I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare); è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive e che circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (*Daly*) 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.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

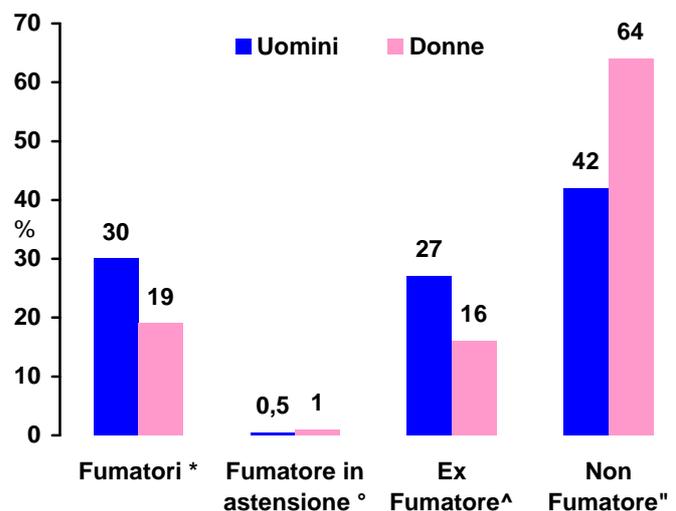
- Nell'AULSS 18 rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta:

- il 53,5% degli intervistati ha riferito di *non fumare*,
- il 25,2% di essere *fumatore*,
- il 21,3% di essere un *ex fumatore*.

Lo 0,9% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", considerati ancora fumatori in base alla definizione OMS).

- L'abitudine al fumo risulta significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (30% vs 19%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (64% vs 43%).

Abitudine al fumo di sigaretta
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=456)



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

° **Fumatore in astensione**: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ **Ex fumatore**: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

" **Non fumatore**: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Nell'AULSS 18 si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone nella fascia di età 18-34 anni (40,0%),
 - tra gli uomini (30% vs 21% tra le donne),
 - tra persone con basso livello di istruzione.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 10,4 sigarette al giorno; tra questi, il 3,6% fuma oltre 20 sigarette al dì (*"forte fumatore"*).

Fumatori	
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=456)	
Caratteristiche	Fumatori ^o
Totale	25,2% (IC95% 29,4-33,4)
Classi di età	
18 - 34	40,0%
35 - 49	22,8%
50 - 69	17,4%
Sesso	
uomini	30,1%
donne	20,7%
Istruzione*	
bassa	28,2%
alta	22,5%
Difficoltà economiche	
sì	26,5%
no	24,0%

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

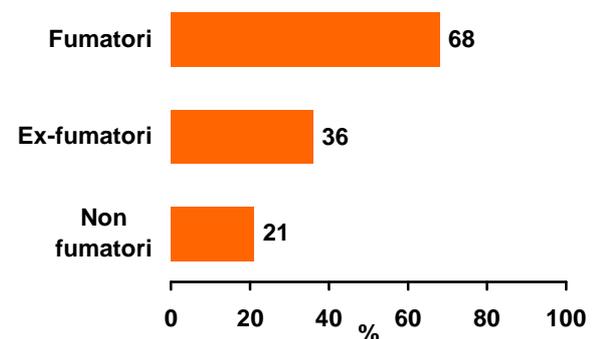
* Istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Nell'AULSS 18 il 36,2% degli intervistati, che sono stati da un medico nell'ultimo anno, ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
 - il 68,2% dei fumatori,
 - il 36,4% degli ex fumatori,
 - il 20,8% dei non fumatori.

Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=348)*



* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

- Nell'AULSS 18 tra i fumatori, il 52,0% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a "scopo preventivo" (34,6%).

Motivo del consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari

AULSS 18 – PASSI 2008-09 (n=81)*



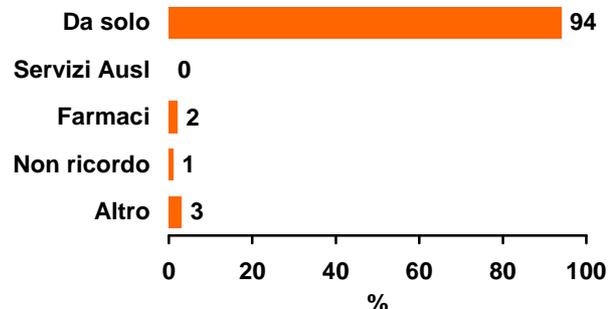
* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

- Fra gli ex fumatori, ben il 93,8% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo, il 2,1% ha utilizzato farmaci, mentre nessuno ha riferito di aver fruito di servizi dell'AULSS.
- Fra i fumatori, il 32,7% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno; il 94,4% ha tentato da solo ed il 5,6% con farmaci o cerotti.

Modalità di smettere di fumare negli ex fumatori

AULSS 18 – PASSI 2008-09 (n=97)

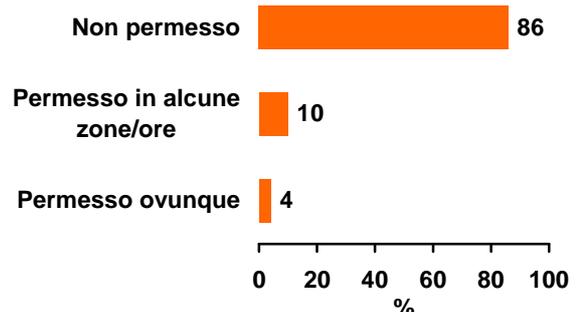


L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
 - L'86,4% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa,
 - il 9,6% che si fuma in alcuni luoghi ed in certe ore o situazioni,
 - il 3,9% che si fuma ovunque.

Diverse regole sul permesso di fumare a casa

AULSS 18 – PASSI 2008-09 (n=458)

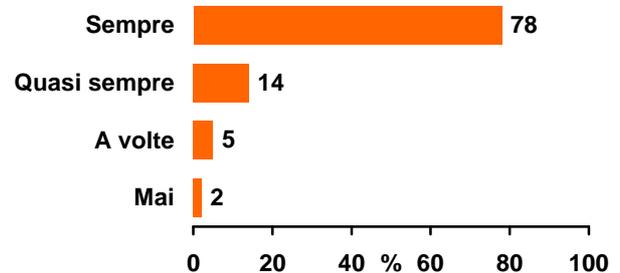


La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Il 92,3% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (77,9%) o quasi sempre (14,4%).
- Il 7,2% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1,8%) o lo è raramente (5,4%).

Percezione (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=391)*



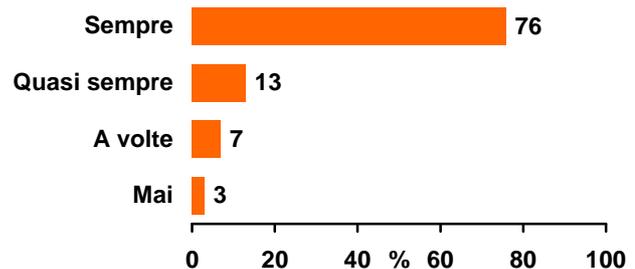
* Intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 89,4% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (76,4%) o quasi sempre (12,9%).
- Il 10,6% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3,4%) o lo è raramente (7,2%).

Percezione (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

AULSS 18 - PASSI 2009 (n=264)*



* Lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Confronto con dati regionali e nazionali

Abitudine al fumo (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Fumatori ¹	24,9 (23,6-26,1)	28,8 (28,2-29,4)
uomini	29,6 (27,7-31,5)	33,4 (32,6-34,3)
donne	20,1 (18,4-21,7)	24,3 (23,5-25,1)
Ex fumatori ²	22,1 (20,9-23,2)	19,6 (19,1-20,1)
Non fumatori ³	53,1 (51,7-54,5)	51,6 (51,0-52,2)
Fumatori		
18-24	33,6 (29,1-38,1)	32,3 (30,4-34,2)
25-34	31,6 (28,4-34,8)	35,1 (33,7-36,5)
35-49	24,6 (22,5-26,7)	30,0 (29,0-31,0)
50-69	19,0 (17,1-20,9)	23,2 (22,3-24,1)
Livello di istruzione		
Nessun titolo/elementare	18,4 (15,2-21,6)	23,6 (22,0-25,3)
Scuola media inferiore	29,0 (26,7-31,3)	34,1 (33,0-35,2)
Scuola media superiore	26,3 (24,4-28,3)	28,8 (27,9-29,7)
Laurea	15,4 (12,2-18,6)	21,7 (20,2-23,1)

Difficoltà economiche		
Molte	36,8 (31,7-41,9)	37,1 (35,3-39,0)
Qualche	27,4 (25,2-29,6)	30,3 (29,3-31,2)
Nessuna	21,7 (20,2-23,3)	25,2 (24,4-26,0)
Numero medio di sigarette	11	13
Chiesto se fuma ⁴		
a tutto il campione	42,4 (40,9-43,9)	41,0 (40,3-41,6)
ai fumatori	69,7 (66,7-72,7)	64,0 (62,0-65,2)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori) ⁴	62,2 (59,0-65,3)	60,1 (58,8-61,4)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	45,2 (42,3-48,1)	36,1 (35,0-37,3)
Ex fumatori che hanno smesso da soli	95,4 (94,2-96,6)	96,1 (95,4-96,7)
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in		
sempre o quasi sempre	92,9 (91,9-93,8)	88,3 (87,7-88,8)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:		
sempre o quasi sempre	94,3 (93,6-95,0)	86,6 (86,1-87,1)

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

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

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

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

Conclusioni

Nell'AULSS 18, si stima che 1 persona su 4 sia classificabile come fumatore; questa stima corrisponde a una popolazione di fumatori tra i 18 e i 69 anni pari a circa 30.000 persone.

Un elemento che desta particolare preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età 18-34 anni dove 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori per un totale di circa 12.800 persone.

Oltre 1 fumatore su 2 ha riferito di aver ricevuto il *consiglio di smettere*, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, soprattutto a scopo preventivo.

La quasi totalità degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, mentre nessun fumatore ha dichiarato di aver smesso di fumare grazie all'ausilio di operatori sanitari dell'AULSS. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore rafforzamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello della AULSS.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto da mantenere monitorato nel tempo anche se sono buone le percentuali riferite al fatto che non si fuma nel proprio domicilio e al rispetto del divieto di fumo sia nei locali pubblici che negli ambienti di lavoro.

La Legge per il divieto di fumo costituisce di fatto un vero e proprio strumento per "fare salute": i programmi aziendali di promozione della salute promuovono il rispetto del divieto di fumo; in particolare le strutture sanitarie sono impegnate con specifici programmi di lotta al fumo passivo e all'astensione dal fumo in ambito sanitario.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Pressione arteriosa

Colesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutti i decessi.

Nell'anno 2008 in Veneto le malattie cardiovascolari hanno rappresentato il 33% delle cause di morte nel sesso maschile ed il 42% in quello femminile, mentre nell'Azienda ULSS 18 il 35% delle cause di morte negli uomini ed il 46% nelle donne (Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale-SER "Mortalità nella Regione Veneto Anno 2008").

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Conoscere la prevalenza di queste condizioni e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di 2 tra i principali fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia) e all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Pressione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie invalidanti o mortali quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

In PASSI si considera iperteso colui che ha avuto diagnosi o conferma di un'ipertensione arteriosa da un medico o un operatore sanitario.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nell'AULSS 18 l'85,8% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 5,5% più di 2 anni fa, mentre il restante 8,7% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nel sesso femminile,
 - nelle fasce d'età più avanzate,
 - nelle persone senza difficoltà economiche.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n= 458)	
Caratteristiche	PA misurata negli ultimi 2 anni
Totale	85,8% (IC95% 82,2-88,8)
Classi di età	
18 - 34	75,8%
35 - 49	83,5%
50 - 69	94,4%
Sesso	
uomini	84,5%
donne	87,0%
Istruzione*	
bassa	86,0%
alta	85,6%
Difficoltà economiche	
sì	84,3%
no	87,2%

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

Quante persone sono ipertese?

- Nell'AULSS 18 il 24% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa, negli ultimi 2 anni, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare, l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - nel sesso maschile,
 - al crescere dell'età (41% nella fascia 50-69 anni),
 - nelle persone con livello istruzione basso,
 - nelle persone con eccesso ponderale.

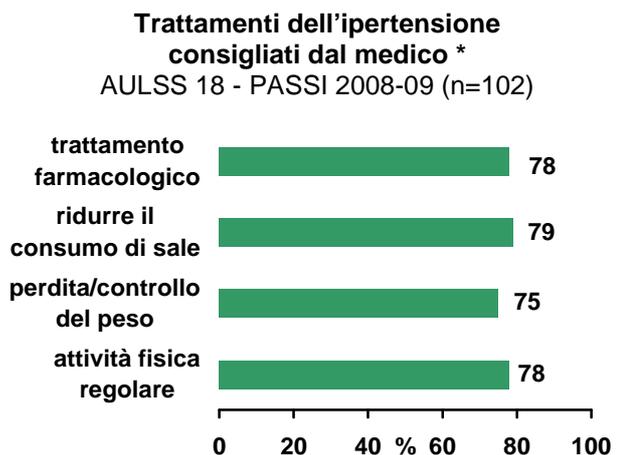
Persone con diagnosi riferita di ipertensione* AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n= 418)	
Caratteristiche	Ipertesi
Totale	24,4% (IC95% 19,0-22,4)
Classi di età	
18 - 34	5,0%
35 - 49	18,1%
50 - 69	40,8%
Sesso	
uomini	29,0%
donne	20,2%
Istruzione**	
bassa	31,0%
alta	18,3%
Difficoltà economiche	
sì	25,2%
no	23,7%
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	16,3%
sovrappeso/obeso	33,5%

* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

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

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

- Nell'AULSS 18 il 77,5% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (79,4%),
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (74,5%),
 - svolgere regolare attività fisica (77,5%).



* ogni variabile considerata indipendentemente

Confronto con dati regionali e nazionali

Ipertensione arteriosa (% - IC 95%)	Veneto	Pool AULSS italiane
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	85,5 (84,5-86,5)	83,0 (82,5-83,5)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	21,3 (20,2-22,4)	20,3 (19,8-20,8)

¹ tra le persone cui è stata misurata la pressione arteriosa

Colesterolemia

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari sul quale si può intervenire con efficacia.

Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata ad una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio (es. fumo e ipertensione) accresce il rischio cardiovascolare.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

In PASSI si considera ipercolesterolemico colui che ha avuto diagnosi o conferma di un'ipertensione arteriosa da un medico o un operatore sanitario.

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

- Nell'AULSS 18 l'83% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 59% nel corso dell'ultimo anno,
 - il 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista,
 - il 9% da oltre 2 anni.
 Il 17% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 70% della fascia 18-34 anni al 94% di quella 50-69 anni),
 - nelle donne,
 - nelle persone con basso livello di istruzione.

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)	
Caratteristiche	Misurazione Colesterolo
Totale	82,8% <i>(IC95% 78,9-86,0)</i>
Classi di età	
18 - 34	70,0%
35 - 49	79,7%
50 - 69	93,9%
Sesso	
uomini	79,5%
donne	85,8%
Istruzione*	
bassa	84,7%
alta	80,9%
Difficoltà economiche	
sì	82,2%
no	83,3%

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

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nell'AULSS 18 il 22% degli intervistati, ai quali è stato misurato il colesterolo, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate,
 - nelle persone con basso livello di istruzione,
 - nelle persone senza difficoltà economiche,
 - nelle persone in eccesso ponderale.

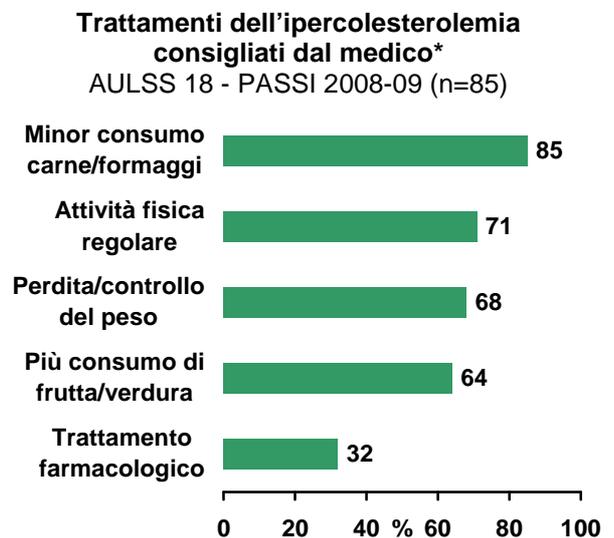
Ipercolesterolemia riferita* AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=379)	
Caratteristiche	Ipercolesterolemia
Totale	22,4% (IC95% 18,4-27,0)
Classi di età	
18 - 34	9,5%
35 - 49	15,1%
50 - 69	34,3%
Sesso	
uomini	22,4%
donne	22,4%
Istruzione**	
bassa	27,1%
alta	17,8%
Difficoltà economiche	
sì	20,6%
no	24,3%
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	17,5%
sovrappeso/obeso	27,9%

* tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

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

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nell'AULSS 18 il 31,8% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (84,7%),
 - svolgere regolare attività fisica (71,4%),
 - ridurre o controllare il proprio peso (68,2%),
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (63,5%).



* ogni variabile considerata indipendentemente

Confronto con dati regionali e nazionali

Colesterolemia (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	78,9 (77,8-80,0)	79,3 (78,8-79,8)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ¹	26,0 (24,6-27,3)	24,1 (23,5-24,7)

¹ tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico 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 6 fattori di rischio: sesso, età, fumo, diabete, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la *comunicazione del rischio individuale al paziente*, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

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

- Nell'AULSS 18 solo il 9,5% degli intervistati nella fascia 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
 - nel sesso maschile,
 - nelle classi d'età più elevate,
 - nelle persone con basso grado di istruzione,
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
 AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=315)

Caratteristiche	Punteggio calcolato
Totale	9,5% (IC95% 6,6-13,5)
Classi di età	
35 - 49	7,9%
50 - 69	11,0%
Sesso	
uomini	10,9%
donne	8,2%
Istruzione*	
bassa	12,3%
alta	5,9%
Difficoltà economiche	
sì	10,8%
no	8,2%
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare^o	
sì	12,2%
no	1,3%

^o Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

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

Confronto con dati regionali e nazionali

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 senza patologie cardiovascolari) (% - IC 95%)	Veneto	Pool AULSS italiane
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare	7,0 (6,1-7,9)	6,8 (6,5-7,2)

Conclusioni

Pressione arteriosa

Si stima che nell'AULSS 18, nella fascia d'età 18-69 anni, quasi 1 persona su 4 sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a circa 1 persona su 2 al di sopra dei 50 anni. L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 e/o diastolica di 80-90 mmHg). Si stima che, nell'AULSS 18, meno di 1 persona su 10 non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni.

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico.

Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito dai medici ad oltre 3 ipertesi su 4.

Colesterolo

Si stima che nell'AULSS 18, nella fascia d'età 18-69 anni, quasi 1 persona su 4 abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre 1 persona su 3 sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia, grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni), costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa 1 persona su 6 non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue.

Anche in questo caso un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa 1 su 3 ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 60 e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali.

La variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

Carta del rischio cardiovascolare

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

Nell'AULSS 18, come pure in ambito regionale e nazionale, anche se con percentuali leggermente superiori, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.

Il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

SICUREZZA

Sicurezza sulla strada

Sicurezza in casa

Sicurezza sulla strada

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 era dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

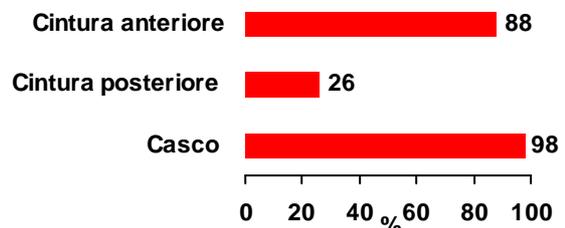
Nel 2008 in Italia sono stati registrati circa 220.000 incidenti stradali con oltre 4.700 morti e circa 310.000 feriti, in Veneto nel 2008 gli incidenti stradali sono stati oltre 16.700 con oltre 450 morti e circa 23.000 feriti.

Nell'AULSS 18 nel 2008 gli incidenti stradali sono stati 1.045 con 24 morti e circa 780 feriti, nel 2009 c'è stata una diminuzione del numero di incidenti di circa il 9% e di feriti di circa il 10%, ma con una riduzione dei deceduti di circa il 120%.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell'AULSS 18 tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore è pari all'88,4%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (25,9%).
- Nell'AULSS 18 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 97,5% riferisce di usare sempre il casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza* AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)



* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol? (coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

- Il 5,5% della popolazione generale intervistata ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che hanno dichiarato di aver effettivamente guidato nell'ultimo mese sotto l'effetto dell'alcol, la percentuale sale al 9,3%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere più frequente nella classe di età 18-34 anni, tra gli uomini rispetto alle donne (con differenze statisticamente significative) e tra le persone senza difficoltà economiche.
- Il 7,4% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol°

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=268)

Caratteristiche	Personche hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol°
Totale	9,3% (IC95% 6,1-13,5)
Classi di età	
18 – 34	10,5%
35 – 49	8,8%
50 – 69	8,9%
Sesso	
uomini	14,0%
donne	1,0%
Istruzione*	
bassa	9,1%
alta	9,5%
Difficoltà economiche	
sì	8,1%
no	10,3%

° Il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

° Coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

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

Confronto con dati regionali e nazionali

Sicurezza stradale (% - IC 95%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹		
casco sempre	98,0 (97,2-98,9)	94,2 (93,5-94,9)
cintura anteriore sempre	91,4 (90,6-92,2)	82,4 (81,9-82,9)
cintura posteriore sempre	31,7 (30,2-33,2)	18,9 (18,4-19,4)
Guida sotto effetto dell'alcol ²	12,1 (11,0-13,2)	10,5 (10,1-11,1)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	9,2 (8,4-10,0)	7,1 (6,8-7,4)

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

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

Conclusioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Nell'AULSS 18 si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo 1 persona su 4 utilizza la cintura di sicurezza posteriore.

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.

A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia i controlli da parte delle Forze dell'Ordine della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

Nell'AULSS 18 il problema è abbastanza diffuso (circa 1 guidatore su 11 è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), con coinvolgimento non solo delle classi d'età più giovani.

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 gli strumenti di controllo.

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.

Sicurezza in casa

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 né alle misure di prevenzione adottate, in particolare al livello locale.

In Italia, secondo le indagini ISTAT, si verificano più di 3 milioni di casi di incidente domestico, circa un 1 milione e 700 mila sono gli accessi al Pronto Soccorso, 130 mila i ricoveri e 5.500 i decessi da incidente domestico. Questi dati sono forniti dal Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA), sistema di sorveglianza istituito, ai sensi della legge 439/99, presso l'ISS e basato sulla raccolta degli arrivi al Pronto Soccorso ospedaliero in un campione di 30 centri, cui fa parte anche la nostra Azienda.

Nell'AULSS 18 si stima che nel 2009 gli accessi al P.S. per incidente domestico siano stati oltre 13.000, e che pertanto circa il 7,5% della popolazione ne sia vittima con necessità di cure ospedaliere.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

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

- Nell'AULSS 18 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 95% degli intervistati ha dichiarato, infatti, di considerare questo rischio basso o assente.
- Non si evidenziano particolari differenze fra:
 - le classi di età,
 - i sessi,
 - il grado di istruzione,
 - le difficoltà economiche.

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=458)	
Caratteristiche	Persone che hanno riferito bassa o assente la possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	94,8% (IC95% 92,2-96,5)
Età	
18 - 34	95,0%
35 - 49	93,8%
50 - 69	95,6%
Sesso	
uomini	95,9%
donne	93,7%
Istruzione*	
bassa	94,6%
alta	94,9%
Difficoltà economiche	
sì	94,3%
no	95,2%

° Presenza di anziani e/o bambini

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

Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- Nell'AULSS 18 il 29% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
 - nella classe di età 50-69 anni,
 - nelle donne,
 - nelle persone con livello d'istruzione basso,
 - in assenza in famiglia di persone a rischio,
 - in chi ha bassa percezione del rischio.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi AULSS 18 PASSI 2008-09 (n=458)	
Caratteristiche	Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	28,6% (IC95% 24,6-33,0)
Età	
18 - 34	24,2%
35 - 49	24,7%
50 - 69	35,0%
Sesso	
uomini	25,6%
donne	31,4%
Istruzione*	
bassa	32,9%
alta	24,6%
Difficoltà economiche	
sì	28,3%
no	29,1%
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o	
sì	25,0%
no	30,8%
Percezione del rischio	
alta	25,0%
bassa	28,8%

^opresenza di anziani e/o bambini

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

Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Il 22% delle persone che hanno ricevuto delle informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone:
 - nella classe di età 50-69 anni,
 - con basso livello di istruzione,
 - con difficoltà economiche,
 - con presenza di anziani o bambini,
 - un alta percezione del rischio di incidente domestico.

Adozione di misure di sicurezza per l'abitazione AULSS 18 - PASSI 20078-09 (n=83)	
Caratteristiche	Persone che hanno adottato misure di sicurezza
Totale	21,7% (IC95% 13,4-32,1)
Età	
18 - 34	16,7%
35 - 49	20,0%
50 - 69	25,0%
Sesso	
uomini	21,9%
donne	21,6%
Istruzione*	
bassa	23,9%
alta	18,9%
Difficoltà economiche	
sì	28,2%
no	15,9%

Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°

si	26,7%
no	18,9%

Percezione del rischio

alta	80,0%
bassa	17,9%

° Presenza di anziani e/o bambini

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

Confronto con dati regionali e nazionali

Sicurezza domestica (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	94,9 (94,3-95,5)	92,6 (92,3-93,0)
Dichiarano di aver modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹	29,2 (26,3-32,0)	30,8 (29,4-32,2)
Dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni	25,7 (24,5-26,9)	24,0 (23,5-24,5)
Fonti di informazione:		
opuscoli	14,1 (13,1-15,1)	11,5 (11,1-11,9)
mass media	11,8 (10,9-12,7)	12,5 (12,1-12,9)
tecnici	2,6 (2,2-3,1)	3,0 (2,7-3,1)
medico/altro operatore sanitario	1,7 (1,4-2,1)	1,8 (1,6-1,9)
parenti/amici	0,5 (0,3-0,7)	0,7 (0,6-0,8)

¹ Calcolato solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, i risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI 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 1 persona su 4 ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa 1 persona su 4, tra quelle che ricevute informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

Si evidenzia pertanto l'opportunità porre attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici, come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale, con la messa in atto di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni, in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili, anche mediante azioni sinergiche con altre istituzioni.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

**Diagnosi precoce delle neoplasie
della mammella**

**Diagnosi precoce delle neoplasie
del collo dell'utero**

**Diagnosi precoce delle neoplasie
del colon-retto**

Vaccinazione antinfluenzale

Vaccinazione antirosolia

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità.

In Italia 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 2009 i nuovi casi di neoplasia della mammella siano stati 4.351, pari al 31% di tutti i casi di tumore nelle donne, mentre nel 2008 i decessi per questa causa sono stati 978, pari al 16,2% delle morti per tumore e al 4,3% sul totale delle morti nelle donne.

Nell'AULSS 18 i decessi sono stati 39 pari al 15,5% delle morti per tumore e al 3,6% sul totale delle morti ("La mortalità nella Regione Veneto-Anno 2008" SER Veneto).

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, consente sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa (*beneficio di comunità*); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50% (British Journal of Cancer, 2008).

La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

Nel 2007 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è stata pari al 62% della popolazione interessata.

Iniziato negli anni 1994-98, attualmente in Veneto il programma di screening è attivo in tutte le 21 AULSS; nel 2008 ha coinvolto oltre 600.000 donne con 234.670 inviti, pari al 78% della popolazione bersaglio ("I programmi di screening oncologici nel Veneto-Rapporto 2008").

Nell'Azienda ULSS 18 il tasso di adesione corretta al programma è aumentato progressivamente negli anni passando dal 65,2% nel 2007 al 77,6% nel 2008.

I dati preliminari del 2009 evidenziano invece una diminuzione dell'adesione (72%) che si osserva ogni 2 anni dovuta, con molta probabilità, ad un'inversione naturale della percentuale delle fasce di età coinvolte nel programma.

Nell'ULSS 18 il programma di screening coinvolge circa 18.000 donne di età fra i 50 e 69 anni.

Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- Nell'AULSS 18 l'86% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- 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:
 - coniugate e conviventi,
 - con alto livello di istruzione,
 - senza rilevanti difficoltà economiche.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 aa), l'80,7% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita.
- L'età media della prima Mammografia è 37,5 anni.

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

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=91)

Caratteristiche	Donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni ^o
Totale	85,7% (IC95% 76,8-85,7)
Classi di età	
50- 59	85,4%
60 -69	86,0%
Stato civile	
coniugata	89,7%
non coniugata	73,9%
Convivenza	
si	87,1%
no	81,0%
Istruzione*	
bassa	83,3%
alta	94,7%
Difficoltà economiche	
sì	81,6%
no	92,7%

^oin assenza di segni o sintomi

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

Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale (al di fuori di questo)?

- Si considera rientrano nel programma di *screening "organizzato"* tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni *senza pagare*, mentre si parla di programma di *"prevenzione individuale"* nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

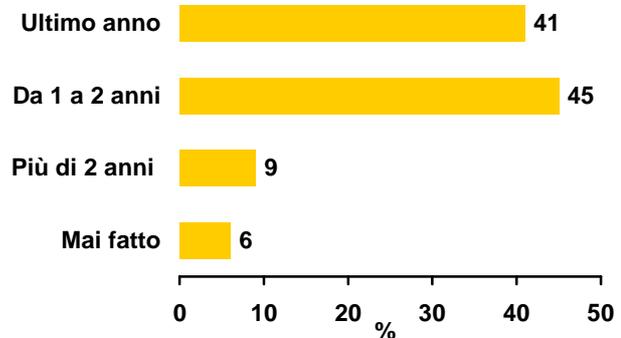
Tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 61,8% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 23,6% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

* La campagna di screening prevede la Mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50-69 anni

- Rispetto all'ultima Mammografia:
 - il 40,7% delle donne di 50-69 anni ha riferito di averla effettuata nell'ultimo anno,
 - il 45,1% da uno a due anni,
 - l'8,8% da più di due anni.
- Il 5,5% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

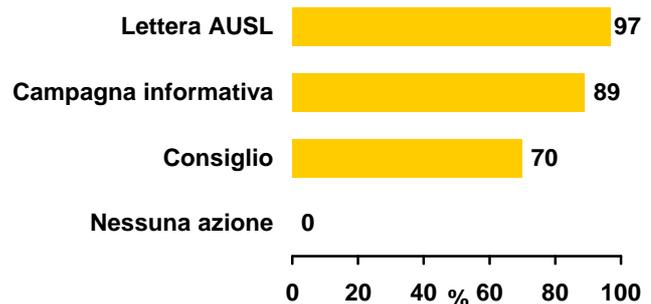
Periodicità di esecuzione della Mammografia AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=91)



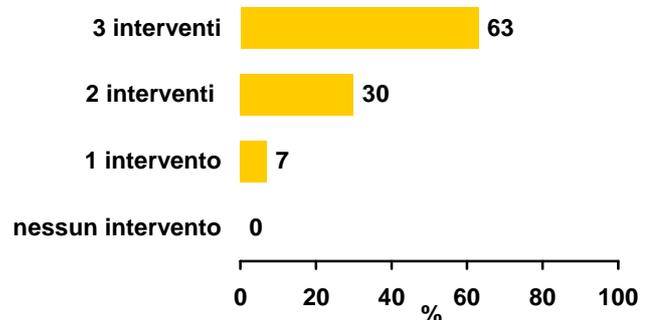
Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nell'AULSS 18:
 - il 96,7% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AULSS,
 - l'88,9% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
 - il 69,7% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.
- Il 62,9% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dell'esame mammografico considerati (lettera da parte dell'ULSS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 30,3% da due interventi ed il 6,7% da uno solo: tutte le donne hanno quindi ricevuto almeno uno degli interventi di promozione considerati.

Promozione della Mammografia AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=91)



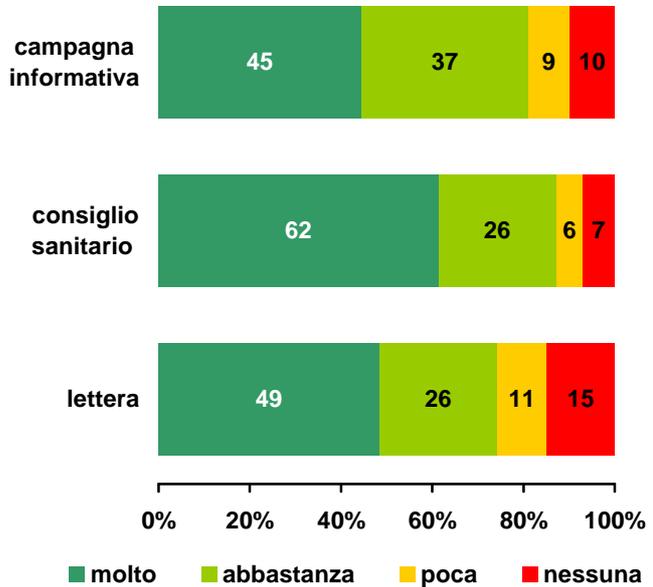
Interventi di promozione dell'ultima Mammografia AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=89)



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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto *la lettera* da parte dell'AULSS:
 - il 75,0% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (48,7% molta e 26,3% abbastanza),
 - il 10,5% poca influenza,
 - il 14,5% nessuna influenza.
- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto *il consiglio di un operatore sanitario*:
 - l'87,3% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (61,8% molta e 25,5% abbastanza),
 - il 5,5% poca influenza,
 - il 7,3% nessuna influenza.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una *campagna informativa*:
 - l'81,7% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (45,1% molta e 36,6% abbastanza),
 - l'8,5% poca influenza,
 - il 9,9% nessuna influenza.

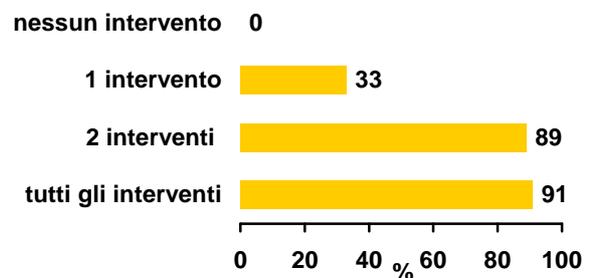
Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia
AULSS 18 - PASSI 2008-09



Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- Nell'AULSS 18 nessuna donna di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni non è stata raggiunta da alcun intervento di promozione, mentre la percentuale tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione è stata del 90,9%.

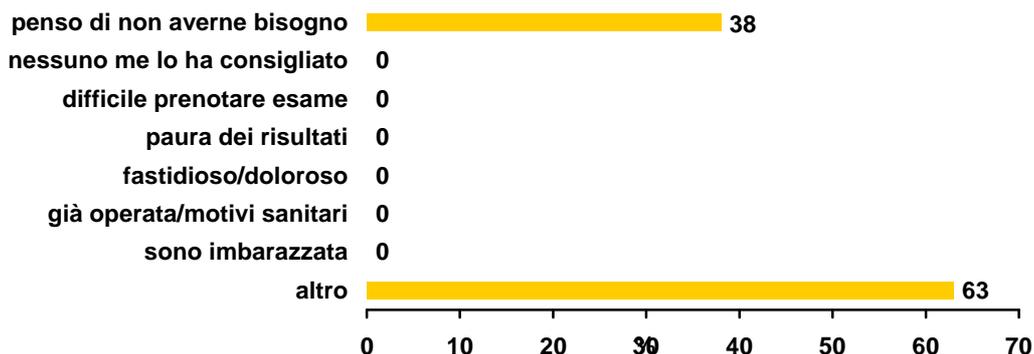
Interventi di promozione ed effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni
AULSS 18 - PASSI 2008-09



Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventiva?

- Nell'AULSS 18 il 14,3% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuata la Mammografia (5,5%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (8,8%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 37,5% ritiene, infatti, di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=8 esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" pari al 20,0%)



Confronto con dati regionali e nazionali

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50-69 anni) (% - IC 95%) - Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	81,5 (78,7-84,2)	68,3 (67,0-69,7)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	60,4 (57,0-63,8)	50,0 (48,6-51,4)
Donne che hanno effettuato il test spontaneamente	20,6 (17,8-23,5)	17,9 (16,7-19,0)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'AULSS	82,7 (80,0-85,3)	62,6 (61,5-63,7)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore	66,6 (63,5-69,7)	63,7 (62,3-65,2)
Donne che hanno visto una campagna informativa	70,5 (67,6-73,3)	70,1 (68,8-71,4)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di		
lettera dell'AULSS	77,3	79,7
consiglio dell'operatore	87,1	87,5
campagna comunicativa	78,0	74,8
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'AULSS, campagna comunicativa)		
0 interventi	49,3 (28,1-70,5)	27,2 (21,9-32,4)
1 intervento	74,0 (66,5-81,5)	52,6 (49,1-56,1)
2 interventi	80,0 (75,0-85,0)	73,6 (71,2-76,0)
tutti e 3 gli interventi	88,9 (85,7-92,0)	83,0 (81,3-84,8)

Conclusioni

Nell'AULSS 18 la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia è elevata (86%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva in questa popolazione, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (62%) sia della quota di adesione spontanea (24%), in questo screening molto meno rilevante rispetto a quello della cervice uterina.

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (78%) rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

Nel 2008-2009 il 5,5% delle donne è risultata essere *non coperta* rispetto all'effettuazione dell'esame "preventivo"; questa stima corrisponde a circa 1.300 donne di 50-69 anni.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; 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: oltre il 50% delle donne li giudica molto importanti per l'esecuzione della Mammografia e tra le donne raggiunte da questi 3 interventi la percentuale di effettuazione dell'esame supera il 90%.

Circa 4 donne su 10 ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso (vista la periodicità biennale dell'esame).

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità non specificata di fattori, mentre una non corretta percezione del rischio che sembra giocare il ruolo principale (38% "penso di non avere bisogno").

L'età media della prima Mammografia rilevata è di media 37 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie 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 a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

Nel 2008 in Veneto il Registro Tumori stima circa 200 nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero. Dai dati di mortalità forniti dal SER in Veneto sono stati 13 i morti nel 2008, nessuno nell'ULSS 18.

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2007 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 12 milioni (72% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

A fine 2008 il programma di screening citologico era a regime in tutte le 21 Aziende ULSS della regione con una popolazione target di oltre 1.330.000 soggetti, le donne invitate sono state complessivamente 341.000, pari al 73% dell'obiettivo annuale.

La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

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

- Nell'AULSS 18, circa il 90% 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:
 - nelle fasce 35-49 e 50-64 anni,
 - nelle donne coniugate e conviventi,
 - con alto livello d'istruzione,
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) AULSS 18 – PASSI 2008-09 (n=189)	
Caratteristiche	Donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni°
Totale	89,9% (IC95% 84,7-93,8)
Classi di età	
25 - 34	86,1%
35 - 49	90,4%
50 - 64	91,4%
Stato civile	
coniugata	93,0%
non coniugata	83,6%
Convivenza	
convivente	92,6%
non convivente	91,9%
Istruzione*	
bassa	87,8%
alta	91,9%
Difficoltà economiche	
sì	85,6%
no	94,5%

°in assenza di segni o sintomi

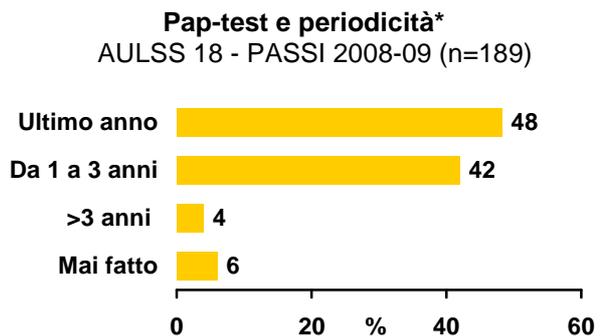
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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*” e nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.
- Tra le donne intervistate di 50-69 anni nell'AULSS 18, il 51,3% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di *screening organizzato*, mentre il 38,5% l'ha effettuato come *prevenzione individuale*.

Qual è la periodicità* di esecuzione del Pap-test?

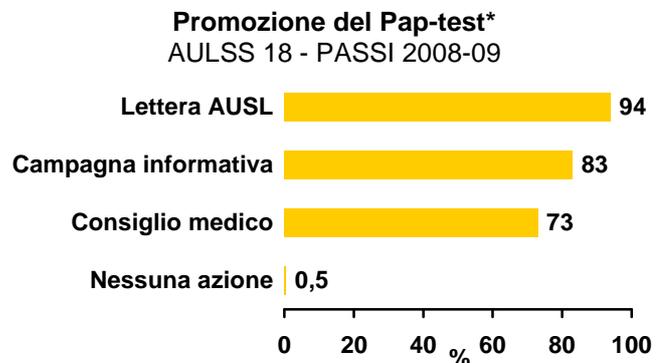
- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 47,6% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
 - il 42,3% da uno a tre anni,
 - il 3,7% da più di tre anni.
- Il 6,3% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.



* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25-64 anni.

Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

- Nell'AULSS 18:
 - il 94,1% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AULSS,
 - l'83,2% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
 - il 73,1% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.
- Solo lo 0,5% non ha ricevuto alcuna informazione, il 60% li ha ricevuti tutti e 3.

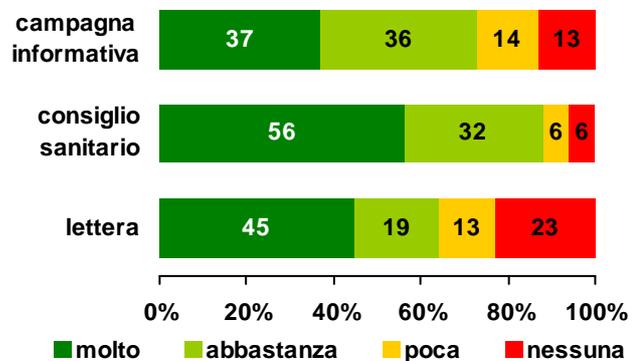


* (escluse le donne con asportazione dell'utero)

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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la *lettera di invito* da parte dell'AULSS:
 - il 64,0% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (44,7% molta e 19,3% abbastanza),
 - il 13,0% poca influenza,
 - il 23,0% nessuna influenza.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test
AULSS 18 - PASSI 2008-09

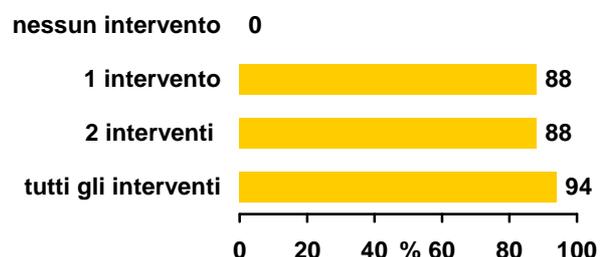


- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il *consiglio di un operatore sanitario*:
 - l'88,0% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (56,0% molta e 32,0% abbastanza),
 - il 6,4% poca influenza,
 - il 5,6% nessuna influenza.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una *campagna informativa*:
 - il 72,7% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (37,1% molta e 35,7% abbastanza),
 - il 14,0% poca influenza,
 - il 13,3% nessuna influenza.

Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nell'AULSS 18 la percentuale di donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è pari a 0% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 93,7% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.

Interventi di promozione e effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni
AULSS 18 - PASSI 2008-09

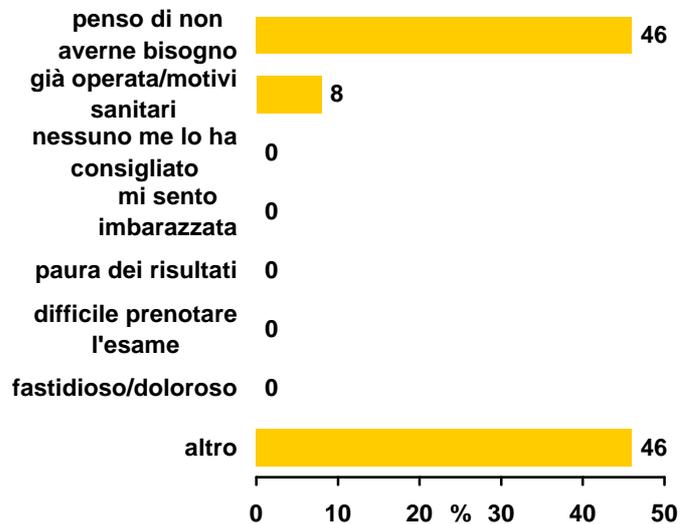


Perché non è stato effettuato il Pap-test a scopo preventivo?

- Nell'AULSS 18 il 10,0% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (6,3%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (3,7%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 37,5% ritiene infatti di non averne bisogno (sono compresi i non so/non ricordo).

Motivazione della non effettuazione del Pap-test secondo le linee guida

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=13 sono esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" che sono il 18,8%)



Confronto con dati regionali e nazionali

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	83,5 (81,8-85,2)	72,9 (72,0-73,8)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	42,4 (40,2-44,5)	36,0 (35,1-36,9)
Donne che hanno effettuato il test spontaneamente	41,0 (38,8-43,1)	36,5 (35,5-37,4)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'AULSS	73,7 (71,7-75,7)	53,3 (52,5-54,1)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore	65,8 (63,7-68,0)	61,4 (60,4-62,4)
Donne che hanno visto una campagna informativa	64,4 (62,3-66,4)	64,8 (63,8-65,7)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di		
lettera dell'AULSS	67,0	70,4
consiglio dell'operatore	81,6	83,2
campagna comunicativa	72,1	70,1
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'AULSS, campagna comunicativa)		
0 interventi	54,2 (43,8-64,5)	40,1 (36,3-43,9)
1 intervento	78,4 (74,0-82,8)	65,8 (63,6-67,9)
2 interventi	87,8 (85,3-90,4)	81,1 (79,7-82,5)
tutti e 3 gli interventi	92,6 (90,6-94,5)	87,3 (86,1-88,6)

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'AULSS 18 la copertura "stimata" della interviste nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (90%) è elevata e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di *screening organizzati* (51%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (39%).

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (58%) rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; 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: due terzi delle donne li giudica infatti molto/abbastanza importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

Circa 1 donna su 2 ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli non sempre appropriati degli operatori sanitari.

La non effettuazione dell'esame pare associata soprattutto alla non corretta percezione del rischio ("penso di non averne bisogno") che sembra giocare il ruolo determinante, anche se una buona percentuale non spiega i motivi o "non sa/non ricorda".

Diagnosi precoce delle neoplasie del 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%) e sono a livello europeo in costante aumento. 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 2009 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del colon-retto siano stati circa 4.000 (2.260 maschi, 1.740 femmine) (nel 2007 erano circa 3.800). I decessi per tale causa nel 2008 sono stati 1.491 (782 maschi, 709 femmine) (nel 2007 1.708 di cui 898 maschi e 810 femmine).

Nell'Azienda ULSS 18 i morti per tumori del colon-retto-ano nel 2008 sono stati 73 (46 maschi, 27 femmine) ("Mortalità nella Regione veneto-Anno 2008" SER).

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la *ricerca di sangue occulto nelle feci* e la *colonscopia*; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali, secondo le Linee Guida, la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) nelle persone nella fascia 50-69 anni ogni 2 anni 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 51,4% della popolazione target (circa 6 milioni).

Alla fine del 2008, nel Veneto, lo screening coloretale era attivo in 18 Azienda Sanitarie su 21 ed ha coinvolto il 75% dei residenti di 50-69 anni, è stato invitato il 66,5% della popolazione obiettivo annua con una adesione del 63%.

Nell'AULSS 18 i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto, iniziati nel 2005, sono a regime dal 2007 e nel 2008 hanno coinvolto circa 45.000 persone (oltre il 30% della popolazione di più di 18 anni) con oltre 21.500 inviti ed una adesione corretta del 46,7%. Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

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

- Nell'AULSS 18 circa il 52% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali, in accordo con le Linee Guida.
La copertura *stimata* è superiore al livello di copertura "accettabile" (45%) ma lontana da quello "desiderabile" (65%).
- Il 47% ha riferito di aver eseguito la ricerca SOF negli ultimi 2 anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni, nelle donne e nelle persone senza difficoltà economiche.
- Il 5% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 50-59 anni e nelle persone con difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=177)

Caratteristiche	SOF°	Colonscopia°
Totale	46,9% (IC95% 39,3-54,5)	5,1% (IC95% 2,4-9,4)
Classi di età		
50 - 59	41,9%	6,4%
60 - 69	52,4%	3,6%
Sesso		
uomini	42,4%	4,9%
donne	51,1%	5,5%
Istruzione *		
bassa	48,3%	4,9%
alta	43,6%	5,5%
Difficoltà economiche		
sì	41,5%	4,2%
no	53,8%	6,2%

°in assenza di segni o sintomi

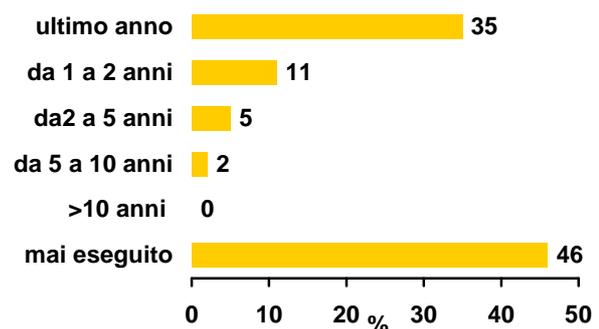
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 35,4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
 - l'11,4% da uno a due anni,
 - il 4,6% da due a cinque anni,
 - il 2,3% da cinque a dieci anni,
 - nessuno da più di dieci anni
- Il 46,3% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

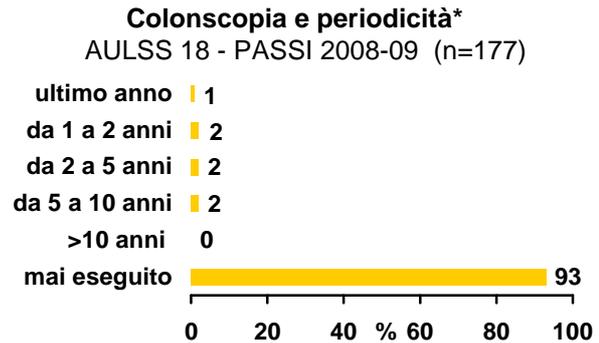
Sangue occulto e periodicità*

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=177)



* La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 50-69 anni.

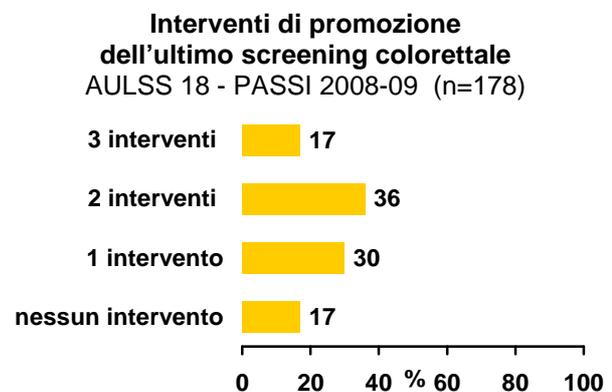
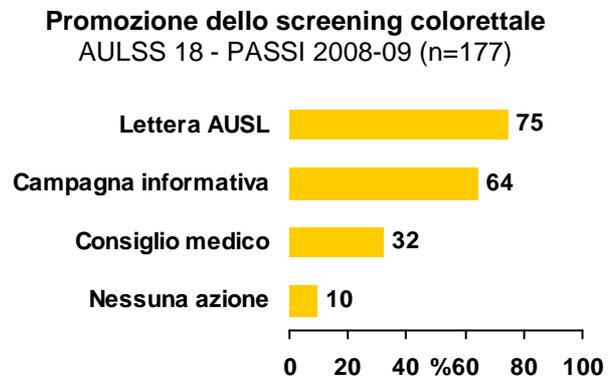
- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - l'1,1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
 - l'1,7% da uno a due anni,
 - il 2,3% da due a cinque anni,
 - l'1,7% da cinque a dieci anni,
 - nessuno da più di dieci anni.
- Il 93,2% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.



* La campagna di screening prevede l'esecuzione della colonscopia ogni 5 anni nella fascia d'età di 50-69 anni.

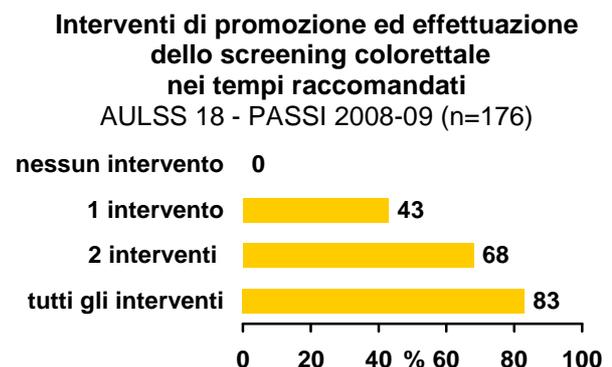
Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nell'AULSS 18:
 - il 65,0% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AULSS,
 - il 56,7% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
 - il 32,0% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.
- Il 16,8% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 36,3% da due interventi di promozione ed il 29,6% da un solo intervento.
- Il 17,3% non ha riferito alcun intervento di promozione.



Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening coloretale?

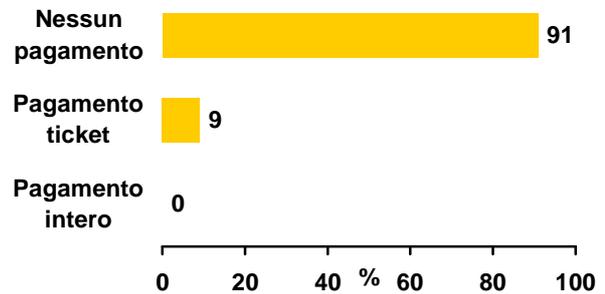
- Nell'AULSS 18 tra le persone di 50-69 anni non raggiunte da interventi di promozione nessuna ha effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati; l'adesione aumenta progressivamente con il numero di informazioni ricevute, fino all'83% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

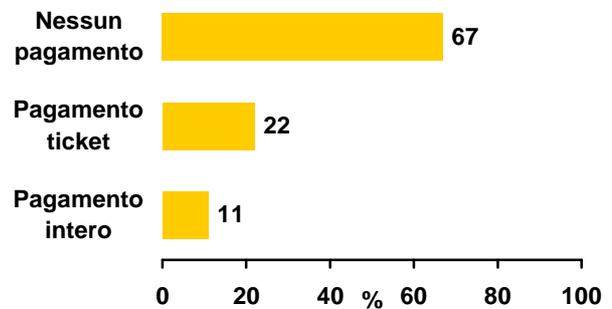
- Nell'AULSS 18 il 91,4% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; l'8,6% ha pagato solamente il ticket e nessuno l'intero costo dell'esame.

Costi della ricerca di Sangue occulto
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=81)



- Il 66,7% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 22,2% ha pagato esclusivamente il ticket e l'11,1% l'intero costo dell'esame.

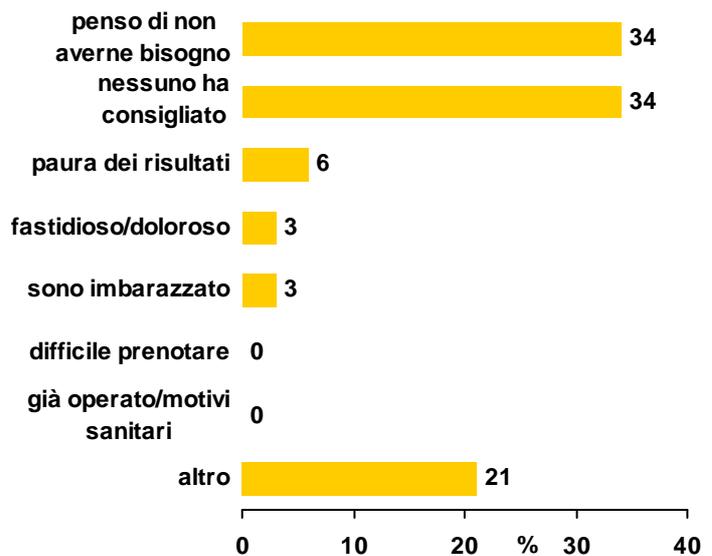
Costi della Colonscopia
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=9)



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

- Nell'AULSS 18 il 39,7% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore colorettale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio (il 33,8% ritiene infatti di non averne bisogno) e il fatto che nessuno ha consigliato l'effettuazione dell'esame (33,8%) sembrano giocare il ruolo principale.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto
AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=68)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (1,4%)

Confronto con dati regionali e nazionali

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni) (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	42,5 (40,4-44,5)	23,0 (22,3-23,6)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	12,4 (10,7-14,0)	9,5 (8,8-10,1)
Ha ricevuto la lettera dell'AULSS	52,4 (50,6-54,2)	28,7 (28,2-29,3)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	31,8 (29,7-33,9)	26,3 (25,4-27,3)
Ha visto una campagna informativa	51,8 (49,6-54,0)	40,7 (39,7-41,7)
Persone che hanno eseguito test per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'AULSS, campagna comunicativa)		
0 interventi	13,1 (9,5-16,7)	5,2 (4,5-5,9)
1 intervento	44,7 (40,3-49,1)	32,0 (30,1-33,9)
2 interventi	79,0 (75,5-82,5)	68,4 (66,3-70,5)
tutti e 3 gli interventi	85,9 (82,0-89,8)	77,3 (74,7-79,8)

Conclusioni

Nell'AULSS 18 nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale si è già raggiunto un livello *stimato* di copertura "accettabile" (52%) nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di miglioramento: infatti circa 1 persona su 2 nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto mentre 1 su 9 ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I programmi di screening organizzati prevedono a livello locale campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di Medici di Medicina Generale e degli operatori di Sanità Pubblica per incrementare l'adesione della popolazione invitata.

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.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime tre campagne antinfluenzali (2006-07/2007-08/2008-09)?

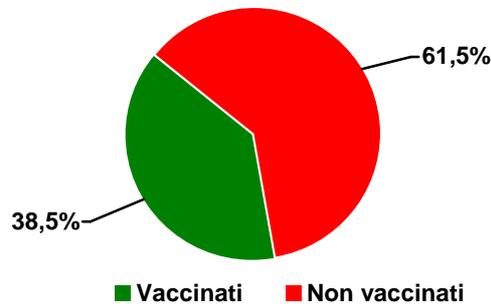
- Nell'AULSS 18 il 15% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagne antinfluenzali 2006-07/2007-08/2008-09.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 38,5%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni,
 - nelle donne,
 - nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche,
 - nelle persone con almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)	
AULSS 18 - PASSI (n=119)	
Caratteristiche	Vaccinati
Totale	15,1% (IC95% 13,6-18,5)
Classi di età	
18-34	11,1%
35-49	16,3%
50-64	17,5%
Sesso	
uomini	13,1%
donne	17,2%
Istruzione*	
bassa	20,4%
alta	10,8%
Difficoltà economiche	
sì	20,2%
no	9,4%
Patologie severe°	
almeno una	38,5%
assente	12,3%

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

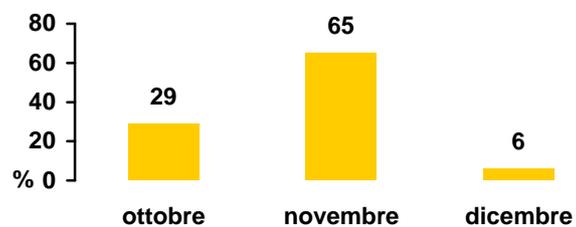
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**Vaccinazione antinfluenzale 2006-07/2007-08/2008-09
in persone di 18-64 anni
con almeno una patologia cronica
AULSS 18 - PASSI (n=13)**



- Nell'AULSS 18 la maggior parte (64,7%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre.

**% di persone di 18-64 anni vaccinate
per l'influenza per mese
AULSS 18 - PASSI (n=17)**



Confronto con dati regionali e nazionali

Vaccinazione antinfluenzale (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Vaccinati 18-64 (campagna antinfluenzale 2007-08)	13,3 (11,8-14,8)	12,8 (12,2-13,4)
Vaccinati 18-64 con almeno 1 patologia	25,4 (20,5-30,3)	31,8 (29,6-34,1)

Conclusioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate nelle categorie a rischio.

Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Veneto hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone maggiori di 64 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle AULSS è prossima al 70% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nell'AULSS 18 nelle persone minori di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato (75%): si stima infatti che solo circa 1 persona su 3 si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio: una maggiore adesione alla vaccinazione in questo gruppo comporterebbe un importante guadagno di salute.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

La strategia che si è mostrata 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.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nell'AULSS 18 il 57% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
 - nella fascia di età 25-34 anni (67%),
 - con alto livello d'istruzione,
 - senza difficoltà economiche.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 aa) AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=147)

Caratteristiche	Vaccinate
Totale	57,1% (IC95% 48,7-65,3)
Classi di età	
18-24	57,1%
25-34	66,7%
35-49	53,0%
Istruzione*	
bassa	51,2%
alta	59,4%
Difficoltà Economiche	
sì	53,5%
no	60,5%

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

Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nell'AULSS 18 il 62% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (57,5%),
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeo-test positivo (5%).
- Lo 0,7% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione,
 - ha riferito un rubeo-test negativo.
- Nel rimanente 37% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)

AULSS 18 - PASSI 2008-09 (n=147)

Caratteristiche	Vaccinazione e immunità
Immuni	62,3% (IC95% 53,5-69,8)
Vaccinate	57,5%
Non vaccinate con rubeo-test +	4,8%
Suscettibili / stato sconosciuto	37,7%
Non vaccinate; rubeo-test-Non vaccinate;	0,7%
rubeo-test effettuato ma risultato sconosciuto	2,1%
Non vaccinate; rubeo-test non effettuato/non so se effettuato	34,9%

Confronto con dati regionali e nazionali

Vaccinazione antirosolia (% - IC 95%) – Anno 2009	Veneto	Pool AULSS italiane
Donne vaccinate (18-49 anni)	60,5 (58,0-63,0)	33,3 (32,3-34,3)
Donne (18-49 anni) suscettibili ¹	31,2 (28,8-33,5)	43,1 (42,0-44,2)

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'AULSS 18 si stima che oltre 1 donna in età fertile su 3 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 medicina generale, ginecologi ed ostetriche) a anche con interventi di catch-up promossi dai servizi vaccinali.

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

APPENDICE

Metodologia

Monitoraggio

Bibliografia

Metodologia

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza di popolazione su base locale, con valenza anche regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello territoriale da operatori delle ULSS tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Popolazione di studio

La *popolazione di studio* è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, periodicamente aggiornate.

I *criteri di inclusione* nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza e la disponibilità di un recapito telefonico.

I *criteri di esclusione* sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Le persone da intervistare sono selezionate in maniera casuale, estraendo dalle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ULSS, trimestralmente, un campione stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni).

A *livello regionale* hanno aderito allo studio 19 delle 21 Aziende presenti su territorio.

A *livello nazionale*, tutte le regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza. per questo motivo è esclusa la Calabria, la Sardegna e la Lombardia partecipano solo con una parte delle ASL, in altre regioni sono state escluse alcune singole ASL.

Interviste

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte nella nostra AULSS dal personale sanitario di SISP, SPISAL e SIAN del Dipartimento di Prevenzione nel biennio 2008-2009 (ottobre 2008–dicembre 2009), con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

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.

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

La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo che con interviste effettuate con il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview).

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

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

Analisi delle informazioni

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

Monitoraggio

Report di monitoraggio del sistema - Anni 2008-2009

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza PASSI si utilizzano alcuni indicatori di processo standard internazionali (tassi di risposta, di rifiuto, di sostituzione, ecc.).

Tasso di eleggibilità

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate, cioè gli individui campionati di 18-69 anni, residenti nei comuni di riferimento dell'ASL, in grado di sostenere l'intervista, sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità.

Tasso di risposta

Questo indicatore misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistate e no). Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

Tasso di rifiuto

E' prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a rispondere all'intervista, per cui viene registrata come un rifiuto e sostituita. Questo indicatore misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili.

Tasso di sostituzione

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili. Riassume in un unico indicatore il tasso di rifiuto e quello di non reperibilità. Coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili vengono sostituiti da un individuo campionato, appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

Tasso di non reperibilità

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili. Si considerano "non reperibili" le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).

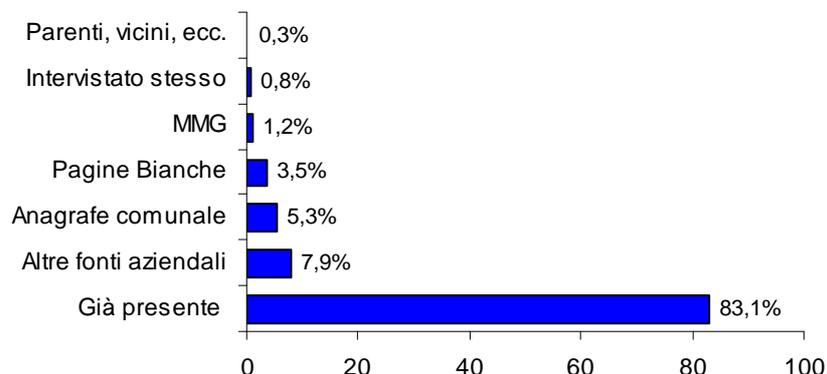
La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di monitoraggio:

	Tasso di eleggibilità		Tasso di risposta		Tasso di rifiuto		Tasso di sostituzione		Tasso di non reperibilità	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ULSS 18	95,8	95,8	81,1	90,8	16,0	2,8	18,9	9,2	3,0	6,3
Veneto	96,0	96,0	97,9	88,9	8,7	7,4	12,1	11,1	3,4	3,6
Pool nazionale	95,4	95,7	86,7	87,7	9,4	9,1	13,3	12,3	3,9	3,2

Modalità di reperimento del numero telefonico

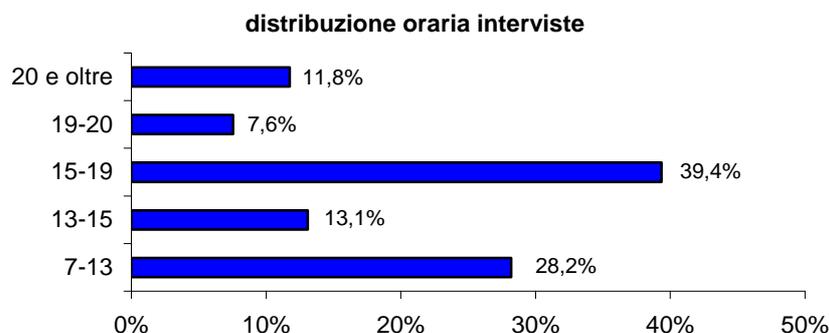
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di una alta percentuale di "senza telefono rintracciabile".

I dati riportati sono una media degli anni 2008 e 2009.



Distribuzione oraria e settimanale delle interviste (media anni 2008 e 2009)

Solo il 4,6% delle interviste sono state effettuate nei giorni non lavorativi (sabato, domenica e festivi) mentre le interviste svolte in orario serale sono state il 19%.



Durata media dell'intervista

La durata media delle interviste è stata di 20 minuti, simile al dato sia regionale che nazionale.

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
 - Ministero della Salute: Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007
 - Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:
http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
 - D.W.Hosmer, S.Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley,2000
 - Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del Sistema di sorveglianza PASSI: Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) Rapporto ISTISAN 07/30, disponibile presso il sito internet dell'ISS (www.iss.it)
 - CCM, ISS, Regione del Veneto: Sistema di sorveglianza PASSI - Rapporto regionale 2007 Veneto, disponibile sul sito internet della Regione del Veneto
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/>
- Salute e qualità di vita percepita**
- Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT, Anno 2003
 - CDC - Healthy days methods 1989
 - Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005
- Sintomi di depressione**
- "Strengthening mental health promotion". WHO – Geneva
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
 - "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005
(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
 - "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005
(<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
 - "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005
(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)
 - "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - European Neuropsychopharmacology. 15 (2005): 357-376
 - "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH ("European Study on the Epidemiology of Mental Disorders", realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health Survey Iniziative)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi:
<http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)
- Attività fisica**
- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzawaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
 - Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
 - Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
 - U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996
<http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
 - Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf
 - Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
 - Healthy People 2010 www.healthypeople.gov
 - Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
 - Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile nel sito
http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
 - Ministero della Salute – Programma "Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari"
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
 - OMS 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf

Alimentazione

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

Alcol

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

Fumo

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

Sicurezza stradale

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362:9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)
- Rapporto incidenti stradali 2007 ISTAT-ACI
http://www.istai.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf

Sicurezza domestica

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

Diagnosi precoce oncologica

- Osservatorio Nazionale Screening Sesto rapporto
- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" –2002
- ISTAT La mortalità per causa nelle regioni italiane 2000-2002 www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Regione Veneto Assessorato alle Politiche Sanitarie-Istituto Oncologico Veneto – Registro Tumori Veneto: programmi di screening oncologici del Veneto- Rapporto 2008

Monitoraggio

1. The American Association for Public Opinion Research. 2006. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition.
2. ISTAT 2006. La rilevazione sulle forze di lavoro: contenuti, metodologie, organizzazione, in Metodi e Norme n. 32.
3. Smith, Tom W. 2003. A Review of Methods to Estimate the Status of Cases with Unknown Eligibility, Report of the Standard Definitions Committee for the American Association for Public Opinion Research.