

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto 2007 / 08

Azienda ULSS n. 3





La redazione del documento è stata curata da:

Maria Caterina Bonotto, Marilena Vellar (Dipartimento di Prevenzione – AULSS 3 Bassano)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Giovanna Frison,

(Direzione Regionale per la Prevenzione - Regione Veneto)

Francesca Russo

(Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione Regionale per la Prevenzione - Regione Veneto)

I componenti del Gruppo Tecnico Regionale: Gianstefano Blengio, Stefano Campostrini, Edoardo Chiesa, Adolfo Fiorio, Guglielmo Frapporti, Riccardo Galesso, Giovanni Gallo, Enrico Massa, Federica Michieletto, Silvia Milani, Mauro Ramigni, Massimo Valsecchi

- a livello dell'AULSS 3: Coordinatore Aziendale e Intervistatori

Manuela Mazzetto,	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
Elena Alessio	
Lucia Costa	
Sonia Refosco	
Daniela Rebeschini	
Rosella Rigoni	
Elena Scalco	
Marilena Vellar	

**Dati per il campionamento
trimestrale**

Francesca Piazza	CED
------------------	-----

Si ringrazia la Direzione Strategica Aziendale, il Servizio per il Sistema Informatico e l'Ufficio Qualità e Formazione che hanno reso possibile l'avvio e l'implementazione del Sistema di Sorveglianza a livello locale.

Si ringraziano i Sindaci dei Comuni dell'ULSS 3 ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

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

Introduzione

Questo rapporto presenta i risultati del Sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) nella Azienda Sanitaria ULSS 3 a un anno dalla sua attivazione. PASSI, nato dalla cooperazione tra il Ministero della Salute e le Regioni, a livello locale è frutto dell'impegno degli operatori del Dipartimento di Prevenzione e della collaborazione dei cittadini.

Il Sistema di sorveglianza ha lo scopo di monitorare in modo continuativo sia le abitudini di vita che influiscono sulla salute (inadeguata alimentazione, sedentarietà, fumo, alcool, ecc.) sia la diffusione e gli effetti degli interventi di prevenzione offerti dal Servizio Sanitario (screening oncologici, carta del rischio cardiovascolare, vaccinazioni, ecc.). Le informazioni sono raccolte mediante interviste telefoniche a un campione rappresentativo di residenti nei Comuni dell'ULSS 3 di età tra i 18 e i 69 anni e consentono di descrivere in modo attendibile le condizioni di salute e gli stili di vita della nostra comunità e di seguirne l'evoluzione nel tempo.

Se si considera che circa l'85% dei decessi nella Regione Europea (dati OMS) sono dovuti alle malattie croniche (malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, malattie muscoloscheletriche, problemi di salute mentale) e ai tumori e che i comportamenti e le abitudini individuali hanno in questo un ruolo determinante, risulta evidente l'importanza di proporre attivamente ai cittadini, come intervento prioritario di sanità pubblica, l'adozione di stili di vita che favoriscono la salute, monitorando poi nel tempo l'efficacia di queste iniziative.

Sulla base delle evidenze fornite da PASSI questa Azienda Sanitaria sarà in grado di intervenire in modo mirato in quegli ambiti che presentano ancora delle criticità e per i quali esistono sicuramente ampi margini di miglioramento se si adottano le strategie appropriate (si pensi ad esempio al counseling sul fumo e sull'alcol, alla promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica, all'uso della carta del rischio cardiovascolare, alla promozione dell'adesione alle vaccinazioni, ecc.). È un obiettivo ambizioso, che può essere raggiunto solo con la partecipazione attiva di tutti i Servizi aziendali e in stretta collaborazione con i medici e i pediatri di famiglia.

Il Direttore Generale
dr. Valerio Alberti

INDICE

Pagina

INTRODUZIONE DEL DIRETTORE GENERALE	5
OBIETTIVI	11
METODI	15
SINTESI DEL RAPPORTO	17
TABELLA RIASSUNTIVA	19
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	29
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	33
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese e limitazione delle attività	
Conclusioni e raccomandazioni	
ATTIVITÀ FISICA	37
Quanti attivi fisicamente e quanti sedentari	
Chi fa poca o nessuna attività fisica	
Promozione attività fisica	
Percezione del proprio livello di attività fisica	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINE AL FUMO	41
Distribuzione dell'abitudine al fumo	
Caratteristiche dei fumatori	
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	
Consigli sullo smettere di fumare	
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	
L'abitudine al fumo in ambito domestico	
L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici	
Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	
Conclusioni e raccomandazioni	
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	49
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Come considerano il loro peso	
Come considerano la propria alimentazione	
Consigli di perdere peso	
Consigli di fare attività fisica	
Chi ha cambiato peso nell'ultimo anno	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINI ALIMENTARI	57
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
Conclusioni e raccomandazioni	

CONSUMO DI ALCOL	61
Quante persone consumano alcol	
Quanti sono i bevitori a rischio	
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	
Conclusioni e raccomandazioni	
SICUREZZA STRADALE	67
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano in stato di ebbrezza	
Conclusioni e raccomandazioni	
INFORTUNI DOMESTICI	71
Quale è la percezione del rischio	
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni	
Adozione di misure per rendere l'abitazione più sicura	
Conclusioni e raccomandazioni	
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	75
IPERTENSIONE ARTERIOSA	75
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA	79
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Conclusioni e raccomandazioni	
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO	82
CARDIOVASCOLARE	
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	85
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	87
Quante donne sono vaccinate per la rosolia	
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	89
Quante hanno eseguito un Pap test	
Periodicità di esecuzione del Pap test	
Consigliato il Pap test	
Percezione dell'influenza della promozione del Pap test	
Efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test	
Costo ultimo Pap test	
Motivi nel non aver effettuato il Pap test	
Conclusioni e raccomandazioni	

DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	95
Quante hanno eseguito una mammografia	
Periodicità di esecuzione della mammografia	
Consigliata la mammografia	
Percezione dell'influenza della promozione della mammografia	
Efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia	
Costo ultima mammografia	
Motivi nel non aver effettuato la mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO	101
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon-retto	
Conclusioni e raccomandazioni	
SINTOMI DI DEPRESSIONE	103
Chi riferisce i sintomi di depressione	
Conseguenze dei sintomi di depressione	
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	
Conclusioni e raccomandazioni	
MONITORAGGIO	107
BIBLIOGRAFIA	109

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione dell'AULSS 3 di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi su programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione delle misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

-

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte all' Anagrafe Sanitaria dell' Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 3 della Regione Veneto, periodicamente aggiornata. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell' AULSS e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il sistema di sorveglianza PASSI è nato soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle AULSS, il campionamento deve garantire quindi la rappresentatività a livello aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è il campionamento stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) ed è direttamente effettuato dall' Anagrafe Sanitaria dell' AULSS. Il protocollo dello studio prevede inoltre che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna AULSS, sia di 25 unità. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irreperibili o che non desiderano partecipare all'indagine.

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

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

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

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

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

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AULSS. Sono stati informati tramite lettera anche e i loro Medici di Medicina Generale, e i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da personale del Dipartimento di Prevenzione dal mese di luglio 2007 a marzo 2008, con cadenza mensile (luglio e agosto sono

stati considerati come un'unica mensilità). Complessivamente sono state condotte 232 interviste telefoniche.

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

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

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

Analisi delle informazioni

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

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle AULSS della regione partecipanti al sistema PASSI nel 2007.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle sei province partecipanti, introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per alcuni indicatori si presentano inoltre le figure con i valori regionali del Pool PASSI 2007.

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Sintesi del rapporto Azienda ULSS 3

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: nella AULSS 3 della Regione Veneto, da luglio 2007 a marzo 2008, è stato intervistato un campione casuale di 232 persone, selezionato dalla lista della anagrafe sanitaria dell'Azienda. Il 51% del campione è rappresentato da donne ed il 49% da maschi. L'età media degli intervistati è di 44 anni, la metà di loro ha un livello di istruzione alto e il 72% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: il 74% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, il 52% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: è completamente sedentario il 16% del campione, il 34% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di fare attività fisica.

Abitudine al fumo: il 25% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex fumatori hanno smesso di fumare da soli e solo l'1% dichiara di avere avuto aiuto da parte di un operatore sanitario. Alla domanda se viene rispettato il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, rispondono che viene rispettato per il 78% nei locali pubblici e per l'82% nei luoghi di lavoro. L'82% riferisce, inoltre, che non si fuma in casa e il 14% solo in determinate situazioni o luoghi della casa.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il 28% del campione aziendale intervistato è sovrappeso ed il 7% è obeso, di questi il 36% considera il suo peso giusto. Tra le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta il 13% e il 76% di loro riferisce di praticare una attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso anche se solo l'8% aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

Consumo di alcol: il 78% degli intervistati ha riferito di consumare bevande alcoliche, i bevitori considerati a rischio sono il 27% del campione. Il 13% è bevitore "binge" e tale abitudine è più diffusa tra i giovani (18-34 anni), il 15% beve fuori pasto e il 6% è un forte bevitore. Gli operatori sanitari si informano delle abitudini dei loro pazienti solo in un caso su 4 e raramente consigliano di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta non del tutto soddisfacente, il 91% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo nel 34% degli intervistati.

Tra gli intervistati che dichiarano di avere bevuto e guidato nel mese precedente l'intervista il 25% dichiara di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol, inoltre, il 17% dichiara di essere salito in auto o moto con chi aveva bevuto.

Infortuni domestici: nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: l'88% degli intervistati, infatti ritiene questo rischio basso o assente. L'informazione ricevuta sugli infortuni domestici è bassa (solo il 27%) anche in presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio (anziani e bambini).

Vaccinazione antinfluenzale: l'intervista aveva come scopo la valutazione dell'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti con patologie croniche, tuttavia la bassa numerosità del nostro campione non ci permette ancora alcuna considerazione.

Vaccinazione antirosolia: il numero di donne 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 28%.

Rischio cardiovascolare: il 27% degli intervistati riferisce di essere iperteso di questi, il 64% è in terapia farmacologica; l'11% degli intervistati non ha mai effettuato la rilevazione della pressione arteriosa.

Il 26% riferisce di essere ipercolesterolemico, il 12% degli ipercolesterolemici effettua un trattamento farmacologico.

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici, solo il 12% degli ultracinquantenni intervistati riferisce che il proprio medico ha effettuato la misurazione del rischio cardiovascolare.

Sintomi di depressione: nella nostra ASL l'11% delle persone riferisce di avere avuto sintomi di depressione.

Screening neoplasia del collo dell'utero: il 72% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap-test negli ultimi tre anni come raccomandato. Il 48% l'ha effettuato nell'ultimo anno e il 55% ha pagato il costo dell'esame o il ticket, questo significa che c'è un numero consistente di donne che lo effettua con frequenza superiore a quanto previsto dallo screening oppure lo effettua privatamente.

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

Screening tumore del colon retto: solo il 18% degli ultracinquantenni riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon rettali in accordo alle linee guida, nella nostra ASL il programma di screening per il tumore del colon retto è in fase di avvio.

Tabella riassuntiva

Sistema di sorveglianza PASSI 2007

Campione nazionale n=21498, regionale n=3219, ASL 3 n=232

Che cos'è il sistema di sorveglianza Passi?

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

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

Risultati

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

Descrizione del campione

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Numerosità	232	3219	21498
Uomini	49.1	50.6	49.6
Donne	50.9	49.4	50.4
Età media	44 anni	44 anni	43 anni
18-34	30.2	30.4	31.3
35-49	32.8	35.0	33.7
50-69	37.1	34.6	35.0
Livello di istruzione			
alto ¹	45.5	51.0	55.9
basso ²	54.5	49.0	44.1
Stato civile			
coniugati	63.6	63.9	61.7
celibi/nubili	32.5	29.1	30.7
vedovi/e	1.3	3.3	2.9
separati/divorziati	2.6	3.7	4.7
Cittadinanza straniera	3.0	4.2	2.5
Lavoro regolare ³	72.4	71.6	64.1
Difficoltà economiche			
nessuna	58.0	54.9	44.5
qualche	35.9	36.6	41.1
molte	6.1	8.4	14.4

¹ licenza media superiore o laurea

² licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

³ campione compreso tra 18 e 65 anni

Sezione 1 - Percezione dello stato di salute

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	74	67.4	64.7
Numero di giorni riferiti in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività			
<i>0 giorni</i>	50.0	54.5	76.8
<i>1-13 giorni</i>	41.4	36.4	18.7
<i>14+ giorni</i>	8.6	9.1	4.5

Sezione 2 - Attività fisica

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Livello di attività fisica			
<i>attivo</i> ⁴	34.8	32.9	33.1
<i>parzialmente attivo</i> ⁵	48.7	47.7	38.9
<i>sedentario</i> ⁶	16.5	19.6	28.0
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha chiesto al proprio assistito se fanno regolare attività fisica ⁷	36.7	35.4	33.2
Riferisce che un medico/operatore sanitario ha consigliato al proprio assistito di fare dell'attività fisica ⁷	30.8	28.8	30.0
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	29.7	23.9	25.8

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

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

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

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

Sezione 3 - Abitudine al fumo

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Abitudine al fumo			
<i>fumatori</i> ⁸	24.6	25.7	30.7
<i>uomini</i>	26.3	28.9	35.2
<i>donne</i>	22.9	22.4	26.2
<i>ex fumatori</i> ⁹	21.6	22.0	19.1
<i>non fumatori</i> ¹⁰	53.4	52.0	50.2
Fumatori			
18-24	(18-34) 34.3	38.9	37.3
25-34		30.6	35.4
35-49	22.4	26.5	32.6
50-69	19.8	18.4	23.9
Livello di istruzione			
<i>alto</i>	23.8	24.7	29.3
<i>basso</i>	25.4	26.8	32.3
Difficoltà economiche			
<i>si</i>	33.0	29.6	33.9
<i>no</i>	18.7	22.7	26.6
Numero medio di sigarette	9 sigarette	12 sigarette	14 sigarette
Chiesto se fuma ⁷			
<i>a tutto il campione</i>	51.7	41.8	42.0
<i>ai fumatori</i>	66.7	63.6	63.4
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori) ⁷	61.0	55.1	60.4
Ha tentato di smettere nell'ultimo anno	47.4	47.3	40.6
Ha smesso da solo	96.0	94.8	95.7
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):			
<i>sempre o quasi sempre</i>	94.9	88.9	84.6
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:			
<i>sempre o quasi sempre</i>	93.7	92.9	84.3

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

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

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

Sezione 4 - Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>sovrapeso</i>	27.9	30.8	31.9
<i>obeso</i>	7.0	9.3	11.1
<i>sovrapeso/obeso</i>	34.9	40.1	42.9
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹¹			
<i>soprappeso</i>	49.0	44.0	48.4
<i>obesi</i>	80.0	80.3	81.0
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	8.2	13.1	10.4

Sezione 5 - Consumo di alcol

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ¹²	77.6	70.1	61.3
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	14.7	12.7	8.4
Bevitori binge ¹³	13.4	11.8	7.3
Forti bevitori ¹⁴	6.5	6.9	3.9
Bevitori a rischio ¹⁵	26.7	24.7	16.1
Chiesto dal medico sul consumo ¹¹	25.1	20.8	15.8
Consigliato di ridurre il consumo ¹¹			
<i>ai bevitori a rischio</i>	7.0	8.4	8.7

Sezione 6 - Sicurezza stradale

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹⁶			
<i>casco sempre</i>	98.2	96.6	91.6
<i>cintura anteriore sempre</i>	91.3	89.5	81.8
<i>cintura posteriore sempre</i>	33.5	30.2	19.0
Guida sotto effetto dell'alcol ¹⁷	18.5	17.8	13.0
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	17.3	14.3	9.5

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

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

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

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

¹⁵ Bevitori fuori pasto, binge e forti bevitori su tutta la popolazione

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

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

Sezione 7 - Sicurezza domestica

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	87.9	92.0	91.2
Hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹⁸	27.8	30.0	30.1
Fonti di informazione:			
<i>opuscoli</i>	12.9	17.8	14.0
<i>mass media</i>	10.3	13.0	14.4
<i>tecnici</i>	3.0	3.7	3.0
<i>medico/altro operatore sanitario</i>	0.4	2.3	2.0
<i>parenti/amici</i>	0.9	13.0	14.4

Sezione 8 - Ipertensione arteriosa

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che riferiscono di essere ipertese	26.6	22.7	21.6
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	81.9	84.8	82.7

Sezione 9 - Colesterolemia

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche	25.9	28.8	25.2
Misurazione del colesterolo almeno una volta	71.6	78.2	76.8

Sezione 10 - Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni)

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ¹⁹	9.7	5.8	6.6

¹⁸ calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni¹⁹ su tutte le persone >34 anni, senza patologie CV

Sezione 11 - Vaccinazione antinfluenzale

Non sono riportati i dati aziendali in quanto la numerosità del campione non è significativa

	Veneto	Pool di ASL italiane
Vaccinati 18-65	13.1	12.5
Vaccinati 18-65 con almeno 1 patologia	27.8	28.1

Sezione 12 - Vaccinazione antirosolia

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Donne (18-49 anni) suscettibili alla rosolia o che non conoscono il loro stato di suscettibilità ²⁰	21.6	31.5	44.5

**Sezione 13 - Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero
(donne 25 - 64 anni)**

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni	72.4	84.1	73.1
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	79.8	76.9	54.6
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	50.0	60.7	58.0
Donne che hanno visto una campagna informativa	81.9	70.8	66.0
Influenza positiva di			
<i>lettera dell'ASL</i>	48.3	57.2	65.1
<i>consiglio dell'operatore</i>	65.1	75.2	76.9
<i>campagna comunicativa</i>	55.4	58.9	61.9
Donne che hanno effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)			
<i>0 interventi</i>		54.5	42.6
<i>1 intervento</i>	57.9	77.2	64.8
<i>2 interventi</i>	66.7	87.8	80.7
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	93.8	91.7	87.7

²⁰ non ricordano di essere state vaccinate o di aver effettuato il rubeotest

**Sezione 14 – Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella
(donne 50 – 69 anni)**

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	81.0	80.6	67.6
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	81.8	81.0	61.8
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	52.3	60.0	59.4
Donne che hanno visto una campagna informativa	86.4	75.0	73.5
Influenza positiva (molta/abbastanza) di			
<i>lettera dell'ASL</i>	72.4	77.0	72.0
<i>consiglio dell'operatore</i>	81.0	78.0	81.4
<i>campagna comunicativa</i>	54.8	69.0	66.6
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)			
<i>0 interventi</i>		71.0	28.5
<i>1 intervento</i>	33.3	73.0	53.9
<i>2 interventi</i>	89.5	82.0	72.8
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	88.2	85.0	81.2

Sezione 15 - Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni)

Non sono riportati i dati aziendali in quanto la numerosità del campione non è significativa: il programma di screening è in fase di avvio

	Veneto	Pool di ASL italiane
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	41.1	19.1
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	9.6	8.5
Ha ricevuto la lettera dell'ASL	53.0	21.8
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	26.0	22.8
Ha visto una campagna informativa	52.0	42.2
Personale che hanno eseguito test per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)		
<i>0 interventi</i>	8.0	4.9
<i>1 intervento</i>	44.0	29.0
<i>2 interventi</i>	75.0	62.7
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	82.0	75.5

Sezione 16 - Sintomi di depressione

	ASL 3	Veneto	Pool di ASL italiane
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ²¹	11.4	8.1	9.4
<i>donne</i>	13.9	10.7	12.8
<i>uomini</i>	8.8	5.6	5.9
<i>18-34</i>	8.6	6.7	6.7
<i>35-49</i>	13.7	7.8	9.2
<i>50-69</i>	11.8	9.5	12.1
<i>almeno 1 patologia</i>	20.0	12.8	17.8
Ha cercato aiuto da qualcuno ²²			
Figure a cui si è ricorso per sintomi di depressione			
<i>nessuno</i>	50.0	57.0	47.2
<i>medico/operatore sanitario</i>	38.9	24.9	34.0
<i>famiglia/amici</i>	11.1	13.5	13.0
<i>entrambi</i>		4.6	5.8

²¹ 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

²² calcolata solo sulle persone depresse

Regioni e Province Autonome partecipanti

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

Sistema di pesature per dato di pool di ASL 2007

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



Descrizione del campione aziendale

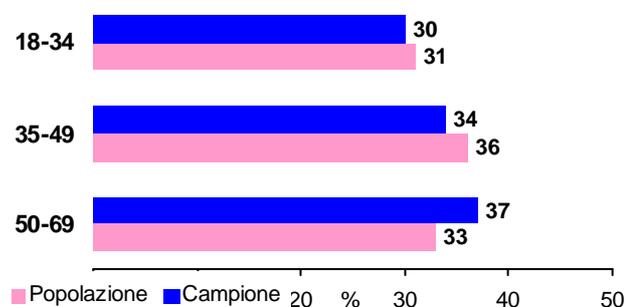
La popolazione in studio è costituita da 121.181 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 03. Sono state intervistate 232 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

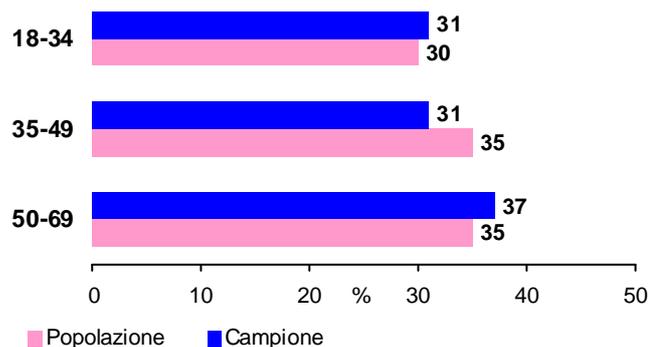
L'età e il sesso

- Nella ASL 03 il 49% del campione intervistato (232 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 30% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 33% in quella 35-49 e il 37% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL 03 - PASSI 2007 (n=232)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL 03 - PASSI 2007 (n=232)

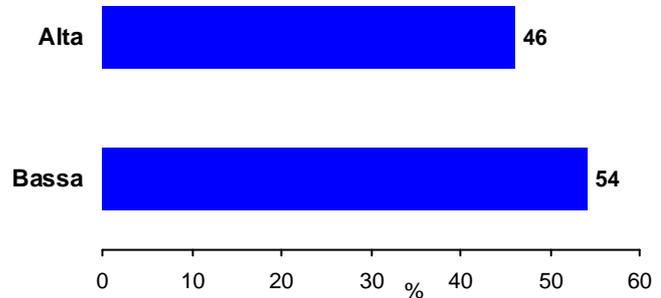


Il titolo di studio

- Nella ASL 03 il 54% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare o media inferiore, il 46% la licenza media superiore o è laureato. Donne e maschi hanno un livello di istruzione simile
- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzioni significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

Campione per livello di istruzione

ASL 03 - PASSI 2007 (n=231)

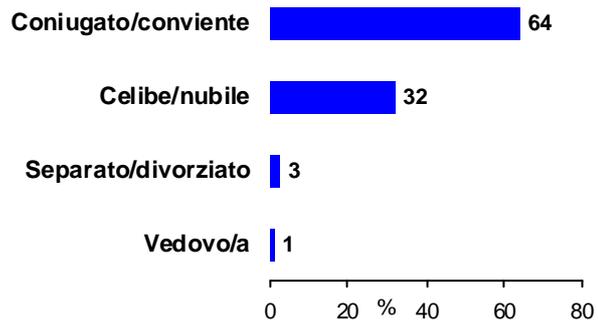


Lo stato civile

- Nella ASL 03 i coniugati/conviventi rappresentano il 64% del campione, i celibi/nubili il 32%, i separati/divorziati il 3% ed i vedovi/e l'1%.

Campione per categorie stato civile

ASL 3- PASSI 2007 (n=231)

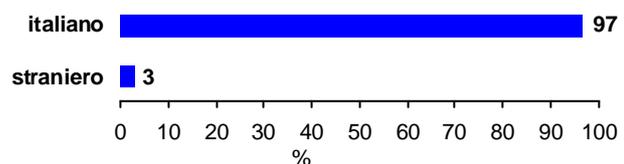


Cittadinanza

- Nella ASL 03 il 97% del campione intervistato è italiano, il 3% straniero. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

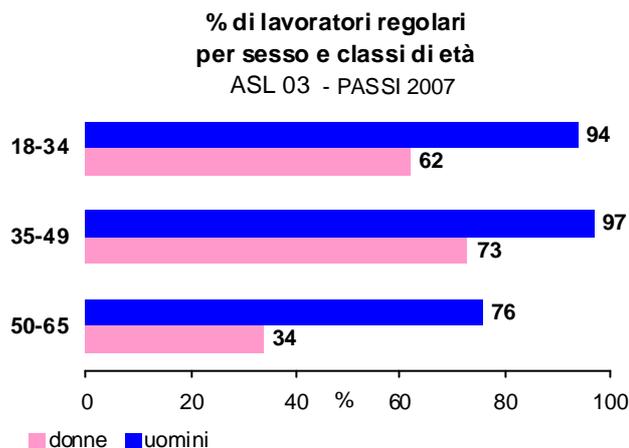
Campione per cittadinanza

ASL 3- PASSI 2007 (n=231)



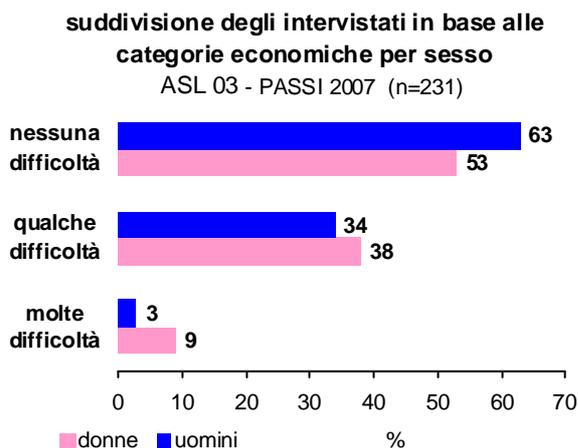
Il lavoro

- Nella ASL 03 il 72% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano in maniera statisticamente significativa meno "occupate" rispetto agli uomini (56% contro 89%). Gli intervistati maschi, rispetto alle femmine, riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità.



Difficoltà economiche

- Nella ASL 03 il 6% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 36% qualche difficoltà, il 58% nessuna.



Conclusioni

Il campione nella ASL 03 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione dell'ASL.

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL 03 il 74% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 25% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo l'1,3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- E' particolarmente evidente la percezione di stato di buona salute nelle persone senza patologie severe

Il dato rilevato è in linea con quello regionale dove il 67% degli intervistati ha giudicato positivo il proprio stato di salute

Stato di salute percepito positivamente*	
ASL 03- PASSI 2007 (n=231)	
Caratteristiche	%
Totale	74% (IC95%: 67,9% 79,6%)
Età	
18 - 34	82,9
35 - 49	76,3
50 - 69	64,7
Sesso	
uomini	77,9
donne	70,3
Istruzione	
bassa	69,8
alta	78,8
Difficoltà economiche**	
sì	71,1
no	75,9
Patologia severa***	
presente	52,5
assente	78,5

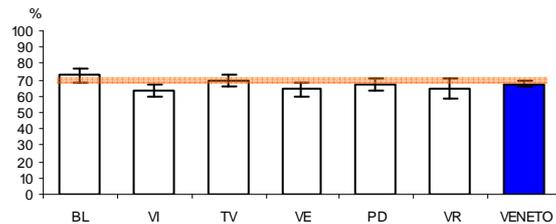
* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

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

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

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale del 67% (range dal 64% della provincia di Vicenza al 73% della provincia di Belluno).

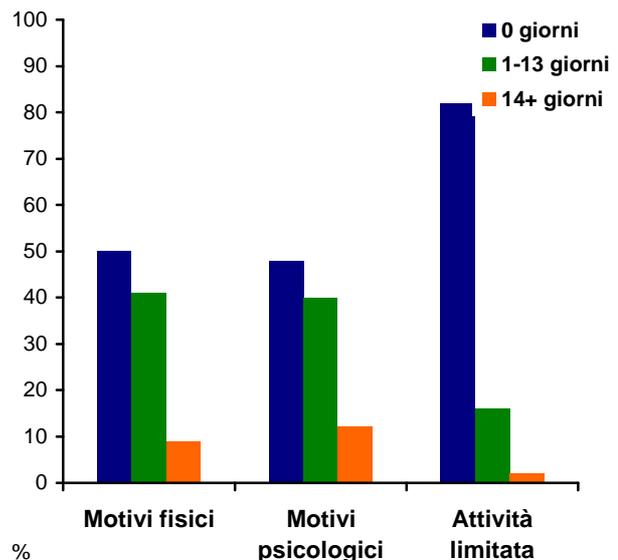
% di persone che dichiarano in salute buona o molto buona
Veneto - PASSI 2007



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

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL 03 - PASSI 2007

- Nella ASL 03 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (50% in buona salute fisica, 48% in buona salute psicologica e 81% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Il 9% riferisce avere avuto cattiva salute per motivi fisici e il 12% per motivi psicologici per più di 14 giorni in un mese di questi solo il 2% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.



Giorni in cattiva salute percepita
ASL 03 - PASSI 2007

- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è circa 3, per motivi psicologici circa 4, mentre le attività abituali sono limitate per 1 giorno al mese.

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,3	4,6	1,1
Classi di età			
18 - 34	2,9	2	0,8
35 - 49	3,3	1	1,3
50 - 69	3,5	0	1,1
Sesso			
uomini	2,3	0	0,7
donne	4,1	2	1,5

Conclusioni e raccomandazioni

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

Attività fisica

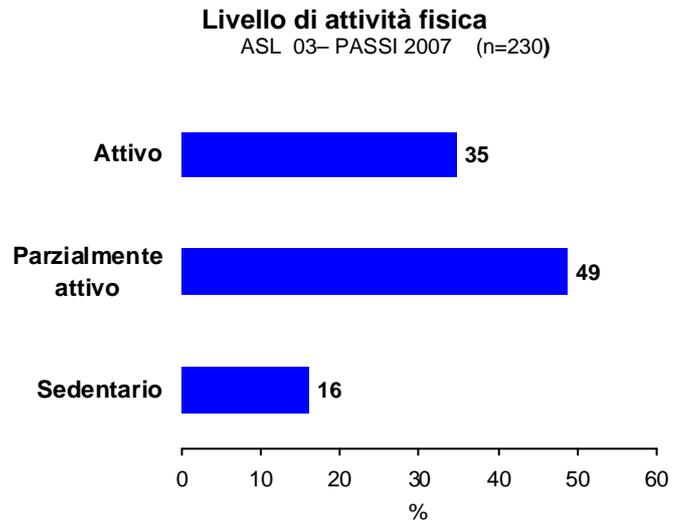
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

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

Quanti attivi fisicamente e quanti sedentari?

- Nella ASL 03 il 35% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 49% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 16% è completamente sedentario.



Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nella ASL 03 non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione.
- I completamente sedentari sono più rappresentati tra i meno giovani

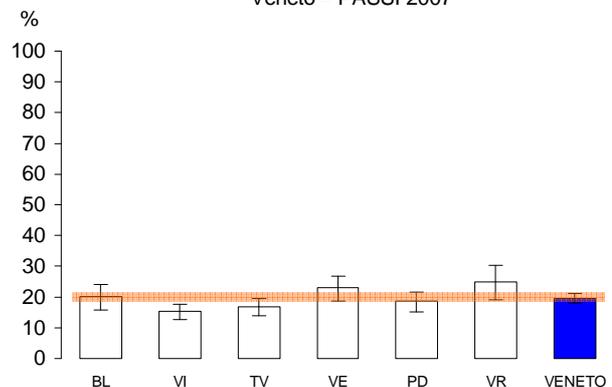
Sedentari ASL 03 - PASSI 2007 (n=230)

Caratteristiche	%
Totale	16.5% (IC95%: 12.0-22.0)
Classi di età	
18 - 34	8,7
35 - 49	14,5
50 - 69	24,7
Sesso	
uomini	17,7
donne	15,4
Istruzione*	
bassa	16,9
alta	16,2
Difficoltà economiche	
sì	23,2
no	11,9

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

- Nelle 6 provincie della Regione con campione rappresentativo, per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie, non emergono differenze statisticamente significative, eccetto per Vicenza (range dal 15 % di Vicenza al 25% di Verona).

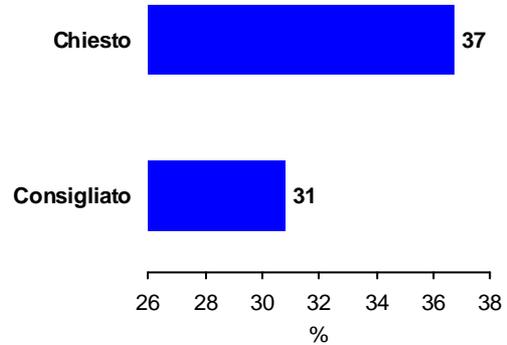
% di persone che fanno poca o nessuna attività fisica
per provincia di residenza
Veneto – PASSI 2007



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

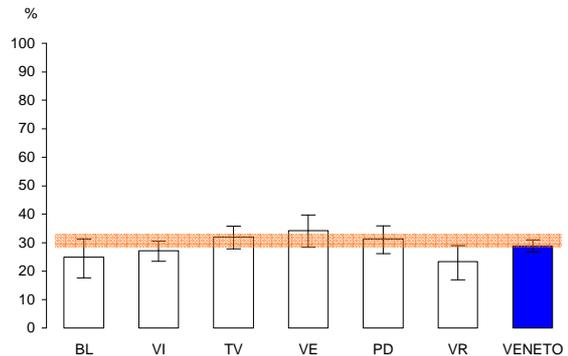
- Nella ASL 03 solo il 37% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 31% dei casi.
- Tale dato è in linea con il dato regionale dove solo il 35% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ASL 03 PASSI 2007



Nelle 6 provincie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica, (range dal 23% di Verona al 34% di Venezia)

% di persone a cui è stato consigliato di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario
Veneto – PASSI 2007

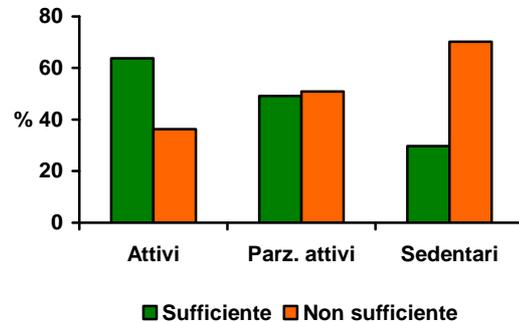


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nell' ASL il 30% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Tra l'insieme delle altre ASL della Regione, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 24%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL 03 - PASSI 2007 (n=229)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL 03 il 35% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 16% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane anche se in modo non statisticamente significativo.

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

Solo in un terzo dei casi i medici e gli operatori sanitari si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti. Questo atteggiamento assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

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

L'abitudine al fumo

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

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

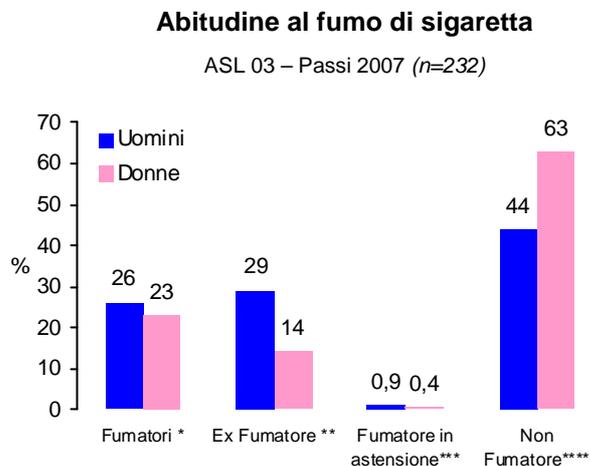
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL 03 i fumatori sono pari al 25%, gli ex fumatori al 22%, e i non fumatori al 53%.
- L'abitudine al fumo è simile tra maschi e femmine: 26% verso il 23%



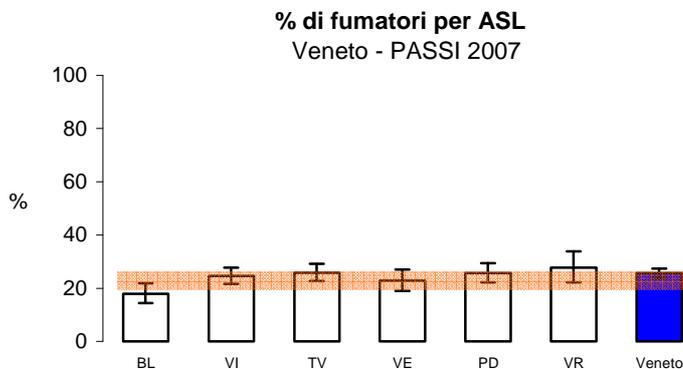
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

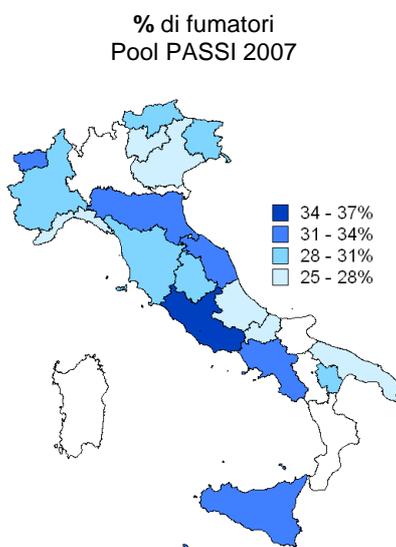
***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo solo Belluno si differenzia in modo statisticamente significativo per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 18% di Belluno al 28% di Verona)



Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50%.



Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

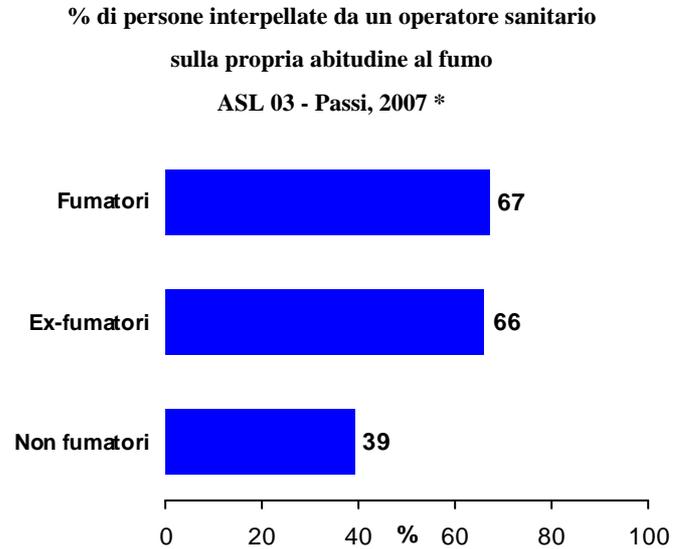
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 9 sigarette al giorno. Tra loro, il 2% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)

Fumatori	
ASL 03 Passi, 2007 (n=57)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	24.6% (IC95%: 19.2-30.6)
Età, anni	
18 - 34	34.3
35 - 49	22.4
50 - 69	19.8
Sesso ^	
M	27.2
F	22.9
Istruzione**	
bassa	25.4
alta	23.8
Difficoltà economiche	
si	33.0
no	18.7

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

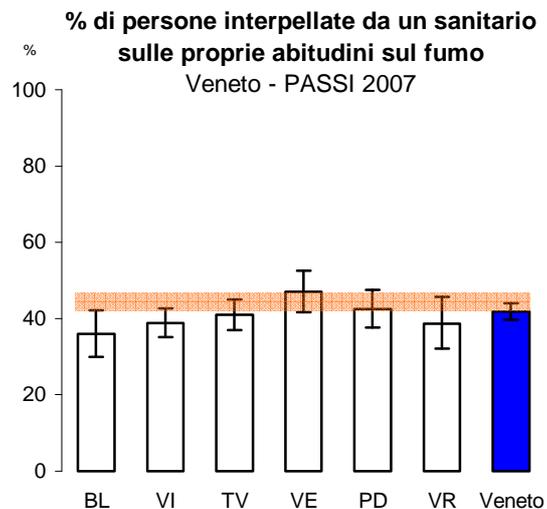
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 52% ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 67% dei fumatori, il 66% degli ex fumatori e il 39% dei non fumatori.



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 180)

- Tra le provincie della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (range da 36% di Belluno al 46% di Venezia)

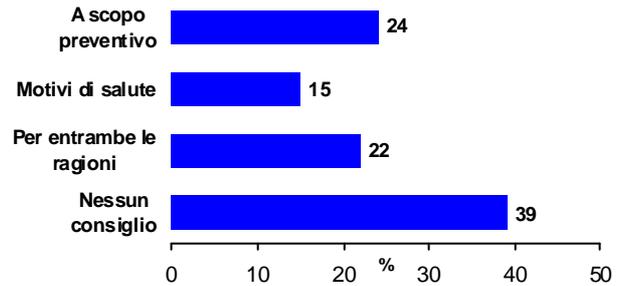


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- il 61% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (24%)
- il 39% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 40%)

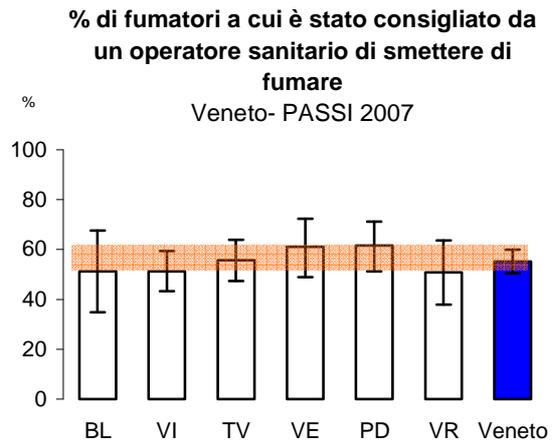
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e

motivazione – ASL 03 Passi 2007 *



* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 41)

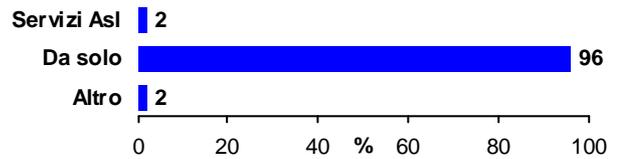
Nelle 6 province della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 51% di Belluno e Vicenza al 61% di Padova)



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

- Fra gli ex fumatori il 96% ha smesso di fumare da solo e il 2% riferisce di aver fruito di servizi Asl (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 94% ha smesso di fumare da solo).
- Il 47% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

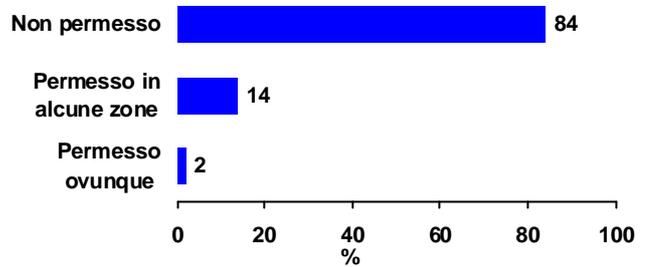
% delle diverse modalità di smettere di fumare
negli ex fumatori
ASL 03 - Passi 2007



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 84% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 14% si fuma solo in alcuni luoghi e nel 2% dei casi si fuma ovunque.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ASL 03 - Passi 2007

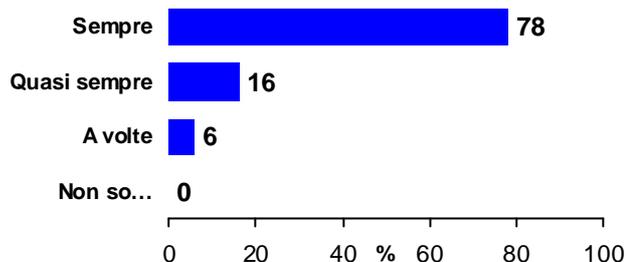


L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- le persone intervistate che sono state in un luogo pubblico negli ultimi 30 giorni riferiscono, nel 94% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 6% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- L' 84% delle persone intervistate nelle ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n= 223 intervistati)

ASL 03 - Passi 2007 *



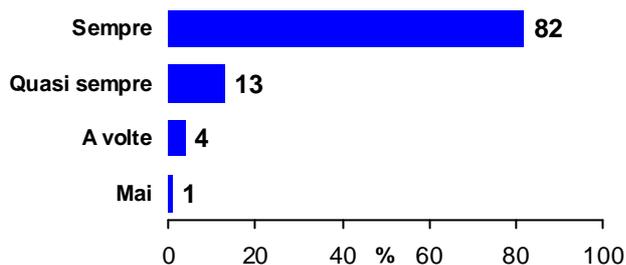
* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 95% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale che riferisce rispettato sempre o quasi sempre il divieto è dell'85%

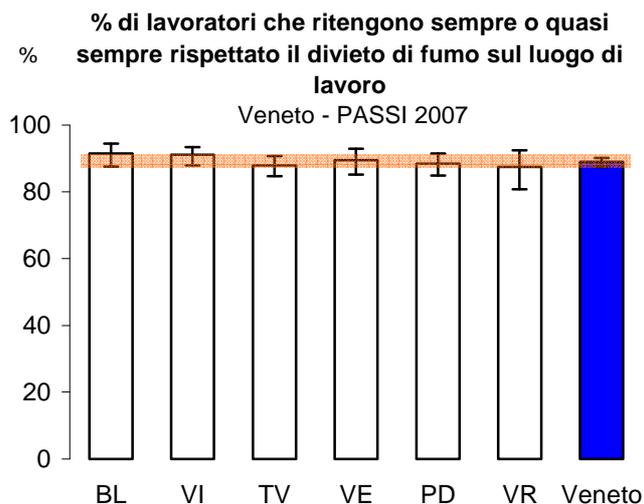
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 157 lavoratori) *

ASL 03 - Passi, 2007



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

Nelle sei provincie della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dall'88% di Verona al 92% di Belluno)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, anche se il dato non è statisticamente significativo, specialmente nella classe d'età dei 18-34enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

Va monitorato inoltre l'abitudine al fumo nei luoghi pubblici e di lavoro in quanto il divieto non è sempre rispettato e non deve diminuire l'attenzione al fumo passivo suscitata dall'entrata in vigore della legge.

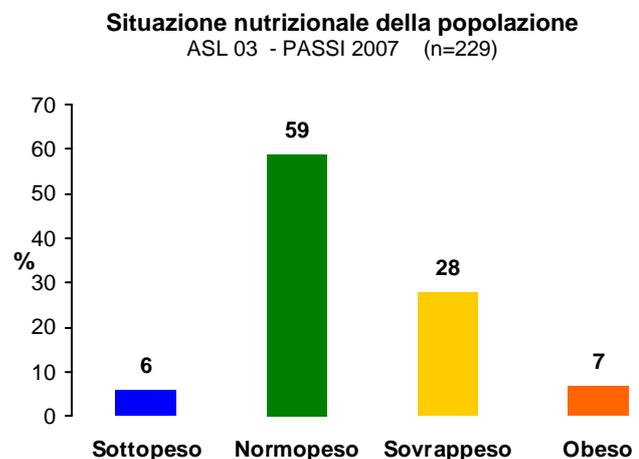
Situazione nutrizionale

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL 03 il 6% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 59% normopeso, il 28% sovrappeso e il 7% obeso.
- Complessivamente si stima che il 34% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

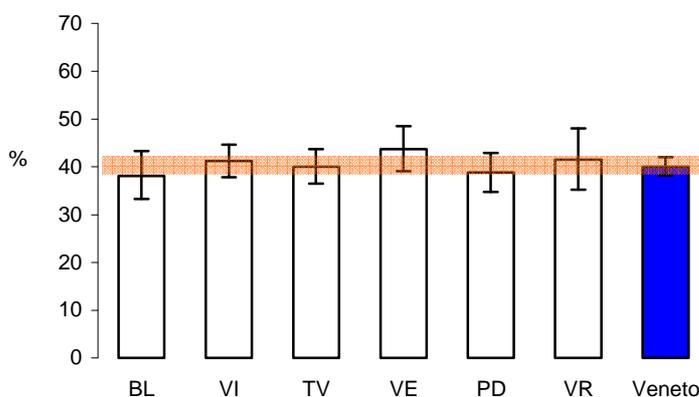
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (46% vs 23%), con differenze tutte statisticamente significative.

Eccesso ponderale	
ASL 03 - PASSI 2007 (n=80)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	34.9 (IC95% 28.8-41.5)
Classi di età	
18 - 34	15.9
35 - 49	36.6
50 - 69	48.8
Sesso	
uomini	46.5
donne	23.5
Istruzione*	
bassa	41.6
alta	26.9
Difficoltà economiche	
sì	31.3
no	37.6

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

Nelle sei provincie della Regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 44% della provincia di Venezia al 38% di Belluno).

% di persone in eccesso ponderale
Veneto - PASSI 2007

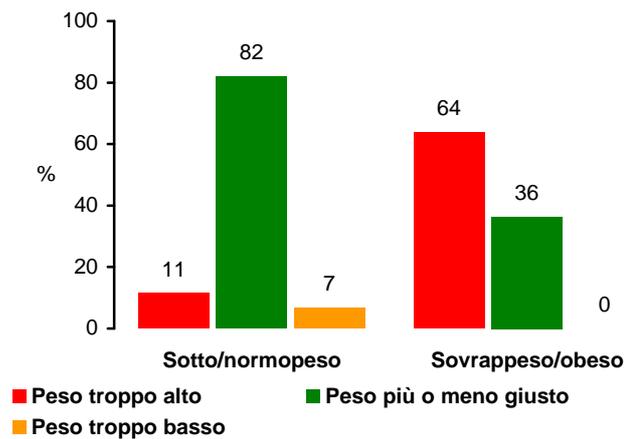


Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza presenta un eccesso ponderale il 43% (il 32% è in soprappeso e l'11% è obeso).

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

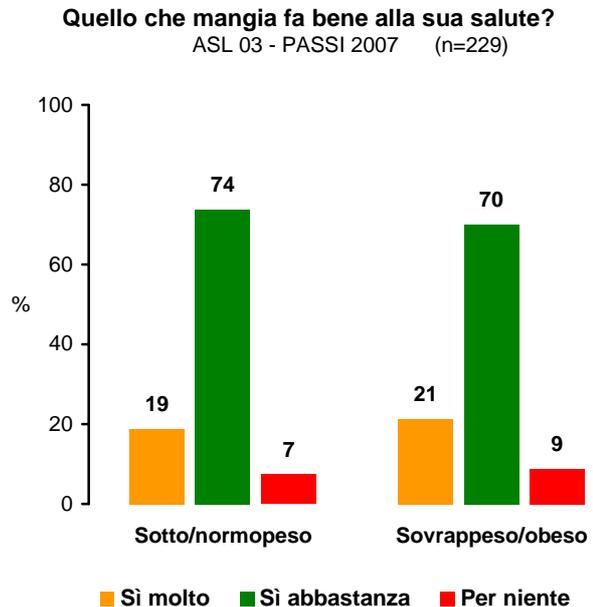
- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ASL 03 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (82%), mentre, anche se non statisticamente significativo, tra le persone in soprappeso/obese si ha una minore percezione della propria situazione nutrizionale (64%)
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 87% degli uomini, tra le donne in soprappeso/obese il 78% ritiene di avere un peso troppo elevato rispetto al 57% degli uomini.

Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL 03 - PASSI 2007 (n=229)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

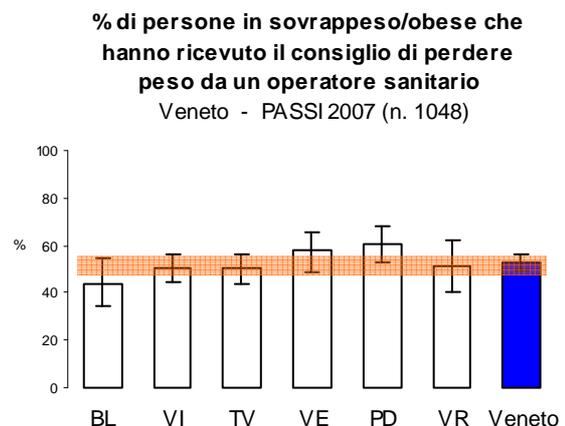
- Nella ASL 03 mediamente il 92% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: il 93% dei sottopeso/normopeso,
- Anche il 91% dei sovrappeso/obesi ritiene di avere una alimentazione sana.



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

- Nella ASL 03 il 56% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere o di mantenere il peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 49% delle persone in sovrappeso e il 80% delle persone obese.

Nelle sei province della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 60% della provincia di Padova al 44% di quella di Belluno).

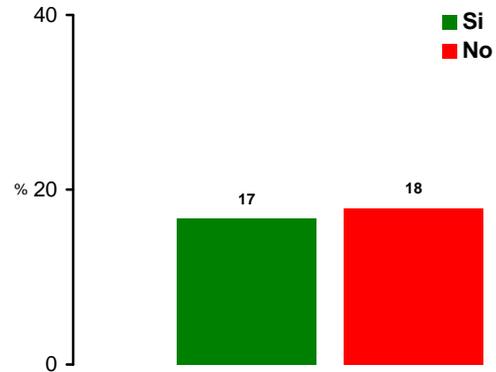


Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 57% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario

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

ASL 03 - PASSI 2007 (n=64)

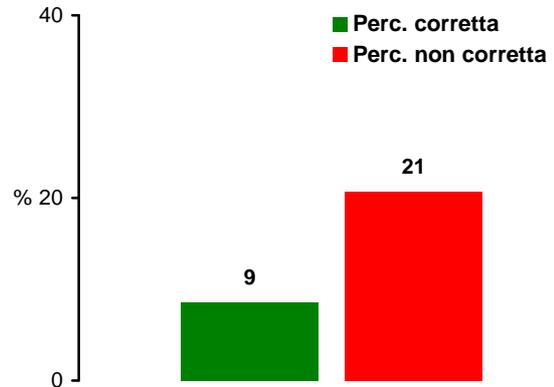
- Solo il 14% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è
 - nelle donne il 18%, negli uomini l'11%
 - negli obesi il 12%, nei sovrappeso il 14%
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario il 17% (simile a quello di coloro che non hanno ricevuto il consiglio 18%)



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

ASL 03 - PASSI 2007 (n=64)

- nelle persone in **sovrappeso** (esclusi gli obesi) seguono una dieta il 9% di coloro che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" e il 21% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto"



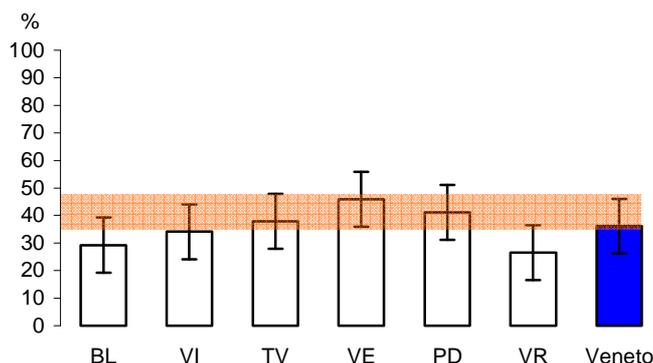
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- Nella ASL 03 il 24% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (24% nei sovrappeso/ e 25% negli obesi).
- Il 46% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 43% delle persone in sovrappeso e il 57% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale risultano praticare un'attività fisica almeno moderata il 67% di quelli che hanno ricevuto il consiglio e l'82% di chi non l'ha ricevuto, il dato tuttavia non ha significatività statistica.

Nelle sei province della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 26% della provincia di Verona al 46% di quella di Venezia).

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario

Veneto - PASSI 2007 (n =919)

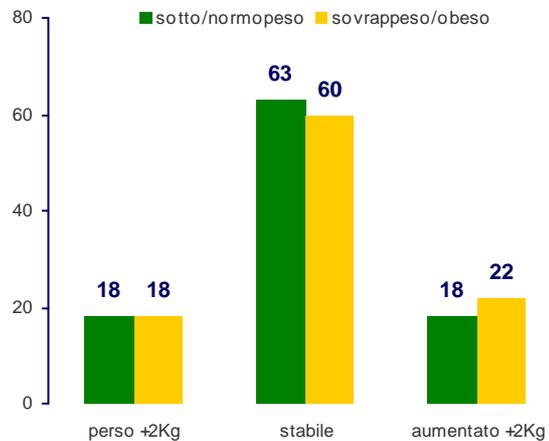


Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL 03 il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- la proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è
 - Per fascia di età:
nella fascia d'età di 18-34 anni il 22%, il 13% in quella 35-49 anni e 23% in quella 50-69 anni
 - Per peso:
nelle persone in eccesso ponderale il 22% nei normopeso il 18%
 - Per sesso:
il 21% tra le donne e il 18% tra gli uomini

Variazioni di peso negli ultimi 12 mesi
ASL 03 - PASSI 2007 (n=232)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 l'eccesso ponderale è diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: pur essendoci il 64% che percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo, solo il 14% ha intrapreso una dieta e 1 persona su quattro tra i sovrappeso e gli obesi non fa alcuna attività fisica

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

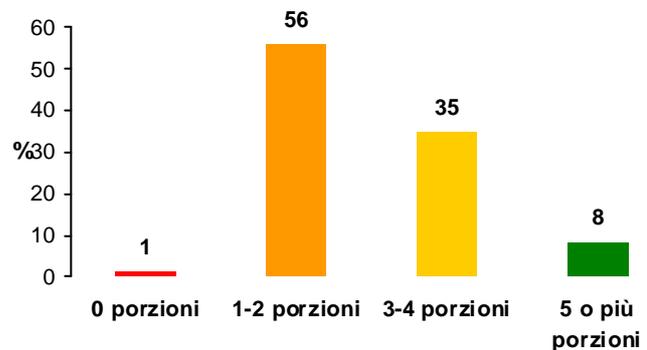
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL 03 - PASSI 2007 (n=232)

- Nella ASL 03 il 99% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'8% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 35% mangia 3-4 porzioni al giorno.



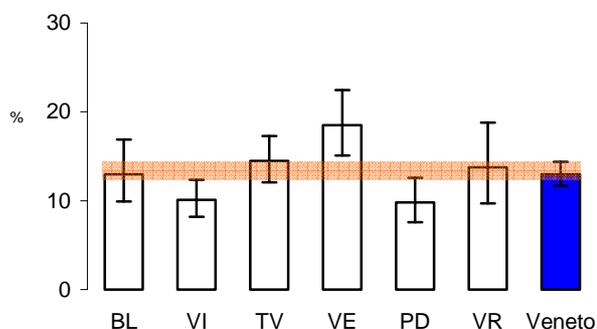
Tra coloro che aderiscono alle raccomandazioni di mangiare almeno 5 porzioni al giorno tra frutta e verdura non vi sono differenze statisticamente significative per sesso, età o condizione sociale.

Consumo di frutta e verdura ASL 03 - PASSI 2007 (n=232)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	8.2 (IC95% 5.0-12.5)
Classi di età	
18 - 34	5.7
35 - 49	5.3
50 - 69	12.8
Sesso	
uomini	6.1
donne	10.2
Istruzione**	
bassa	4.0
alta	13.3
Difficoltà economiche	
sì	2.1
no	12.7
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	9.4
sovrappeso/obeso	6.3

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

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 10% delle provincie di Padova e Vicenza al 18% della provincia di Venezia).

% di persone che aderiscono al "5 a day"
Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura però meno della metà ne assume oltre 3 porzioni e solo l'8% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Si evidenzia, nella valutazione dei dati regionali, una minore adesione alle raccomandazioni relative al consumo di frutta e verdura tra i più giovani; appare quindi necessario promuovere interventi che aumentino la consapevolezza di dell'importanza di avere corrette abitudini alimentari soprattutto tra bambini e ragazzi.

Consumo di alcol

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

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

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

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

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol (ultimo mese) ASL 03 - PASSI 2007 (n=180)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	77.6 (IC95%:71.7 - 82.8)
Classi di età	
18 - 34	87.1
35 - 49	72.4
50 - 69	74.4
Sesso	
uomini	90.4
donne	65.3
Istruzione**	
bassa	77.8
alta	77.1
Difficoltà economiche	
sì	76.3
no	78.4

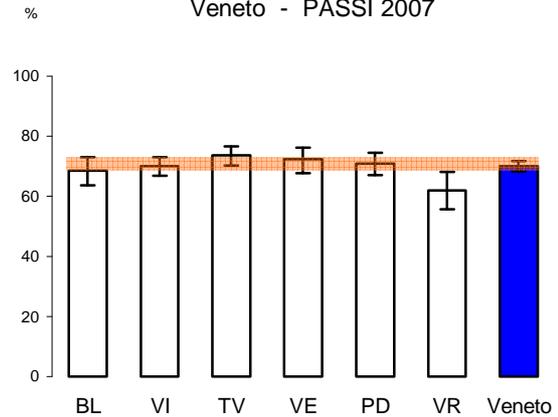
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 62% della provincia di Verona al 74% della provincia di Treviso).

Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.

Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
Veneto - PASSI 2007

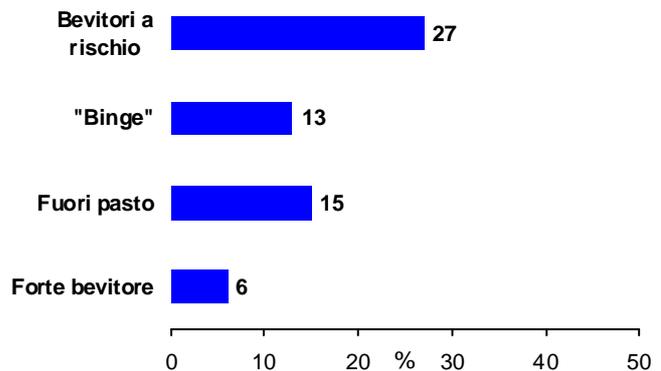


Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 27% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 15% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 13% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

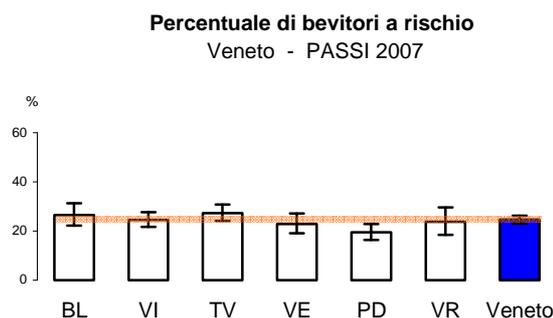
Bevitori a rischio* per categorie

ASL 03 - PASSI 2007

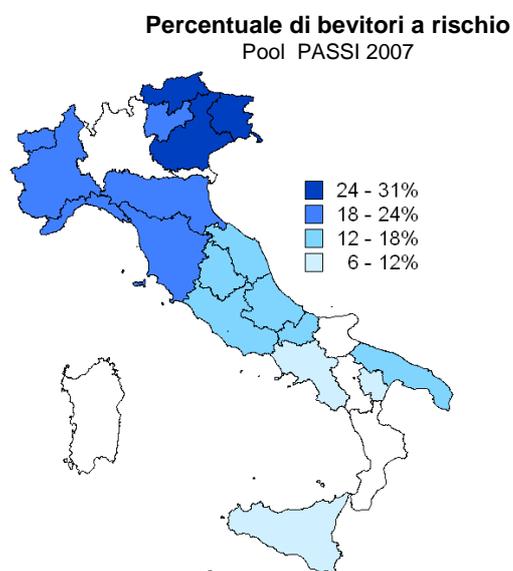


- I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio (per i bevitori a rischio range dal 19% di Padova al 27% di Treviso).



Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. Nel Nord-Est Italia la percentuale dei bevitori a rischio sale al 22%.



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questa modalità di consumo di alcol ritenuta pericolosa riguarda il 13% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.

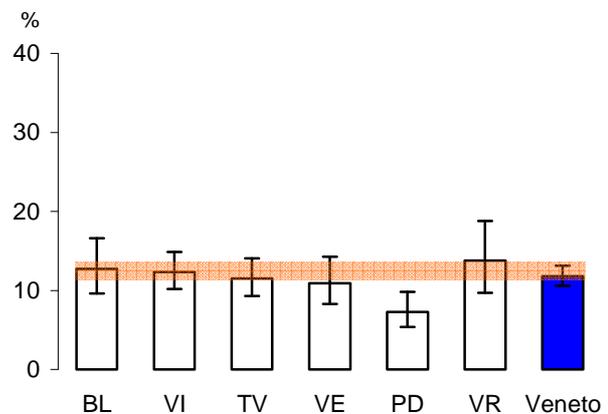
Consumo "binge" (ultimo mese) ASL 03 - PASSI 2007 (n=31)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"**
Totale	13.4 (IC95%:9.3-18.4)
Classi di età	
18 - 34	27.1
35 - 49	7.9
50 - 69	7.0
Sesso	
uomini	24.6
donne	2.5
Istruzione**	
bassa	10.3
alta	16.2
Difficoltà economiche	
sì	15.5
no	11.2

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" mostra differenze statisticamente significative: la provincia di Padova si differenzia per una percentuale di bevitori binge inferiore rispetto al livello regionale (range dal 7% di Padova al 14% di Verona).

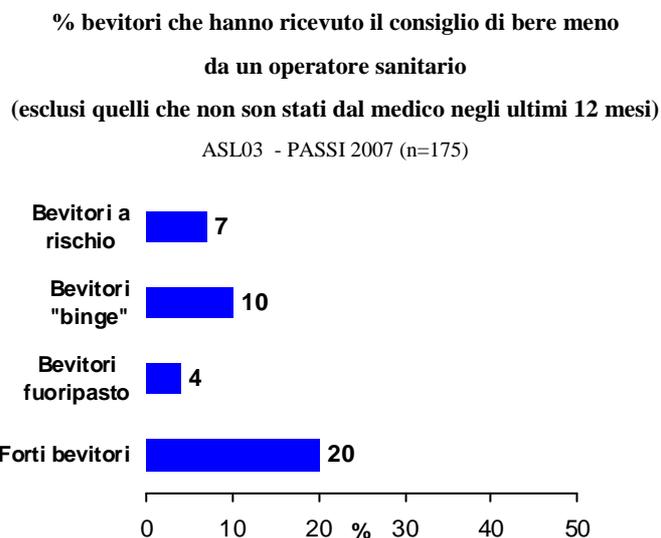
Percentuale di bevitori "binge"

Veneto - PASSI 2007



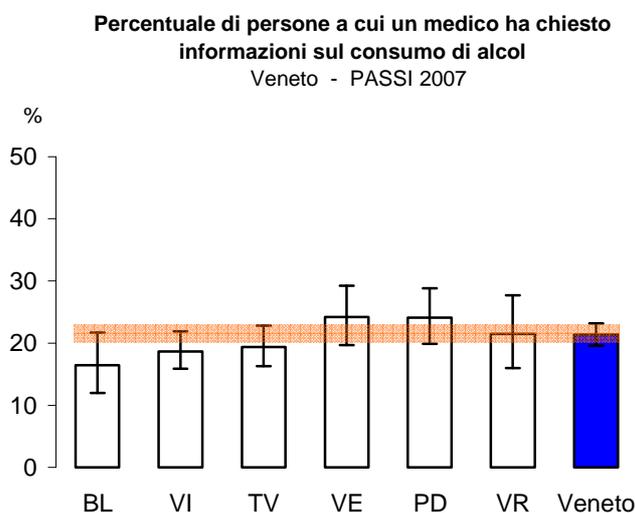
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nella ASL 03 solo il 25% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 7%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 10% di bevitori "binge", dal 4% di bevitori fuori pasto e dal 20% di forti bevitori.



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

Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione (range dal 16% di Belluno al 24% di Venezia e Padova).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2007.

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

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

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

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

Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2007 si sono verificati in Italia oltre 230.000 incidenti stradali con 5131 morti e 325.850 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. Nella regione Veneto nel 2007 gli incidenti stradali sono stati 18.378 con 538 morti e 25.327 feriti.

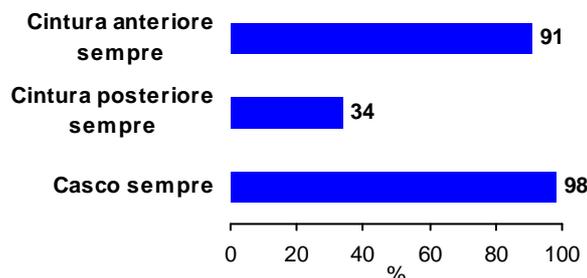
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre la guida sotto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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 91%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (34%)
- Nella ASL 03 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco

Uso dei dispositivi di sicurezza

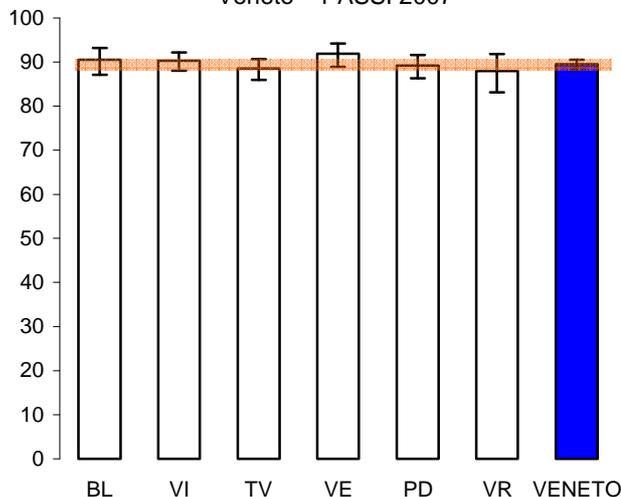
ASL 03 - PASSI 2007



Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, senza presentare differenze statisticamente significative (range dal 92% di Venezia all' 88% di Verona per la cintura anteriore e dal 39% di Belluno al 28% di Venezia per quella posteriore).

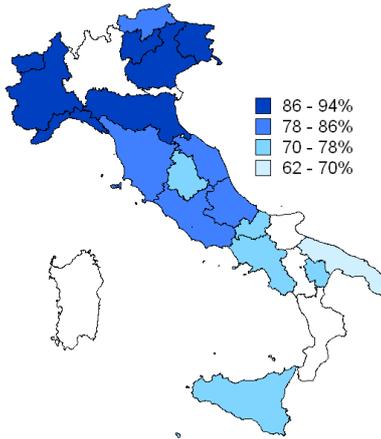
Percentuale di persone che usano sempre la cintura anteriore per provincia

Veneto – PASSI 2007

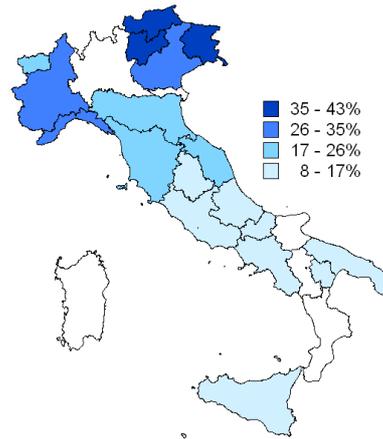


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata inferiore al dato regionale: 92% per il casco, 82% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore; nel Nord-Est Italia si sono registrati valori sovrapponibili a quelli regionali (97%, 89%, 29%). Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale.

Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Pool PASSI 2007



Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Pool PASSI 2007



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 18% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 25%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne
- Il 17% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Guida sotto l'effetto dell'alcol* ASL 03 - PASSI 2007 (n=175)

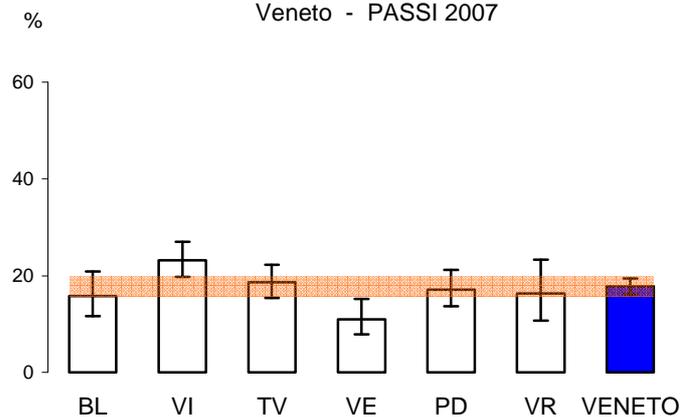
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	24.6 (IC95%: 18,4-31.6)
Classi di età	
18-34	27,9
35 - 49	20,8
50 - 69	24,6
Sesso	
uomini	38,2
donne	5,5
Istruzione	
bassa	47,2
alta	48,9
Difficoltà economiche	
sì	19,4
no	28,4

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

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

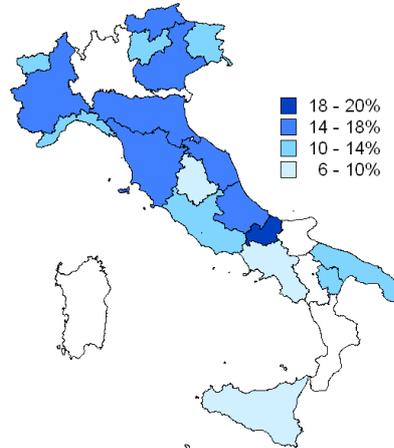
- Tra le sei provincie della Regione con campione rappresentativo, riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, il range varia dal 23% di Vicenza all' 11% di Venezia. Sia Vicenza che Venezia differiscono in maniera statisticamente significativa dal dato regionale.

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol per provincia Veneto - PASSI 2007



Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, con un evidente gradiente territoriale

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



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema diffuso e preoccupante, in quanto il valore rilevato nella ASL 03 è significativamente superiore sia alla media regionale che nazionale

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

Infortunati domestici

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

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,7 milioni di persone (SINIACA, 2005/2006) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 7000/anno.

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

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

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

Bassa percezione del rischio infortunio domestico

ASL 03 (n=232) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	87,9 (IC 95%: 83,0-91,8)
Età	
18 - 34	91,4
35 - 49	86,8
50 - 69	86,0
Sesso	
Uomini	92,1
Donne	83,9
Istruzione**	
bassa	88,1
alta	87,6
Difficoltà economiche	
si	88,7
no	87,3
Persone potenzialmente a rischio***	
si	88,6
no	87,4

*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

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

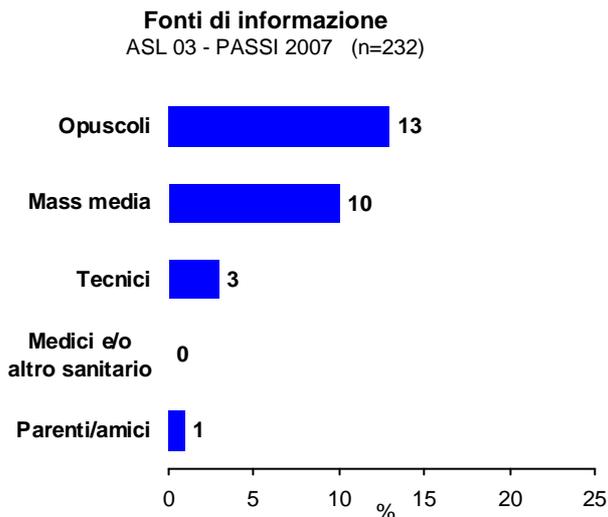
- Nella ASL 03 solo il 25% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL 03 (n=232) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	25,4 (IC 95%: 20,0-31,5)
Età	
18 - 34	25,7
35 - 49	25,0
50 - 69	25,6
Sesso	
Uomini	22,8
Donne	28,0
Istruzione*	
bassa	24,6
alta	26,7
Difficoltà economiche	
si	23,7
no	26,9
Persone potenzialmente a rischio**	
si	27,3
no	24,5
Distribuzione delle informazioni ricevute sugli infortuni domestici per percezione del rischio	
Alta/molto alta	32,1
Assente/bassa	24,5

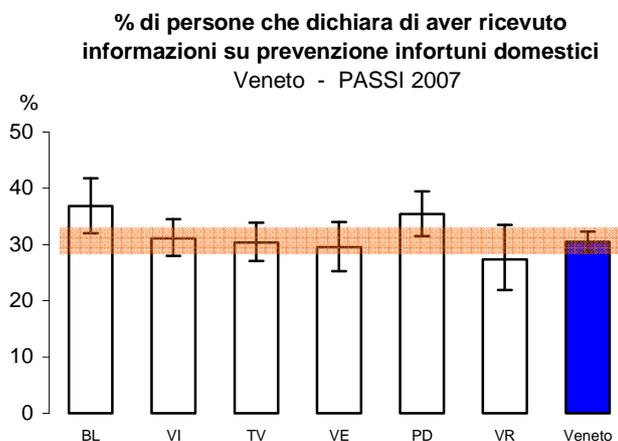
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (13% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.



Nelle 6 Province della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 37% di Belluno al 27% di Verona).



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

- Nella ASL 03 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 28% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio e in presenza di persone potenzialmente a rischio senza tuttavia raggiungere la significatività statistica. Anche per classi di età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche non si rilevano forti differenze.

Nelle provincie della regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 20% di Belluno al 39% di Venezia).

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione	
ASL 03 (n=59) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	27,8 (IC 95%: 16,5-41,6)
Età	
18 - 34	25,0
35 - 49	47,1
50 - 69	14,3
Sesso	
Uomini	29,2
Donne	26,7
Istruzione*	
bassa	34,5
alta	20,0
Difficoltà economiche	
si	28,6
no	27,3
Persone potenzialmente a rischio**	
si	45,5
no	15,6
Percezione del rischio	
alta	50,0
bassa	23,9

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

** si: presenza di anziani e/o bambini

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL 03, e in regione le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

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

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti anche se tale dato non è attendibile considerata la bassa numerosità del campione.

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

Rischio cardiovascolare

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

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

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

Ipertensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

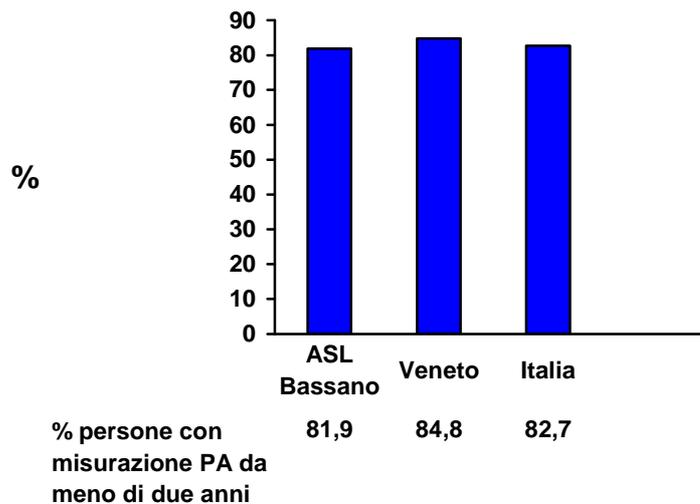
- Nella ASL 03, l' 82% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 7% più di 2 anni fa. Il restante 11% non ricorda o non l'ha avuta.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL 03 (n= 232) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	81,9 % (IC95%: 76,3 % 86,6 %)
Classi di età	
18 - 34	77,1
35 - 49	80,3
50 - 69	87,2.
Sesso	
M	79,8
F	83,9
Istruzione*	
bassa	81,0
alta	82,9
Reddito**	
sì	84,5
no	79,9

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

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

Tra le sei provincie della Regione Veneto con campione rappresentativo, l'85% delle persone riferisce controllo della pressione arteriosa negli ultimi due anni, a livello nazionale la percentuale di persona che riferisce avere effettuato il controllo della pressione arteriosa è dell'83%.



Quante persone sono ipertese?

Ipertesi ASL 03 (n= 207) - PASSI 2007

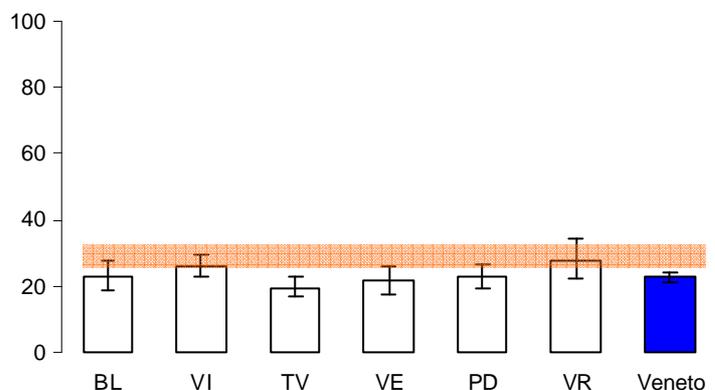
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
Totale	26,6% (IC95%:20,7%-3,1%)
Età	
18 - 34	10,2
35 - 49	25,0
50 - 69	40,0
Sesso	
M	32,7
F	20,8
Istruzione*	
bassa	32,4
alta	20,0
Difficoltà economiche**	
sì	25,3
no	27,7

- Nella ASL 03 il 27 % degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (40%).

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

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa (%)

Veneto - PASSI 2007

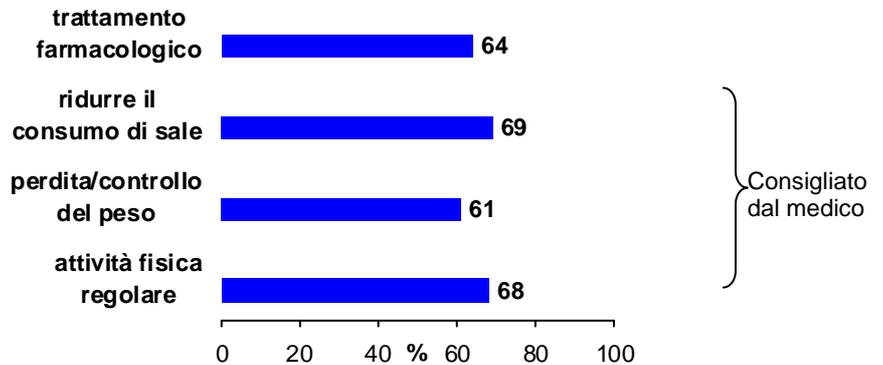


Tra le ASL della Regione Veneto con campione rappresentativo, vi è una percentuale di ipertesi del 23% tra le ASL nazionali del 22%.

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

- Il 64% degli ipertesi nella ASL 03 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale nel 69% dei casi, di ridurre o mantenere il peso corporeo nel 61% dei casi e di svolgere regolare attività fisica nel 68% dei casi.

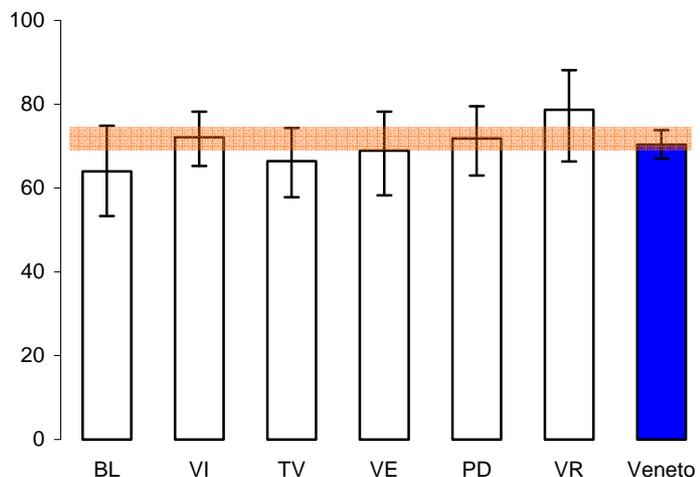
Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *
ASL 03 (PASSI, 2007)



* ognuno considerata indipendentemente

Tra le sei provincie della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 65% al 79%).

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 si stima che sia iperteso circa il 27% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 40% degli ultracinquantenni e circa il 10% dei giovani con meno di 35 anni.

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

Colesterolemia

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

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

- Nella ASL 03 il 72% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 53% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 12% tra 1 e 2 anni fa, il 9% più di 2 anni fa, mentre il 7% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 44% nella classe 18-34 anni al 90% nei 50-69enni
- Tra le se province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 75% all'81%).

Colesterolo misurato almeno una volta ASL 03 (n= 232) - PASSI 2007	
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	71,6% (IC95%: 65,3-77,3%)
Classi di età	
18 - 34	44,3
35 - 49	76,3
50 - 69	89,5
Sesso	
M	72,8
F	70,3
Istruzione*	
bassa	69,8
alta	74,3
Difficoltà economiche **	
sì	63,9
no	77,6

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

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

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Ipercolesterolemia riferita ASL 03 (n= 166) - PASSI 2007

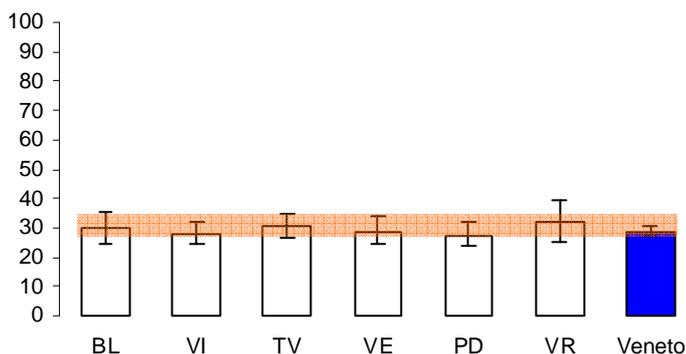
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 26% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
Totale		25,9 (IC95%: 19,4% - 33,3 %)
Età		
	18 - 34	6,5
	35 - 49	31,0
	50 - 69	29,9
Sesso		
	M	34,9
	F	16,9
Istruzione*		
	bassa	29,5
	alta	21,8
Difficoltà economiche**		
	sì	22,6
	no	27,9

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

Persone con ipercolesterolemia riferita (%) Province del Veneto - PASSI 2007

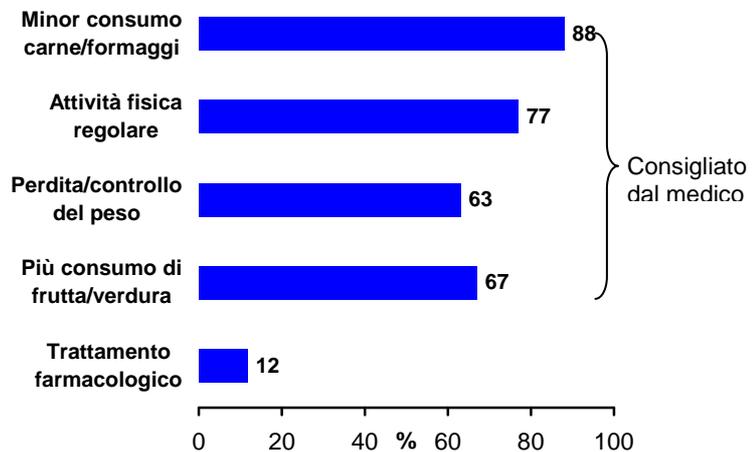
Tra le sei province della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 28% al 32%).



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 12 % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- l'88% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 67% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 63% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 77% di svolgere regolare attività fisica.

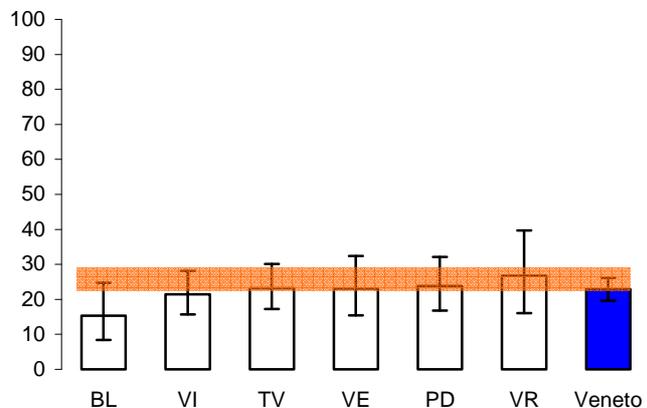
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL 03 - PASSI 2007



* considerati indipendentemente

Tra le sei provincie della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dall'16 % al 27%).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 30% della popolazione di 18-69 anni della ASL 3 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 26% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia.

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

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

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
ASL 03 (n=155) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	9,7 (IC95%: 5,5 % -15,5 %)
Classi di età	
35 - 49	6,8
50 - 69	12,3
Sesso	
M	10,4
F	9,0
Istruzione*	
bassa	11,5
alta	6,8
Difficoltà economiche**	
Si	8,2
no	10,6
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	11,8
no	4,4

- Nella ASL 03 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 10%.

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

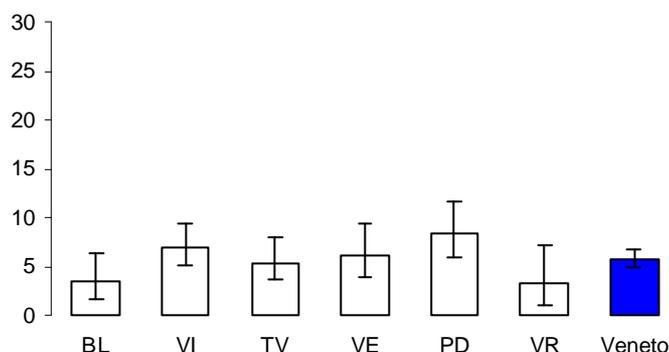
**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

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

Tra le sei Provincie della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (range dal 3% all'8%)

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (%)

Veneto - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ASL 03 e della regione Veneto.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

Si stima, che, nei paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

Pertanto è raccomandata soprattutto a soggetti per i quali l'influenza si può rivelare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

Lo scopo dell'indagine era di valutare l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti con patologie croniche, tuttavia la bassa numerosità del nostro campione non ci permette ancora alcuna considerazione.

Vaccinazione antirosolia

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

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=74) ASL 03 - Passi, 2007		
	Caratteristiche demografiche	Vaccinate %
<ul style="list-style-type: none"> Nella ASL 03 il 72% delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia Non sono emerse differenze statisticamente significative in relazione al sesso, età, stato d'istruzione e condizioni economiche, è da segnalare però la bassa numerosità campionaria. 	Totale	71,6 (IC95%: 59,9 –81,5)
	Età	
	18-24	72,7
	25-34	73,1
	35-49	70,3
<ul style="list-style-type: none"> Nelle 6 provincie della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria (range dal 46% di Verona al 66% di Padova). 	Istruzione*	
	bassa	61,3
	alta	78,6
	Difficoltà Economiche	
sì	68,6	
no	73,7	

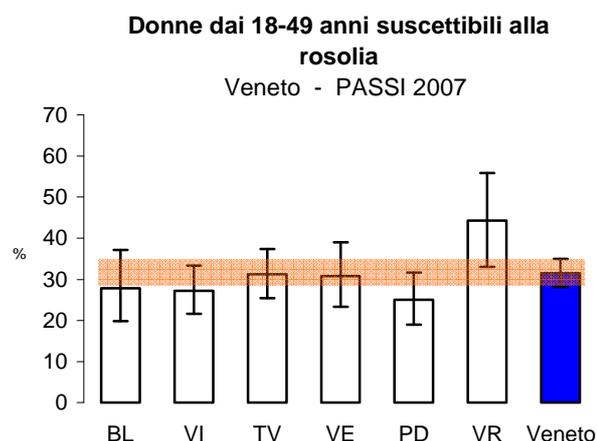
*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, diploma, laurea

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL 03 il 78% delle donne di 18-49 anni risulta immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (72%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (7%).
- Il 22% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con risultato del rubeotest non rilevabile.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=74) ASL 03 - Passi 2007	
Immuni	78,4%
Vaccinate	71,6%
Non vaccinate con rubeotest positivo	6,8%
Suscettibili/stato sconosciuto	21,7%
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	4,1%
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	17,6%

- Tra le sei provincie della Regione con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è a Verona (44%), la più bassa a Padova (25%), in linea con i valori di copertura vaccinale.
- La percentuale di donne suscettibili su tutta la regione è del 32%.



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come su scala regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto elevato.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Nel Veneto il tasso medio di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1999-2003 è stato di 8/100.000 donne residenti. Nel 2008 si stimano 200 nuovi casi all'anno di neoplasia del collo dell'utero. Nella regione la mortalità relativa a tutti i tumori dell'utero (corpo e collo) è in lieve diminuzione, registrando un tasso standardizzato dell'8,8/100.000 nel 2000 e del 7,2 nel 2006; nel 2006 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 74. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 70%.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2008 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano 11 milioni (il 69%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Veneto, alla fine del 2006 il programma di screening citologico era presente in 20 AULSS sulle 21, dal 2007 il programma è attivo in tutte le 21 AULSS della regione.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL 03 - PASSI 2007 (n=98)

Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	72,4 (IC95%:62,5-81,0)
Classi di età	
25 - 34	69,2
35 - 49	86,5
50 - 64	60,0
Stato civile	
coniugata	74,3
non coniugata	66,7
Convivenza	
convivente	72,7
non convivente	71,9
Istruzione**	
bassa	72,5
alta	71,7
Difficoltà economiche	
sì	65,2
no	78,4

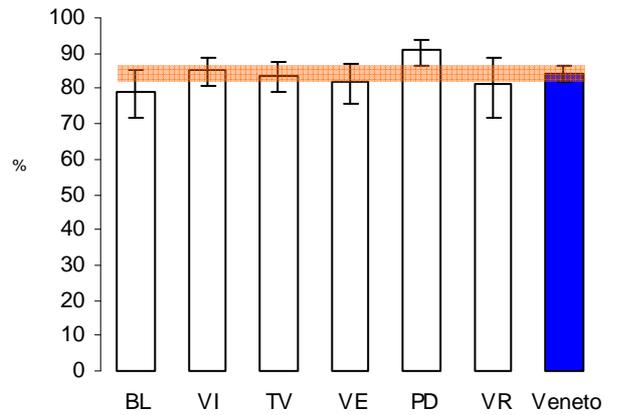
- Nella ASL 03 circa il 72% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.

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

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

% di donne di 25-64 anni che hanno eseguito il Pap test negli ultimi tre anni
Veneto - PASSI 2007 (n=1134)

Nelle 6 provincie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range del 79% della provincia di Belluno al 91% della provincia di Padova)

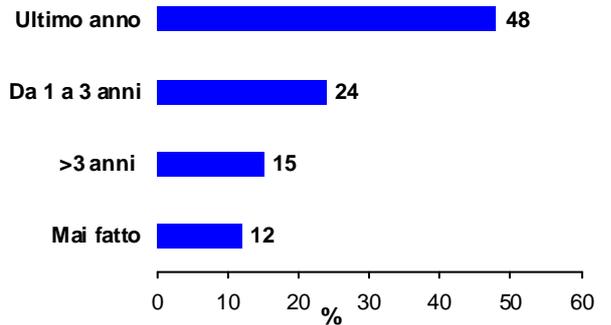


Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

- Il 48% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- Il 24% da uno a tre anni
- Il 15% da più di tre anni
- Il 12% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

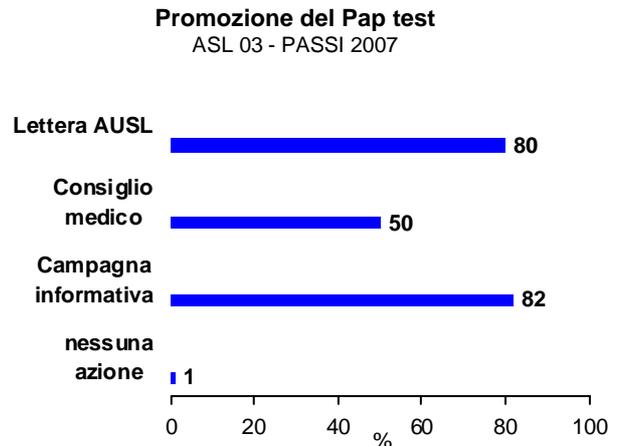
Pap test e periodicità*
ASL 03 - PASSI 2007 (n=98)



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

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ASL 03:
 - l' 80% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - l'82 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 50% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

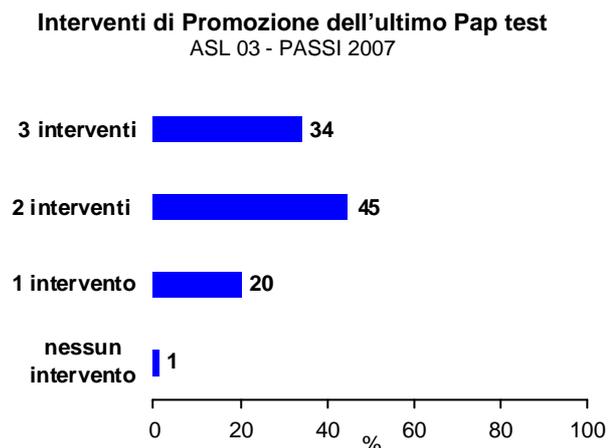


* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

Nelle 6 provincie della regione si rilevano differenze significative per ciò che riguarda l'aver ricevuto la lettera (range dal 65% di Venezia all'86% di Belluno) ed il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 49% di Verona al 77% di Padova), mentre non sono risultate differenze significative nell'aver visto o sentito la campagna informativa (range dal 63% di Verona all'84% di Belluno)

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

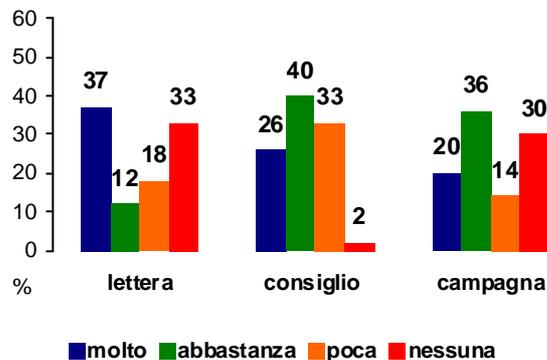
- Il 34% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 45% due interventi di promozione, il 20% uno solo.
- Solo l'1% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ASL 03 il 49% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (37% molta e 12% abbastanza), mentre il 18% poca influenza sulla scelta e ben il 33% nessuna. Tra le 6 provincie della regione emergono differenze nella percezione dell'influenza positiva che la lettera di invito ha avuto nel decidere di effettuare il Pap test (range dal 45% di Padova al 72% di Belluno).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
ASL 03 - PASSI 2007

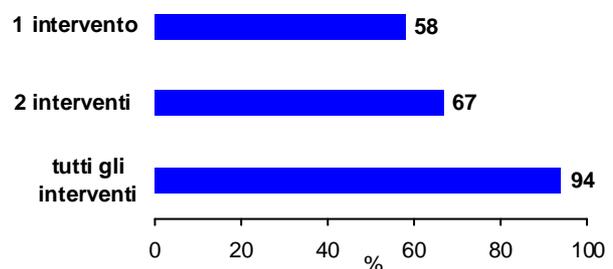


- Il 65% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (26% molta e 40% abbastanza), mentre il 33% poca influenza sulla scelta.
- Il 56% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (20% molta e 36% abbastanza), mentre il 14% poca influenza sulla scelta ed il 30% nessuna.

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

- Nella ASL 03 il 58% delle donne di 25-64 che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna) ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati, la percentuale sale al 67% con due interventi e al 94% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le provincie della regione partecipanti al sistema di sorveglianza queste percentuali sono rispettivamente del 77%, 88% e 92%.

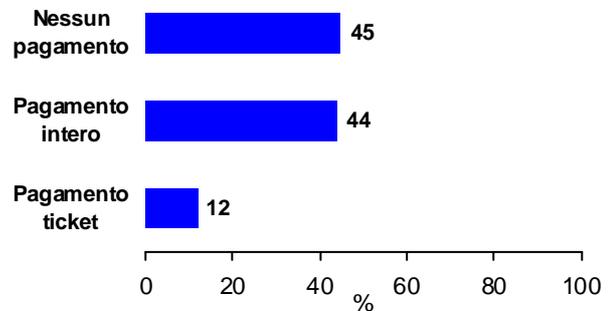
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
ASL 03 - PASSI 2007



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

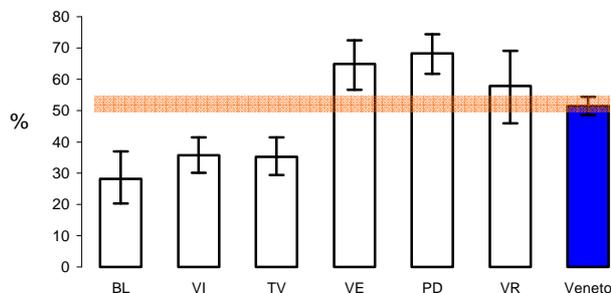
- Nella ASL 03 il 45% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 12% ha pagato solamente il ticket e il 44% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
ASL 03 - PASSI 2007 (n=71)



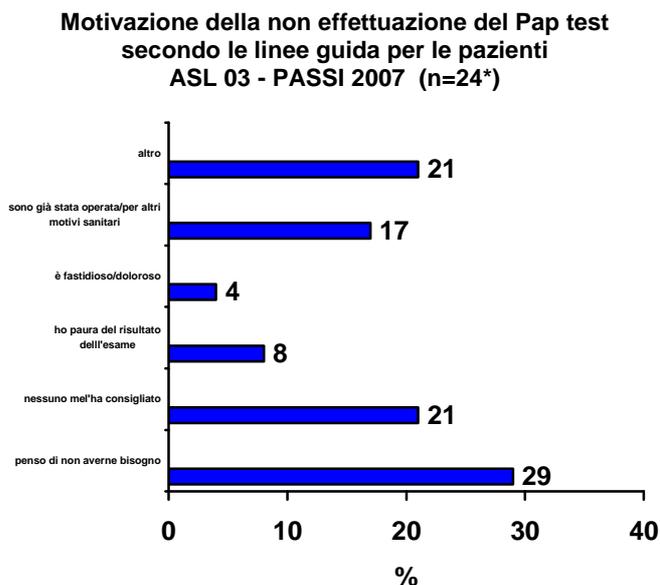
Nelle 6 provincie della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 28% di Belluno al 68% di Padova).

% di donne di 25-64 anni che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per eseguire il Pap test
Veneto - PASSI 2007 (n=1134)



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

- Nella ASL 03 il 12% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 15% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 29%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 21%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 17%
 - "altro" 21%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 8%
 - "è fastidioso/doloroso" 4%



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 c'è una buona adesione al Pap test a scopo preventivo, grazie anche alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (72%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (45%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (55%). Risulta elevata oltre alla percentuale di coloro che lo hanno effettuato privatamente anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nel corso dell'ultimo anno (48%) contro un atteso del 33%. Inoltre, il 12% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni). Nonostante i risultati ottenuti dal programma regionale di screening, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

Si stima che nel 2007 in Veneto siano stati diagnosticati circa 4150 nuovi casi (circa 170 casi per 100.000 donne residenti). Il 17,5% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasie della mammella (circa 39,5 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 85%.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa malattia nelle donne di 50-69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

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

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

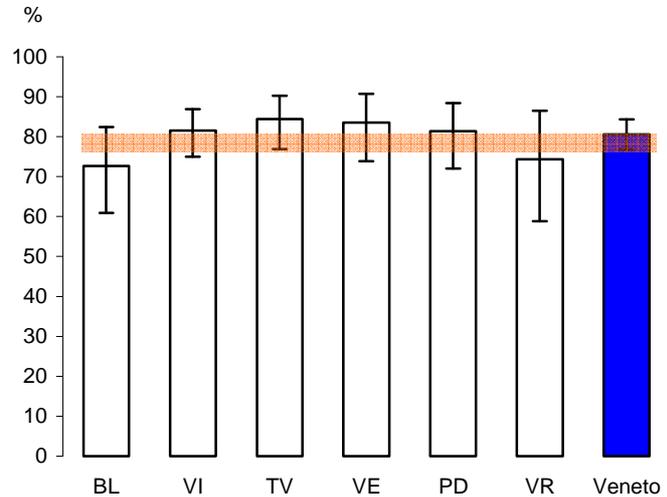
- Nella ASL 03 l'81% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 58% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 39 anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL 03- PASSI 2007 (n=44)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	81,0 (IC95%:65,9-91,4)
Classi di età	
50- 59	86,4
60 -69	75,0
Stato civile	
coniugata	81,8
non coniugata	77,8
Convivenza	
convivente	82,1
non convivente	78,6
Istruzione**	
bassa	77,4
alta	91,0
Difficoltà economiche	
sì	84,2
no	78,3

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

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

% di donne di 50-69 anni che hanno eseguito la Mammografia negli ultimi 2 anni
Veneto - PASSI 2007



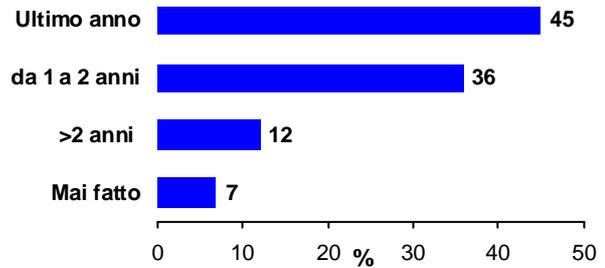
Nelle 6 provincie della regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di avere effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 73% di Belluno all'84% di Treviso).

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 45% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 36% da uno a due anni
- l'12% da più di due anni.
- Il 7% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.

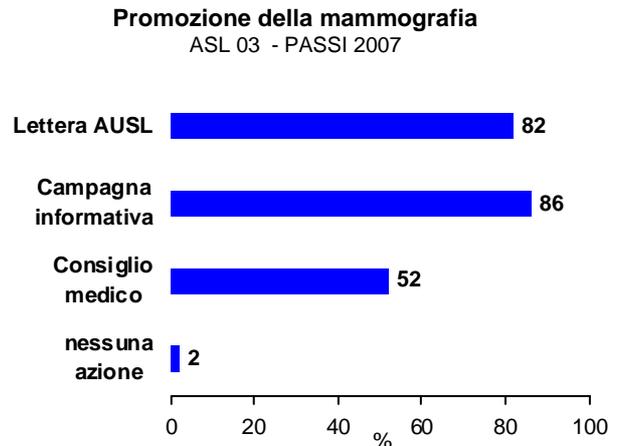
Mammografia e periodicità*
ASL 03 - PASSI 2007 (n=44)



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

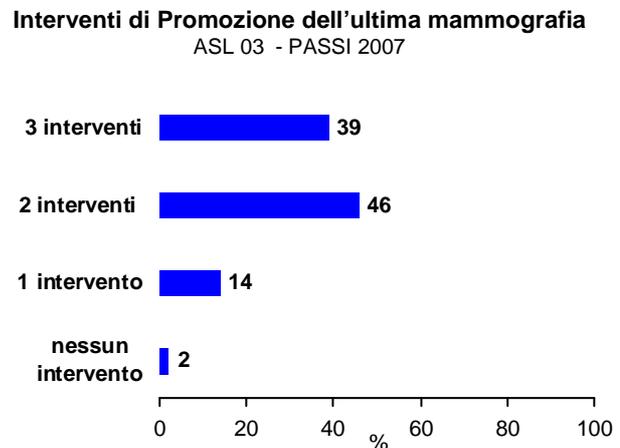
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL 03:
 - l'82% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - l' 86 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 52% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.



Nelle 6 provincie della Regione si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la lettera (range dal 69% di Venezia al 97% di Belluno) e nell'aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 68% della provincia di Vicenza all' 86% di Venezia). Non si riscontrano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 51% di Verona al 70% di Padova)

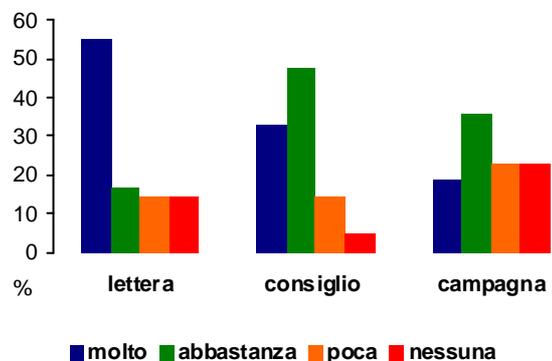
- Il 39% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 46% due interventi di promozione, il 14% uno solo.
- Solo il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ASL 03 il 72% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (55% molta e 17% abbastanza), mentre il 14% poca influenza sulla scelta e sempre il 14% nessuna; tra le 6 provincie della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 63% di Verona all'84% di Vicenza).
- l'81% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (33% molta e 48% abbastanza), mentre per il 14% poca influenza sulla scelta e per il 5% nessuna. Tra le 6 provincie della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 71% di Padova all'84% di Treviso)
- Il 55% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (19% molta e 36% abbastanza), mentre il 23% poca influenza sulla scelta e sempre il 23% nessuna; tra le 6 provincie della regione della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 62% di Vicenza all'82% di Verona).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL 03 - PASSI 2007

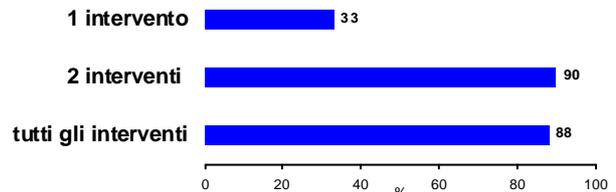


Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASL 03 hanno effettuato la mammografia il 33% delle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), il 90% con due interventi e l'88% con tutti e tre gli interventi.

Tra le 6 provincie partecipanti della regione queste percentuali sono rispettivamente del 73%, 82%, 85%

Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione
ASL 03 - PASSI 2007

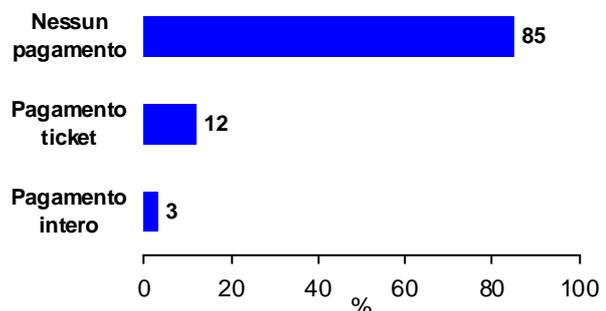


Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL 03 l'85% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Mammografia; il 12% ha pagato il ticket e il 3% ha pagato l'intero costo dell'esame.

Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

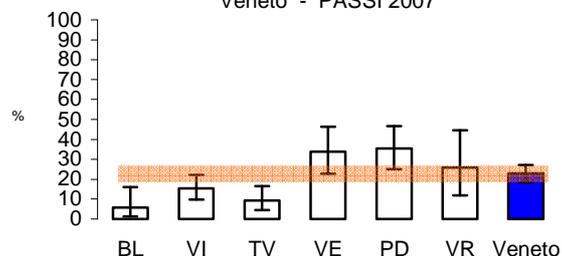
Costi della mammografia per le pazienti
ASL 03 - PASSI 2007 (n=34)



Nelle 6 provincie della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 6% di Belluno al 35% di Padova).

% di donne di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo in occasione dell'ultima Mammografia preventiva

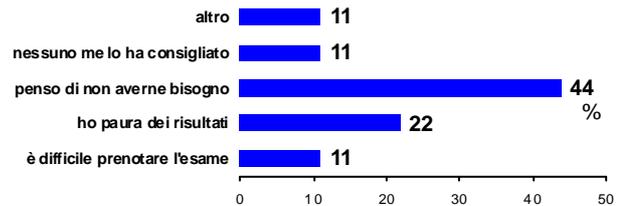
Veneto - PASSI 2007



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL 03 il 7% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 12% di averla effettuata oltre i 2anni.
- Le motivazione della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 44%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 11%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 22%
 - "è difficile prenotare l'esame" 11%
 - "altro" 11%

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida ASL 03 - PASSI 2007 (n=9*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 03 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventiva è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (81%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

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

Nella Regione Veneto, sulla base dei dati del Registro Tumori, si stima che nel 2007 i nuovi casi di tumore del colon retto siano stati pari a 1.708. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 61%. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci, la rettosigmoidoscopia e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. A partire dal 2002, le AULSS del Veneto hanno avviato i programmi di screening delle neoplasie colon rettili, all'inizio del 2007 i programmi di screening erano attivi in 17 AULSS. Nella nostra AULSS il programma è in fase avanzata di avvio pertanto nel 2007 l'adesione era stata bassa con una numerosità campionaria che non permette delle valutazioni.

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

- Nella ASL 03 il 18% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 5% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 13% riferisce di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.
- Tali dati sono indicativi del fatto che non è ancora stato avviato un programma di screening.

Nel Veneto il 51% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali in accordo con le linee guida (sangue occulto o colonscopia); il 41% riferisce di avere fatto la ricerca del sangue occulto e il 10% una colonscopia.

Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva sono in via di implementazione. E' stato pianificato un programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante tale diagnosi di questa condizione richiede una valutazione clinica approfondita.

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

- Nella ASL 03 l'11% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.

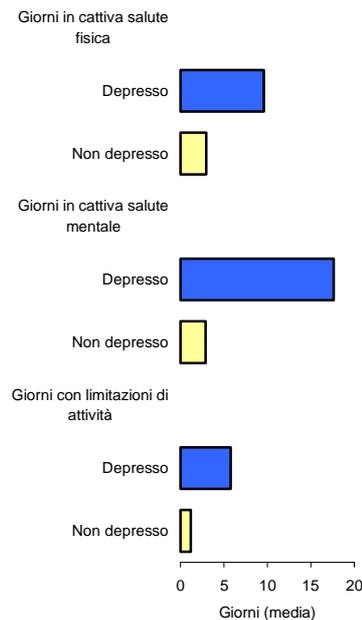
Nelle sei provincie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 4% di Belluno al 12% di Verona).

Sintomi di depressione	
ASL 03 - PASSI 2007 (n=228)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	11,4 (IC95%: 7,6-16,3)
Classi di età	
18-34	8,6
35 - 49	13,7
50 - 69	11,8
Sesso	
uomini	8,8
donne	13,9
Istruzione*	
bassa	10,5
alta	12,6
Difficoltà economiche	
sì	16,0
no	8,3
Stato lavorativo	
Lavora	10,6
Non lavora	13,3
Malattie croniche	
Almeno una	20,0
Nessuna	9,6

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

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

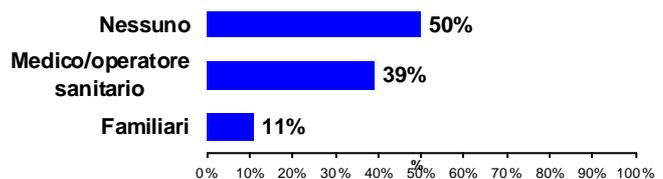
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 46% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", verso il 77% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale nell'arco del mese precedente l'intervista è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività sempre nell'arco del mese precedente l'intervista e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL 03 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 50%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, la metà non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 39%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL 03 – PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi ancora significativa la parte del bisogno non trattato.

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

Monitoraggio

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

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

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

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

- **Tasso di risposta**

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

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

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

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine. Il tasso di risposta nell'AULSS 3 nel periodo luglio-dicembre 2007 è stato dell' **84.2%**.

- **Tasso di sostituzione**

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

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

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

Il tasso di sostituzione nell'AULSS 3 nel periodo luglio-dicembre 2007 è stato del **15.8%**.

- **Tasso di rifiuto**

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

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

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

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

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

Il tasso di rifiuto nell'AULSS 3 nel periodo luglio-dicembre 2007 è stato del **13.6%**.

- **Tasso di non reperibilità**

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

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

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

Il tasso di non reperibilità nell'AULSS 3 nel periodo luglio-dicembre 2007 è stato del **2.3%**.

- **Tasso di eleggibilità "e"**

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

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

Il tasso di eleggibilità nell'AULSS 3 nel periodo luglio-dicembre 2007 è stato del **98.9%**.

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:
http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
- David W. Hosmer, Stanley Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley, 2000
- Gruppo tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del Sistema di sorveglianza PASSI: Sistema di sorveglianza PASSI:(Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) Rapporto ISTISAN 07/30, disponibile presso il sito internet dell'ISS: www.iss.it
- CCM, ISS, Regione del Veneto: Sistema di sorveglianza Passi - Rapporto regionale 2007 Veneto, disponibile presso il sito internet della Regione del Veneto all'indirizzo: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/>

Salute e qualità di vita percepita

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

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- Healthy People 2010 www.healthypeople.gov
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:
http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
Ministero della Salute – Programma “Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari”
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002

- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Relazione annuale sul tabagismo 2008 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003
- Valery L, Anke O, Inge KK, Johannes B. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur J Cancer Prev. 2008 Nov;17(6):535-44.

Alimentazione

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

Alcol

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

Sicurezza stradale

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)
- Rapporto Incidenti stradali 2007 Istat-ACI disponibile presso il sito internet dell' ISTAT: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/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
- Istituto Superiore Sanità: rapporto stampa 23/05/2008
- 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 Databse Syst Rev 2005

- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. *Ital Heart J*; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial *JAMA* 2003 30;289 (16):2083 - 93

Diagnosi precoce oncologica

- Osservatorio Nazionale Screening Sesto rapporto
- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" –2002
- ISTAT La mortalità per causa nelle regioni italiane 2000-2002 www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Regione del Veneto Assessorato alle Politiche Sanitarie – Istituto Oncologico Veneto – Registro Tumori Veneto: i programmi di screening oncologici del Veneto – Rapporto 2006

Sintomi di depressione

- "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)
- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - *European Neuropsychopharmacology*. 15 (2005): 357-376
- "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH ("European Study on the Epidemiology of Mental Disorders", realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health Survey Initiative)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

