



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale

anno 2008

Valle d'Aosta





A cura di:

Salvatore Bongiorno e Rossella Cristaudo
coordinatori regionali PASSI
(Dipartimento di Prevenzione ASL Valle d'Aosta)

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 Carrozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirous Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadigroma, Roma)

- a livello regionale:

Enrico Rovarey e Gabriella Furfaro
(Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali - Regione Valle d'Aosta)

- a livello aziendale:

Lina Pasqualotto (coordinatrice assistenti sanitarie), Erika Arlian, Luisa Balagna, Manuela Brunero, Carla Crescini, Rosilda Cuaz, Agnese Dondeynaz, Elisa Echarlod, Elena Filetti, Daniela Henry, Nadia Minerdo, Cinzia Morina, Milena Montrosset, Laura Nicoletta, Stefania Perego, Paola Thiebat, Franca Touscoz, Beatrice Vallet, Enrico Ventrella, Manuela Voyat.

Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore di Area Territoriale dell'ASL, i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

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

PREMESSA

È un dato di fatto che, in tutto il mondo, i sistemi sanitari investono una modestissima quota della spesa sanitaria nella prevenzione rispetto alle spese di assistenza: solo il 3%, secondo le stime dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori, per prime) assorbono fette sempre più rilevanti della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie continua ad aumentare con l'allungamento della vita media. In Italia, la proporzione di popolazione con più di 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e ora rappresenta circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune Regioni.

Continuare a investire solo in assistenza non è più sostenibile. Una parte dell'attenzione deve essere quindi focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione. Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria, in Europa, è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

In questo contesto, allora, diviene essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, per rilevare il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione. Il sistema di sorveglianza PASSI risponde a questa esigenza andando a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e nei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

PASSI è uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa, infatti, altri Paesi hanno attivato una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali.

Inoltre la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati avvengono a livello locale agevolando l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle nostre Asl e Regioni e fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale; nell'ottica delle strategie di sanità pubblica previste dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Con PASSI, le iniziative su temi di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo, e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

Indice

Obiettivi.....	Pag. 4
Metodi e privacy.....	Pag. 7
Descrizione del campione.....	Pag. 9
Percezione dello stato di salute.....	Pag. 14
Attività fisica.....	Pag. 17
Abitudine al fumo.....	Pag. 21
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	Pag. 28
Consumo di alcol.....	Pag. 36
Sicurezza stradale.....	Pag. 43
Rischio cardiovascolare.....	Pag. 47
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero.....	Pag. 62
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella.....	Pag. 67
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto.....	Pag. 72
Vaccinazione antirosolia.....	Pag. 79
Sintomi di depressione.....	Pag. 82
Sicurezza domestica.....	Pag. 85
Sintesi del rapporto.....	Pag. 91
Appendice – Monitoraggio.....	Pag. 93

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione valdostana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e a misure preventive adottate.

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 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.

11. 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.

12. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per il Pap test e 3 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne

informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;

- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicit  dell'ultima effettuazione e se   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 nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.

13. Sintomi di depressione

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attivit 
- 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 ad opera delle Assistenti Sanitarie dell'ASL, 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 applicati in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione di studio

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

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69), direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Il campione aggregato, nel periodo di riferimento, è stato di **321** individui.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2008 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Calabria, in parte della Lombardia e della Sardegna, per un totale di 37.560 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza. Alcune Regioni, come la nostra, hanno provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASL durante tutto il 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 24 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta tramite questionario, nella maggior parte dei casi (61,7%) utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle altre ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono mostrati anche i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel periodo di riferimento ("pool PASSI").

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 85.000 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie dell'AUSL della Regione Valle d'Aosta.

Da gennaio 2008 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 321 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

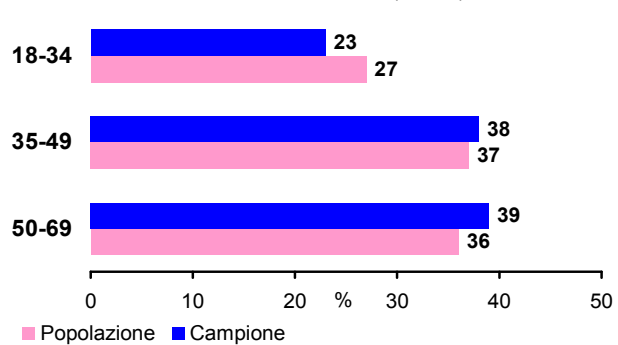
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 44 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta è risultato dell'72,3%, il tasso di sostituzione del 27,7% e quello di rifiuto del 17,3% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

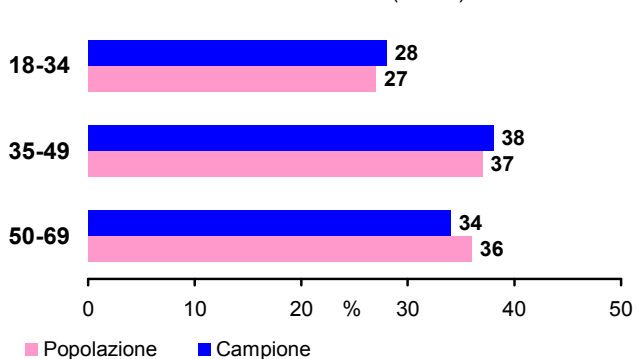
L'età e il sesso

- In VdA, il campione intervistato (321 persone) è risultato composto per il 47,4 da donne e per il 52,6 da uomini; l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 25,5% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 37,7% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 36,8% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
VdA - PASSI 2008 (n=169)



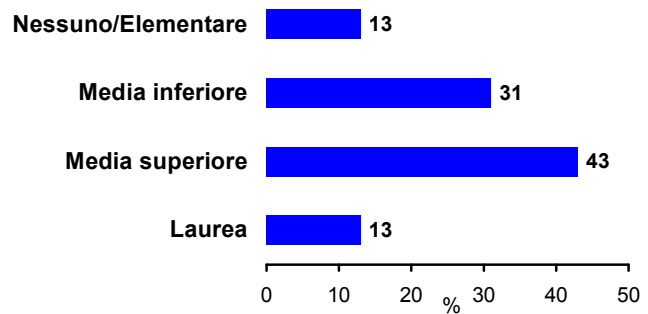
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
VdA - PASSI 2008 (n=152)



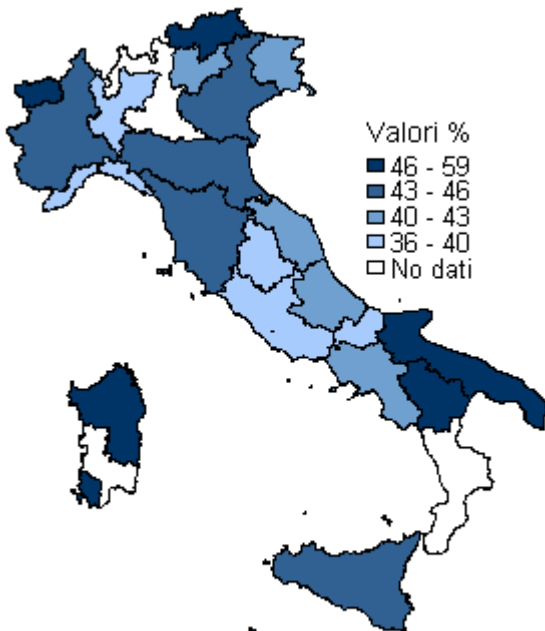
Il titolo di studio

- In VdA il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 36% la licenza media inferiore, il 46% la licenza media superiore e l'8% è laureato.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche.

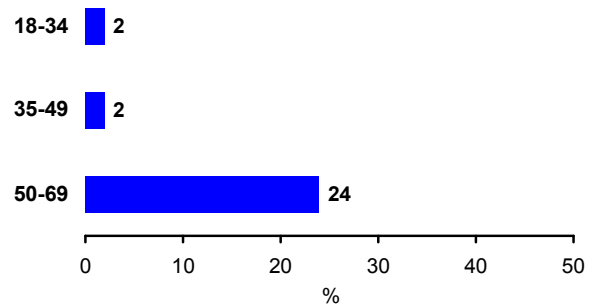
Campione per titolo di studio
VdA - PASSI 2008 (n=321)



Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2008



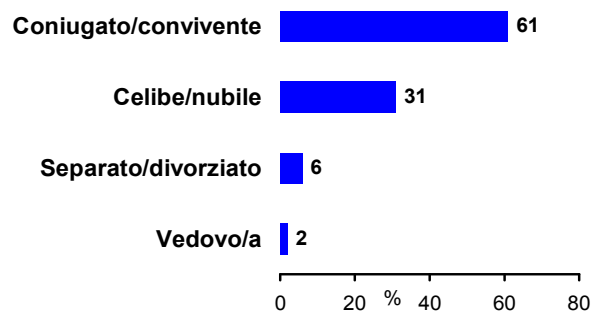
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
VdA - PASSI 2008 (n=321)



Lo stato civile

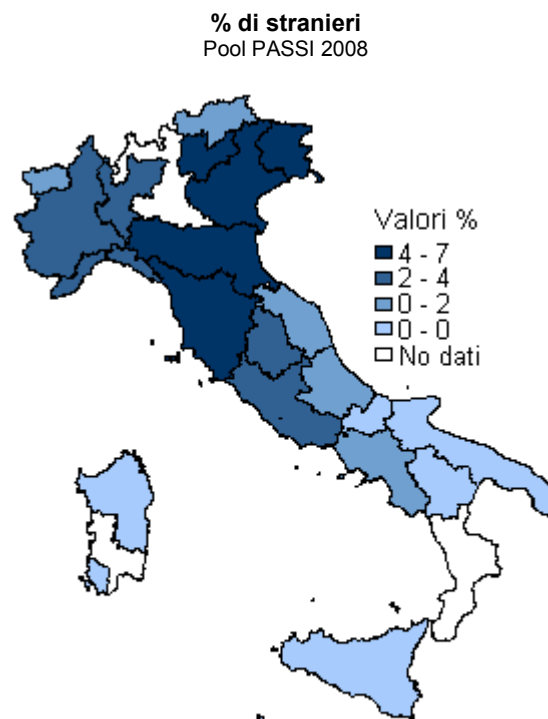
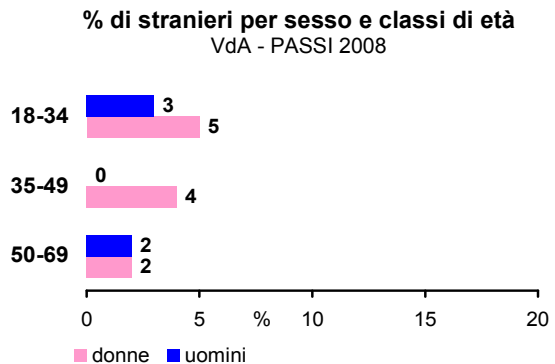
- In VdA i coniugati/conviventi rappresentano il 61% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi il 2%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 31%, 5% e 3%.

Campione per categorie stato civile
VdA - PASSI 2008 (n=321)



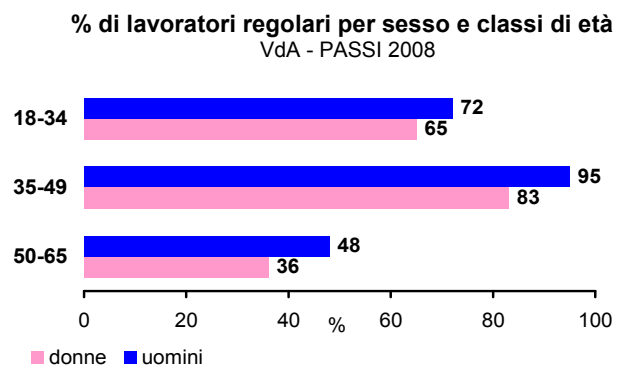
Cittadinanza

- In VdA la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 4% della popolazione. Nel campione il 2% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Tra le persone intervistate, gli stranieri sono più rappresentati dalle donne.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- Anche a livello nazionale tra le ASL partecipanti al Sistema PASSI, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 2% degli intervistati con differenze territoriali.

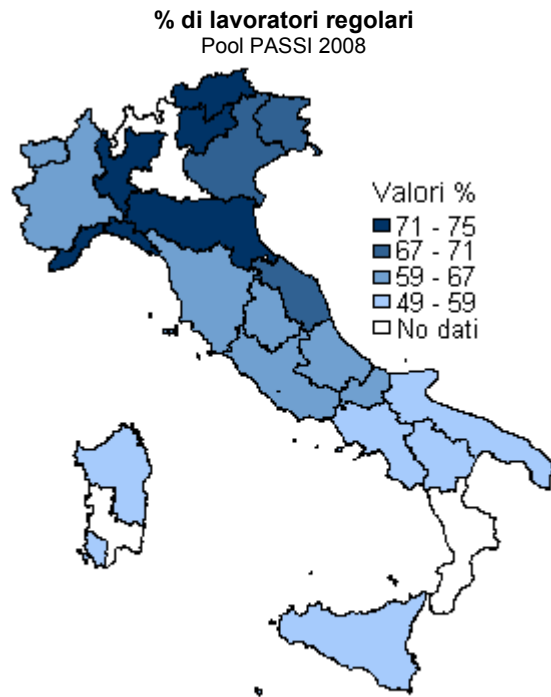


Il lavoro

- In VdA il 68% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (63% contro 73%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle AUSL partecipanti a livello nazionale.



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

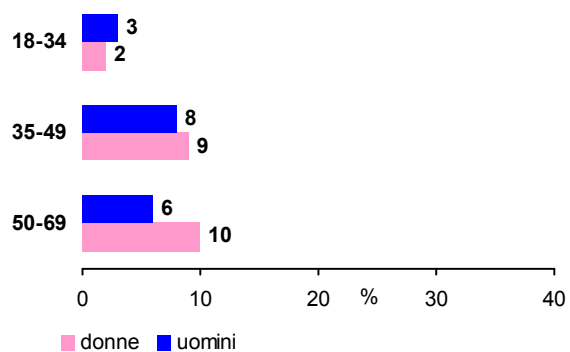


Difficoltà economiche

- In VdA:
 - il 63% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 30% qualche difficoltà
 - il 7% molte difficoltà economiche.

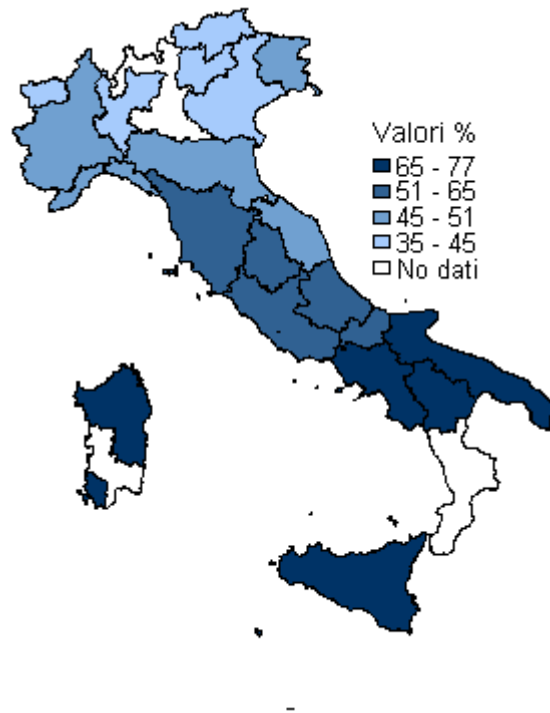
- In particolare la classe 18-34 anni riferisce, in minor misura di avere difficoltà economiche.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
VdA - PASSI 2008



- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
 - il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 41% qualche difficoltà
 - il 14% molte difficoltà economiche.
 La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2008



Conclusioni

Il tasso di risposta e le percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano un miglioramento rispetto ai dati relativi al precedente periodo a vantaggio della qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione con la popolazione della Valle d'Aosta indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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

Percezione dello stato di salute

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

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

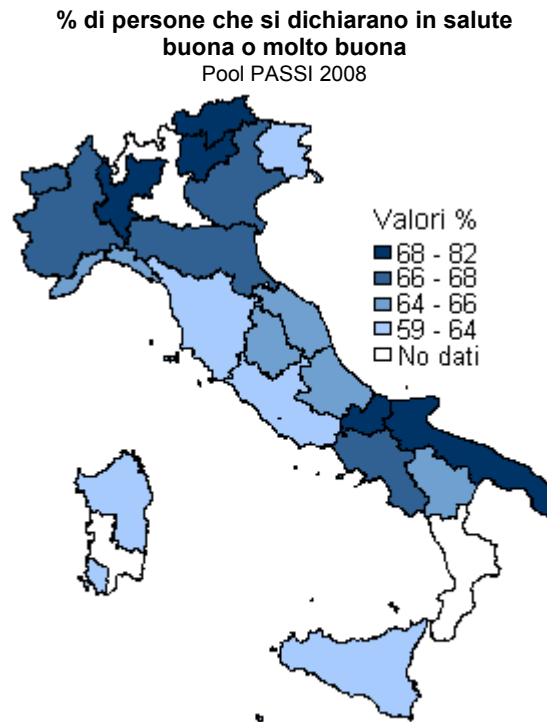
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

	Stato di salute percepito positivamente°	
	VdA - PASSI 2008 (n=320)	
	Caratteristiche %	
• In VdA il 66% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 33% ha riferito di sentirsi discretamente e solo l'1% ha risposto in modo negativo (male/molto male).	Totale	66,4
		(IC95% 61,7-71,1)
	Età	
	18 – 34	86,6
	35 – 49	76,0
	50 – 69	42,4
	Sesso	
	uomini	69,2
	donne	63,2
	Istruzione	
	nessuna/elementare	37,5
	media inferiore	54,8
	media superiore	80,3
	laurea	76,9
	Difficoltà economiche	
	molte	38,1
	qualcuna	60,8
	nessuna	72,1
	Patologie severe°°	
	almeno una	22,5
	assente	72,6

° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

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

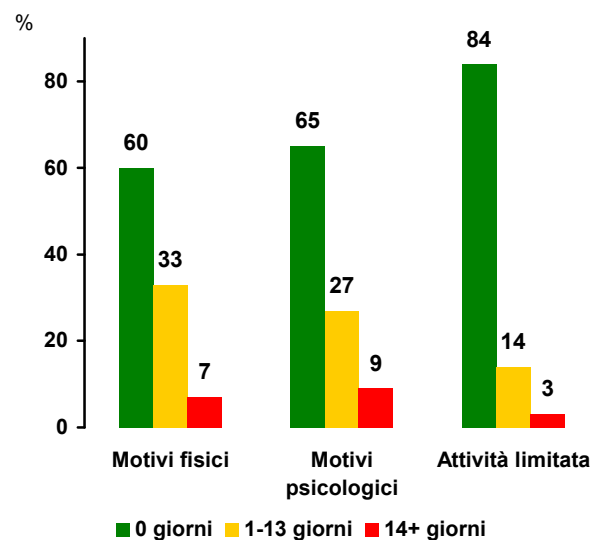
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 65% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.



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

- In VdA la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (60% in buona salute fisica, 65% in buona salute psicologica e 84% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (7%), per motivi psicologici (9%) e con limitazioni alle attività abituali (3%).

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



Giorni percepiti in cattiva salute al mese

VdA - PASSI 2008 (n=320)

Caratteristiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	2,9	3,1	1,2
Classi di età			
18 - 34	2,1	1,9	0,6
35 - 49	2,6	3,0	0,8
50 - 69	3,9	4,1	2,0
Sesso			
uomini	2,4	2,2	1,5
donne	3,5	4,1	0,9
Istruzione			
nessuna/elementare	4,5	3,8	3,4
media inferiore	3,6	3,5	1,3
media superiore	2,1	2,8	0,7
laurea	2,8	2,5	0,8
Difficoltà economiche			
molte	6,2	6,1	2,9
qualche	3,9	3,7	1,3
nessuna	2,1	2,6	0,9
Patologie severe^o			
almeno una	5,1	7,0	4,7
assente	2,6	2,6	0,7

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici è maggiore nelle donne (che però hanno meno giorni con limitazioni alle attività abituali), nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) nelle persone con basso livello di istruzione, con più difficoltà economiche e con presenza di patologie severe.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute, in linea con i dati rilevati dall'indagine multiscopo dell'ISTAT 2005.

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

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

La misura dello stato di salute percepito ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

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

Attività fisica

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

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

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

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

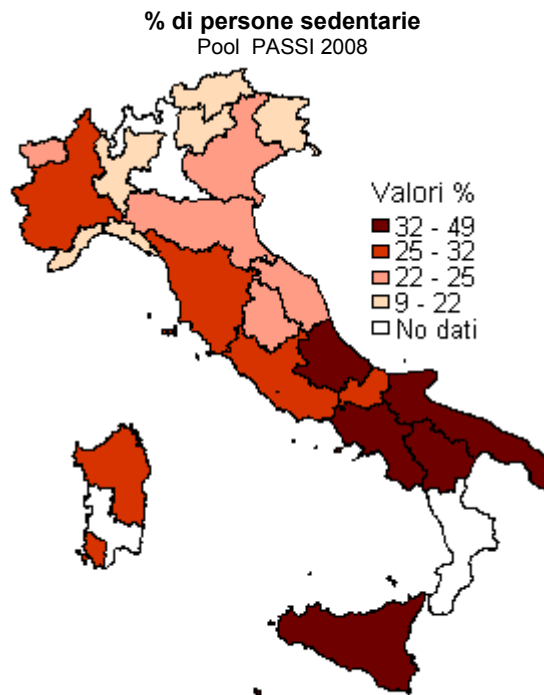
Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- In VdA il 32,6% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 42,6% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 24,8% è completamente sedentario.



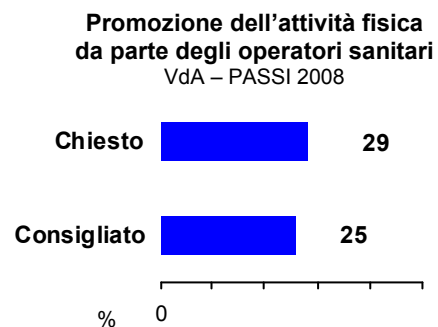
Sedentari	
VdA - PASSI 2008 (n=321)	
Caratteristiche %	
Totale	24,8
	(IC95% 20,0 – 29,6)
Classi di età	
18-34	18,3
35-49	24,2
50-69	29,9
Sesso	
uomini	21,0
donne	28,9
Istruzione	
nessuna/elementare	28,1
media inferiore	33,9
media superiore	17,8
laurea	19,2
Difficoltà economiche	
molte	38,1
qualche	32,0
nessuna	19,5

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione, tra quelle con maggiori difficoltà economiche e tra le donne. Analizzando con una opportuna tecnica statistica, si conferma un rischio maggiore di sedentarietà per le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 28% del campione con un evidente gradiente territoriale.



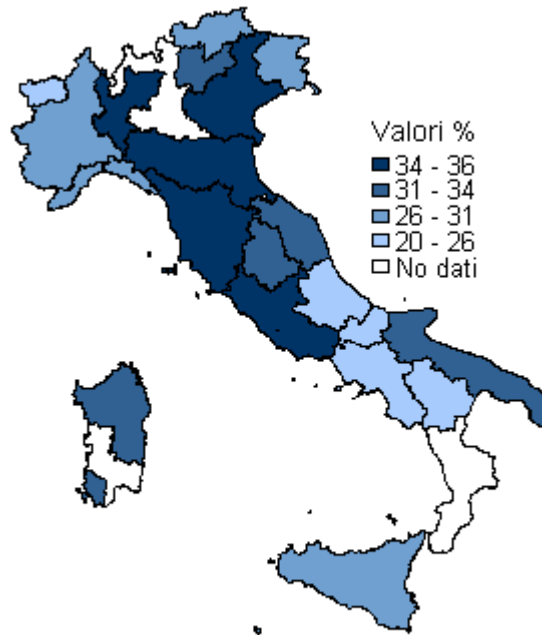
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- In VdA circa il 29% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 25% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 30% con un evidente gradiente territoriale.

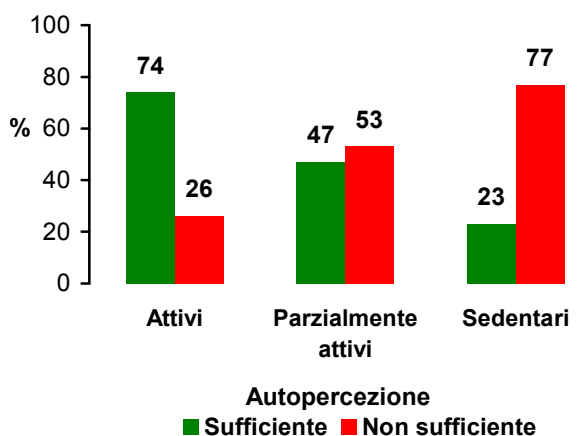
% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Pool PASSI 2008



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 26% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 47% delle persone parzialmente attive ed il 23% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
VdA - PASSI 2008 (n=321)



Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario il 31% degli ipertesi.

Conclusioni e raccomandazioni

In VdA si stima che solo una persona adulta su tre (33%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 25% può essere considerato completamente sedentario.

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

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più, in particolare tra le persone ipertese.

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

L'abitudine al fumo

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

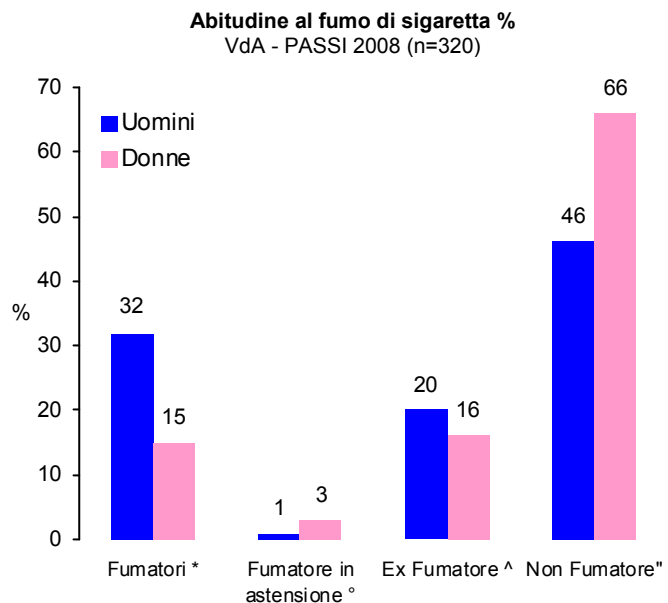
L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in :
 - il 55% degli intervistati ha riferito di non fumare
 - il 24% di essere fumatore
 - il 19% di essere un ex fumatore.
 Il 2% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (32% versus 15%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (66% versus 46%).



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

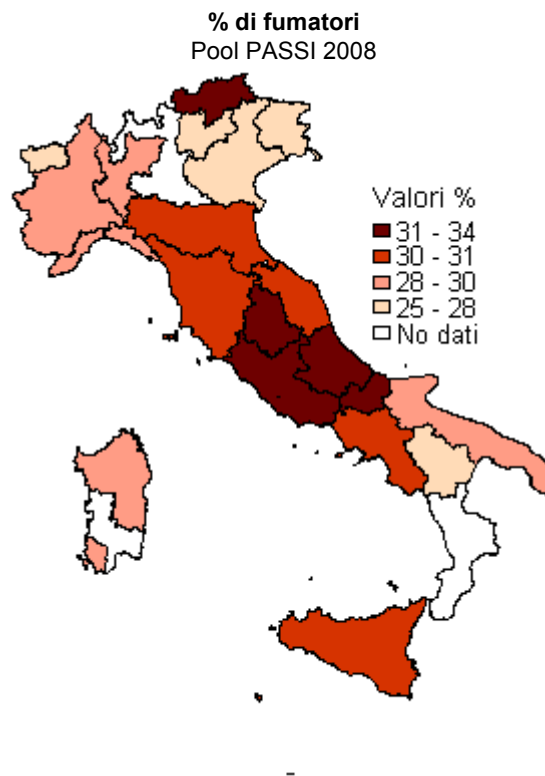
° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

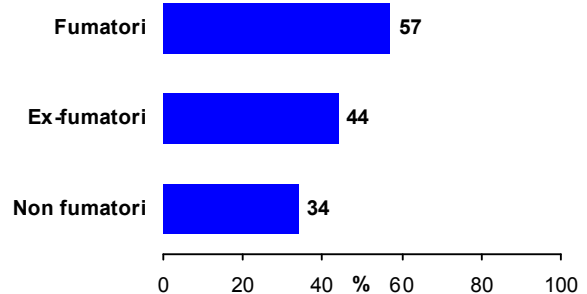
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con difficoltà economiche
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, queste categorie si confermano associate significativamente alla condizione di fumatore.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 15 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al dì ("*forte fumatore*").
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50%.



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

- Il 42% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
 - il 57% dei fumatori
 - il 44% degli ex fumatori
 - il 34% dei non fumatori.

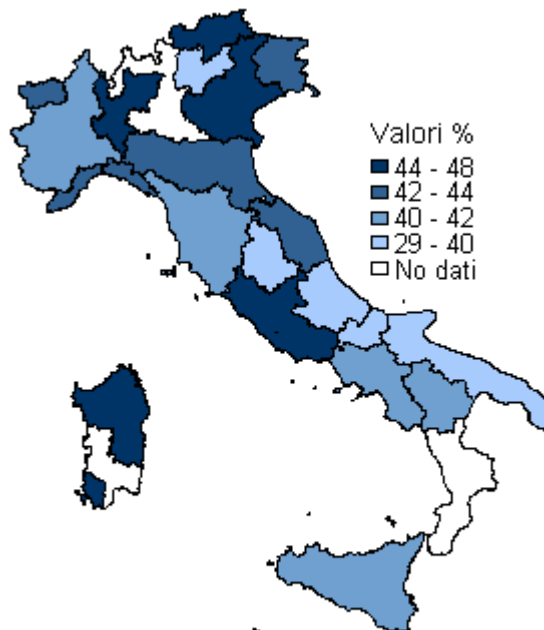
% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo
VdA - PASSI 2008 (n=320)*



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

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% degli intervistati.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
Pool PASSI 2008

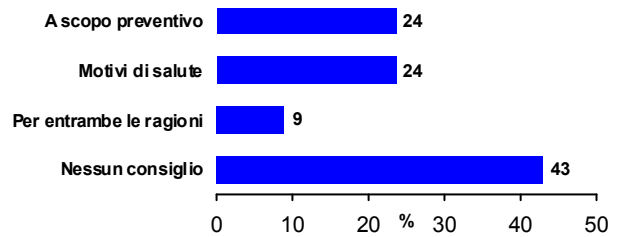


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Tra i fumatori, quasi il 57% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute e a scopo preventivo.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

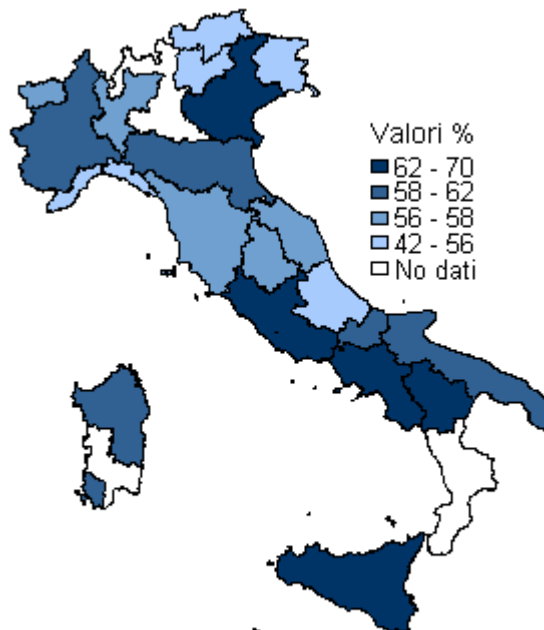
VdA - Passi 2008 (n=55)*



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

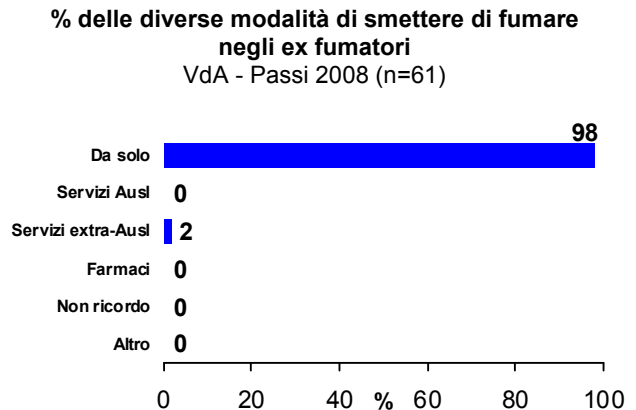
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che ha riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 60%.

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare Pool PASSI 2008



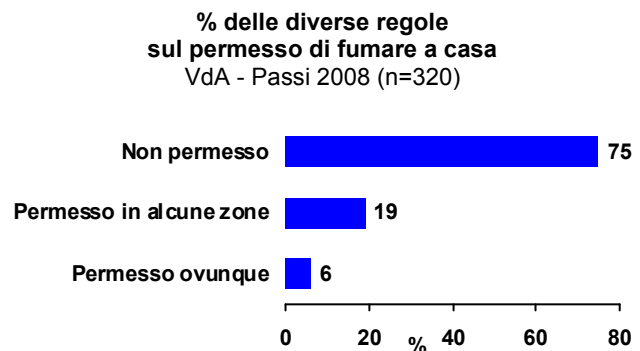
Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori, ben il 98% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; solo il 2% ha riferito di aver fruito di servizi dell'AUSL.
- I valori rilevati sono in linea col dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale: il 96% degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.
- Fra i fumatori, il 33% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (41% a livello nazionale).



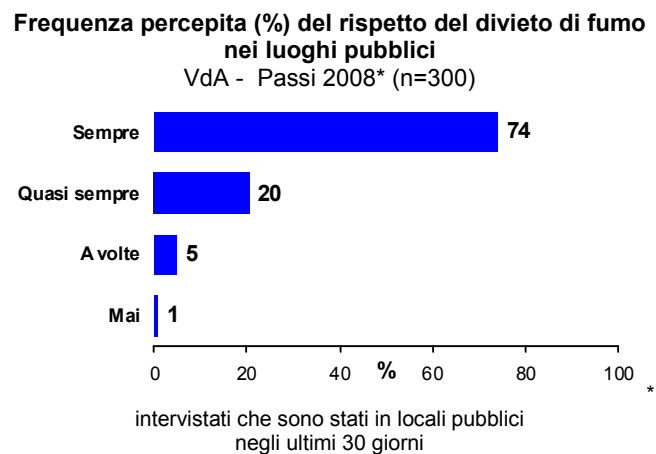
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
 - il 75% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
 - il 19% che si fuma in alcuni luoghi
 - il 6% che si fuma ovunque.

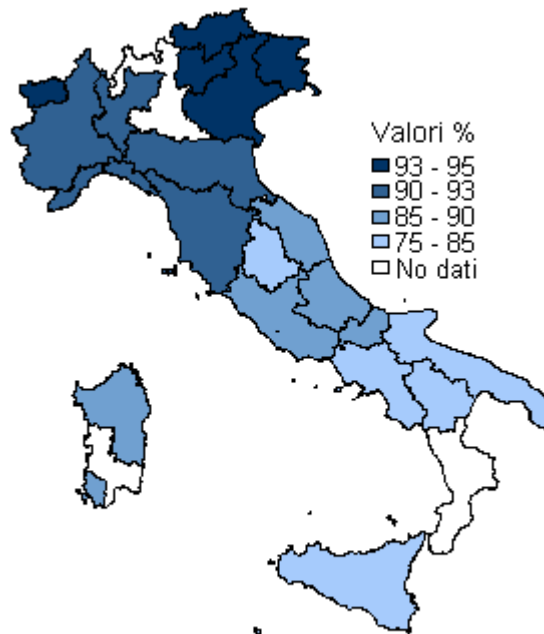


La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Il 94% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato: sempre (74%) o quasi sempre (20%).
- Il 6% ha invece dichiarato che il divieto non è rispettato: mai (1%) o raramente (5%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'84% dei casi con un evidente gradiente territoriale.



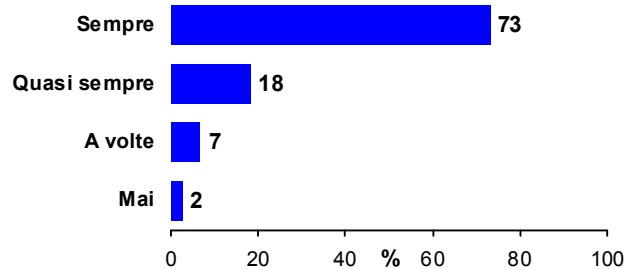
**% di persone che ritengono
sempre o quasi sempre rispettato
il divieto di fumo nei luoghi pubblici**
Pool PASSI 2008



Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 91% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (73%) o quasi sempre (18%).
- Il 9% ha dichiarato che il divieto non è rispettato: mai (2%) o raramente (7%).

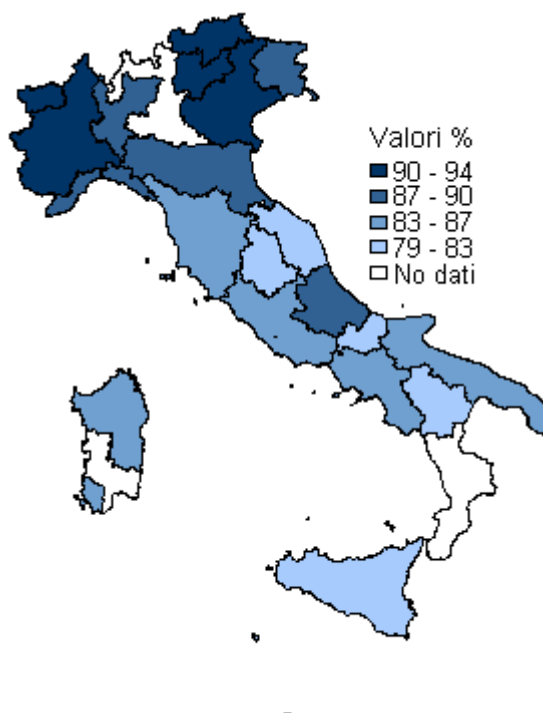
**Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo
sul luogo di lavoro**
VdA – Passi 2008 (n= 214)*



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

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'85% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

**% di lavoratori che ritengono
sempre o quasi sempre rispettato
il divieto di fumo sul luogo di lavoro**
Pool PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

In Valle d'Aosta si stima che una persona su quattro circa sia classificabile come fumatore, a livello nazionale una persona su tre; le prevalenze più alte si riscontrano tra gli uomini.

Solo poco più della metà dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema migliorabile, da parte degli operatori sanitari.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; quasi nessuno ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle AUSL regionali.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante, da mantenere monitorato nel tempo, anche se nella nostra Regione i divieti sembrano essere più rispettati che nel resto del Paese.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

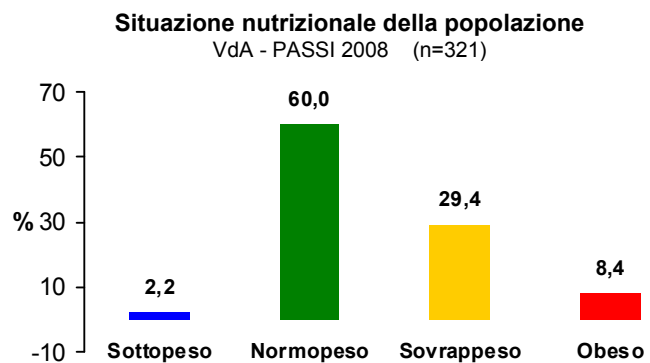
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato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

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In VdA il 2,2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 60% normopeso, il 29,4% sovrappeso e l'8,4% obeso.
- Complessivamente si stima che circa il 38% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello di istruzione
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, le significatività rilevate si mantengono.

Popolazione con eccesso ponderale %
VdA- PASSI 2008 (n=321)

	Totale	Sovrappeso	Obesi
		29,4 (IC95% 23,4 – 32,7)	8,4 (IC95% 5,3 – 11,4)
Classi di età			
18 – 34		sovrappeso 13,4	obesi 3,7
35 – 49		sovrappeso 29,2	obesi 7,5
50 – 69		sovrappeso 40,7	obesi 12,7
Sesso			
uomini		sovrappeso 41,1	obesi 8,3
donne		sovrappeso 16,4	obesi 8,6

Istruzione

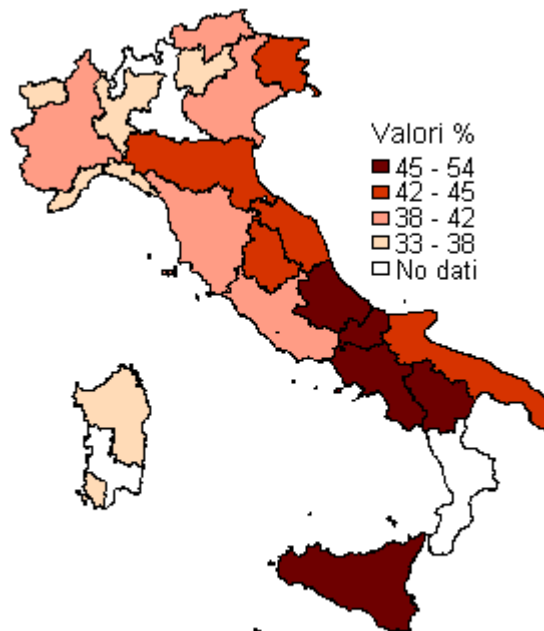
nessuna/ elementare	sovrappeso 31,3	obesi 18,8
media inf.	sovrappeso 35,7	obesi 11,3
media sup.	sovrappeso 27,9	obesi 4,8
laurea	sovrappeso 7,7	obesi 3,8

Difficoltà economiche

molte	sovrappeso 33,3	obesi 9,5
qualche	sovrappeso 35,1	obesi 9,3
nessuna	sovrappeso 25,9	obesi 8,0

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 11% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

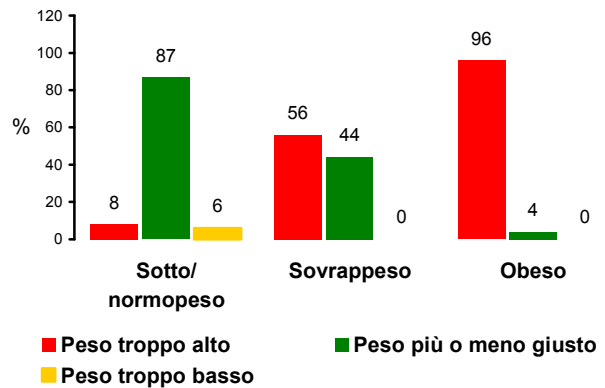
% persone in eccesso ponderale
Pool PASSI 2008



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in VdA si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (96%) e nei normopeso (87%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 44% ritiene il proprio peso giusto.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'85% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'89% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 12% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 55% degli uomini.

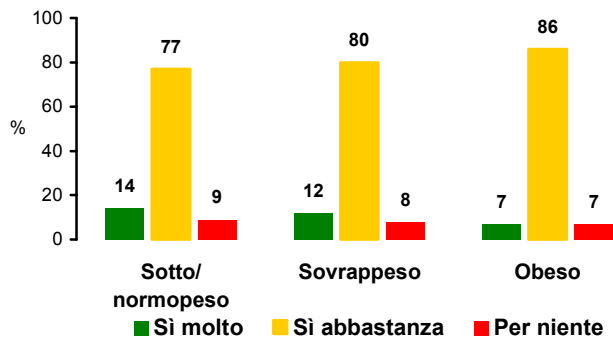
Percezione della proprio peso
VdA - PASSI 2008 (n=320)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In VdA circa il 91% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:
 - il 91% delle persone sottopeso/normopeso
 - il 92% dei sovrappeso
 - il 93% degli obesi.

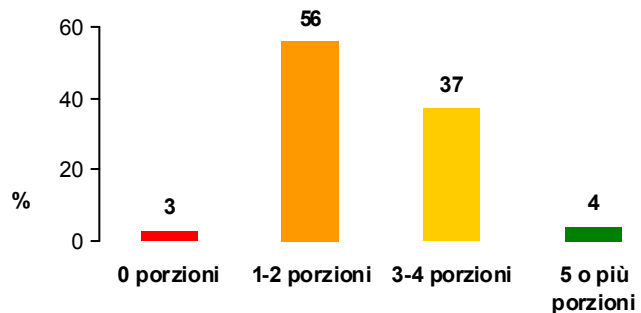
Quello che mangia fa bene alla sua salute?
VdA - PASSI 2008 (n=320)



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

- In VdA il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 37% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo meno del 4% le 5 porzioni raccomandate.
- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
VdA - PASSI 2008 (n=320)



- nelle persone sopra ai 50 anni
- negli uomini
- nelle persone con basso livello d'istruzione
- nelle persone sovrappeso.

Non emergono differenze legate alla condizione economica.

Consumo di frutta e verdura Adesione al "5 a day" °

VdA - PASSI 2008 (n=320)

Caratteristiche %

Totale

3,8

(IC95% 2,0 – 6,6)

- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, l'adesione al "five a day" rimane significativamente associata con la condizione di sovrappeso.

Classi di età

18 – 34	3,7
35 – 49	2,5
50 – 69	5,1

Sesso

uomini	4,8
donne	2,6

Istruzione

nessuna/elementare	9,4
media inferiore	1,7
media superiore	4,8
laurea	0,0

Difficoltà economiche

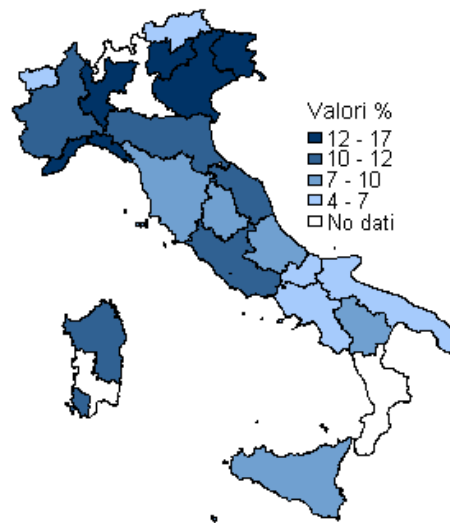
molte	4,8
qualche	4,1
nessuna	3,5

Stato nutrizionale

sotto/normopeso	1,5
sovrappeso	9,6
obeso	0,0

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

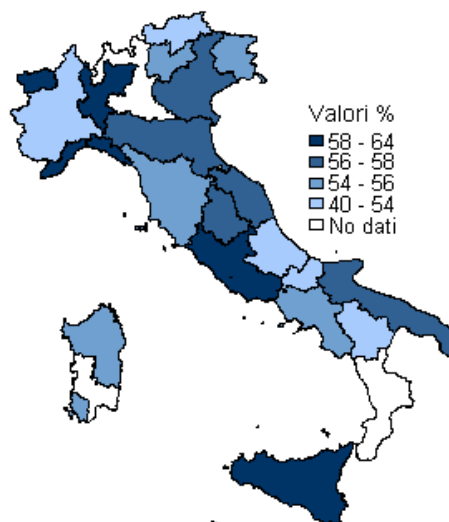
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione.

% persone che aderiscono al “five a day” Pool PASSI 2008**Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

- In VdA il 59% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 53% delle persone in sovrappeso e il 76% delle persone obese.

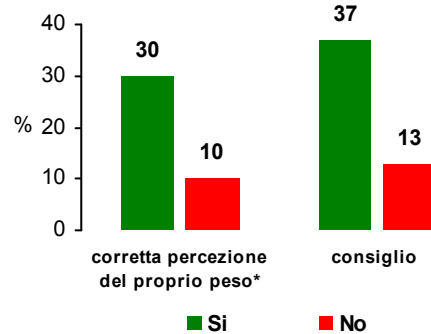
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 48% delle persone in sovrappeso e l'81% delle persone obese);

**% di persone in sovrappeso/obese
che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso
da un operatore sanitario - Pool PASSI 2008**



- In VdA il 24% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (21% nei sovrappeso e 33% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (50% vs 12% negli uomini)
 - negli obesi (33% vs 21% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (30%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (10,0%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (37% vs 13%).

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
VdA - PASSI 2008



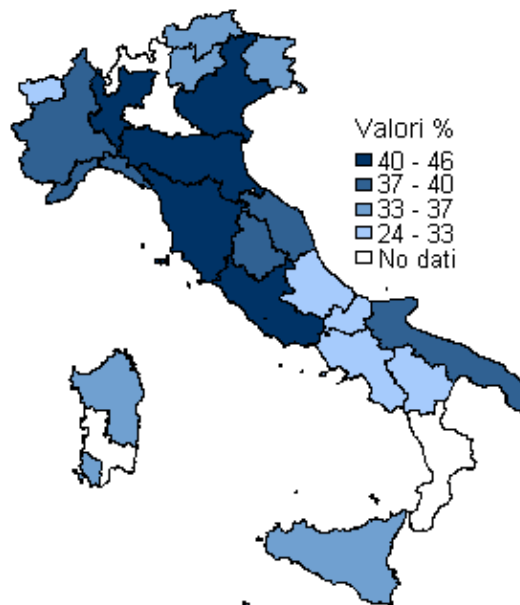
* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=94)

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

- In VdA il 25% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (in particolare il 25% nei sovrappeso e il 26% negli obesi). Il 33% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e il 44% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 67% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 78% di chi non l'ha ricevuto.

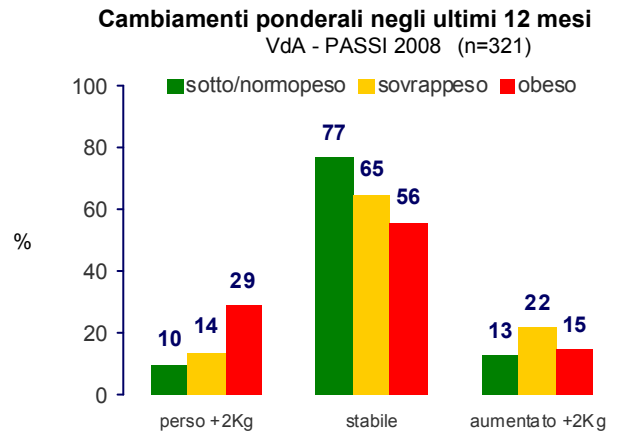
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi.

% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica - Pool PASSI 2008



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In VdA il 16% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nelle persone già in eccesso ponderale (15% obesi e 22% sovrappeso vs 13% normopeso).
 - nelle donne (20%) vs uomini (12%).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra le varie fasce d'età.



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in VdA più di una persona adulta su tre presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 56% delle persone sovrappeso percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e tra i le persone sovrappeso quasi una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 24% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (75%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa il 41% ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (4%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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

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

Consumo di alcol

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

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

L'alcol è una sostanza tossica dannosa per l'organismo: non è fissato un livello soglia di "non pericolosità" e studi recenti confutano la considerazione diffusa che un consumo leggero di alcolici sia benefico per la salute e protegga il cuore. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

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

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

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o *binge drink* (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Quante persone consumano alcol?

		Consumo di alcol (ultimo mese)	
		VdA - PASSI 2008 (n=321)	
		Caratteristiche delle persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica° %	
<ul style="list-style-type: none"> • In VdA la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è di circa il 68%. • Si sono osservate percentuali più alte di consumo: <ul style="list-style-type: none"> - nella fascia 25-34 anni - negli uomini - nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche. 	<p>Totale</p> <p>Classi di età</p> <p>18 - 24</p> <p>25 - 34</p> <p>35 - 49</p> <p>50 - 69</p> <p>Sesso</p> <p>uomini</p> <p>donne</p> <p>Istruzione</p> <p>nessuna/elementare</p> <p>media inferiore</p> <p>media superiore</p> <p>laurea</p> <p>Difficoltà economiche</p> <p>molte</p> <p>qualche</p>	<p>68,3</p> <p>(IC95% 62,8 – 73,4)</p> <p>67,9</p> <p>74,5</p> <p>67,5</p> <p>66,4</p> <p>82,8</p> <p>52,3</p> <p>65,6</p> <p>65,8</p> <p>68,8</p> <p>80,0</p> <p>66,7</p> <p>58,5</p>	

Analizzando con una opportuna tecnica statistica, si mantiene la significatività per il sesso maschile.

Il 61,5% circa degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 38,5% prevalentemente durante il fine settimana.

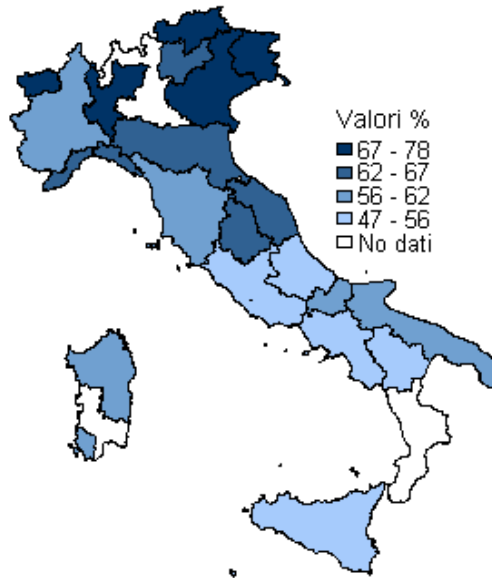
nessuna 73,0

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

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

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 61%, con un evidente gradiente territoriale.

Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese - Pool PASSI 2008

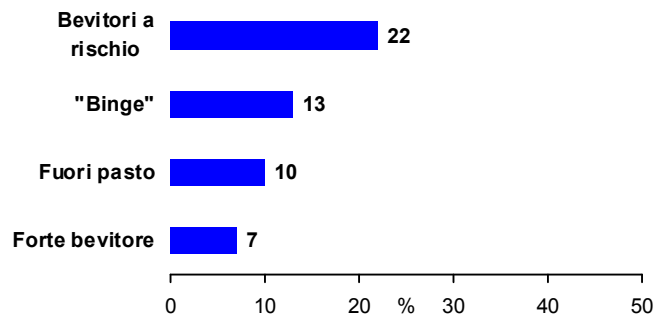


Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 22% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
 - Il 13% può essere considerato un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
 - Il 10% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
 - Il 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di bevitori a rischio è dell'28%, mentre quella di forte bevitore è del 17%.

Bevitori a rischio* per categorie

VdA - PASSI 2008 (n=321)

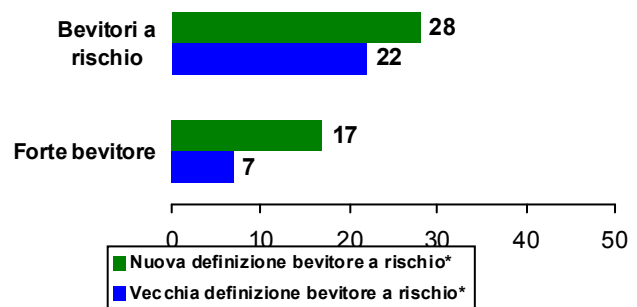


* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Bevitori a rischio e forti bevitori

Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN

VdA - PASSI 2008 (n=321)

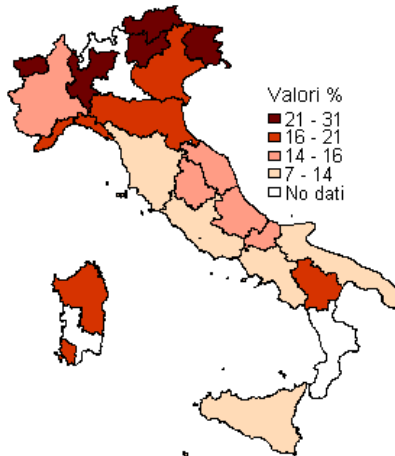


N.B.: la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della

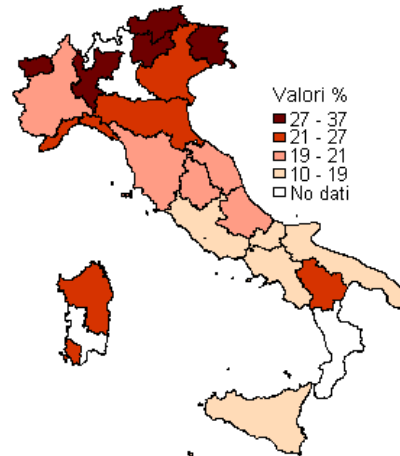
nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne).
La barra blu nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 16% (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.

Percentuale di bevitori a rischio
Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"
Pool PASSI 2008



Percentuale di bevitori a rischio
Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"
Pool PASSI 2008

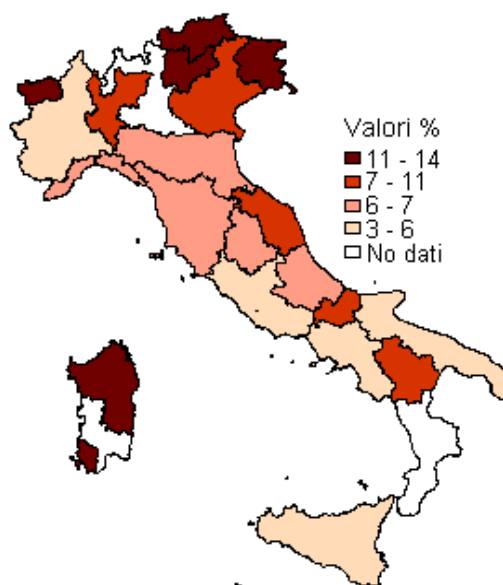


Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 13% degli intervistati e risulta più diffuso negli uomini (20% vs 4% nelle donne).
Non si rilevano differenze significative riguardo le fasce d'età, il livello di istruzione e le condizioni economiche.

Tra le ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori "binge" è del 7%.

Percentuale di bevitori "binge" Pool PASSI 2008

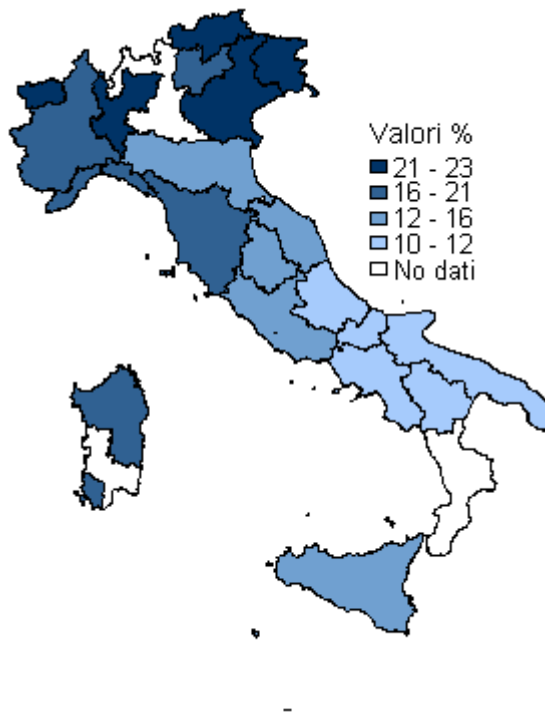


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In VdA il 22% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Il 15% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 9% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

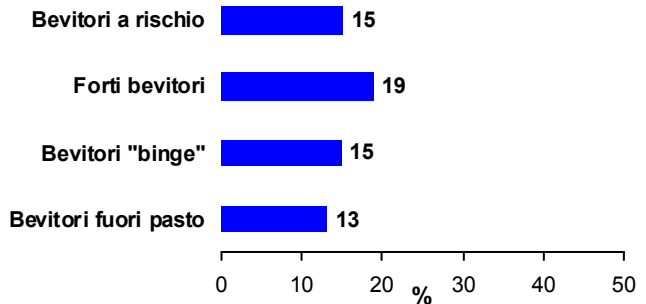
Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol

Pool PASSI 2008



- Solo il 5% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 15%. In particolare:
 - 19% nei forti bevitori,
 - 15% nei bevitori "binge"
 - 13% nei bevitori fuori pasto

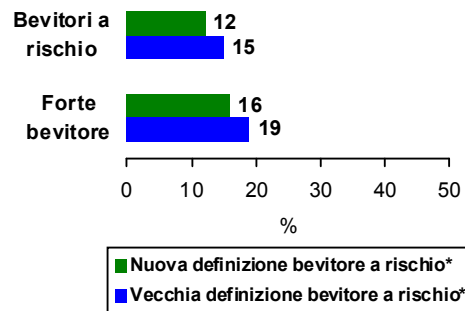
% bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°
VdA - PASSI 2008 (n=232)



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

° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

% bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"
VdA - PASSI 2008 (n=232)



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

° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Conclusioni e raccomandazioni

In VdA si stima che più di 2 persone su 3 di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e che circa il 22% abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione.

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

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

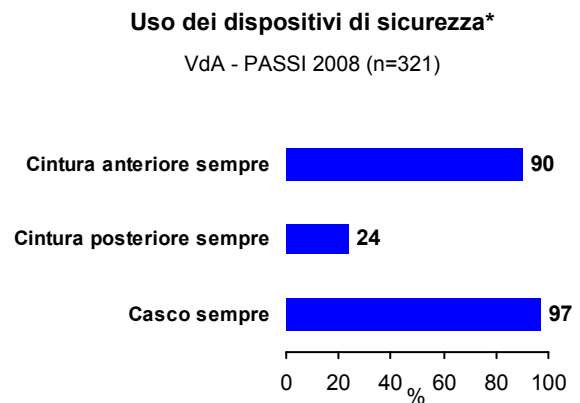
Nel 2006 in Italia sono stati registrati oltre 238.000 incidenti stradali con circa 5.670 morti e 330.000 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità.

In Valle d'Aosta nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 393 con 6 morti e 561 feriti.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

L'uso dei dispositivi di sicurezza

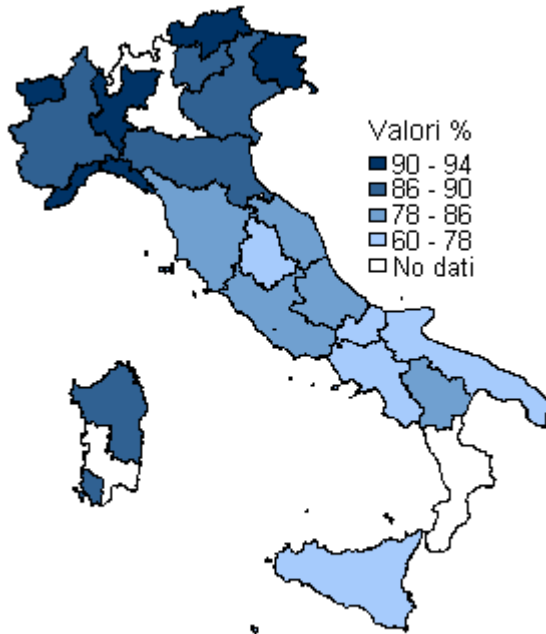
- In VdA la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:
 - 97% per l'uso del casco
 - 90% per la cintura anteriore di sicurezza
 - 24% per l'uso della cintura posteriore.



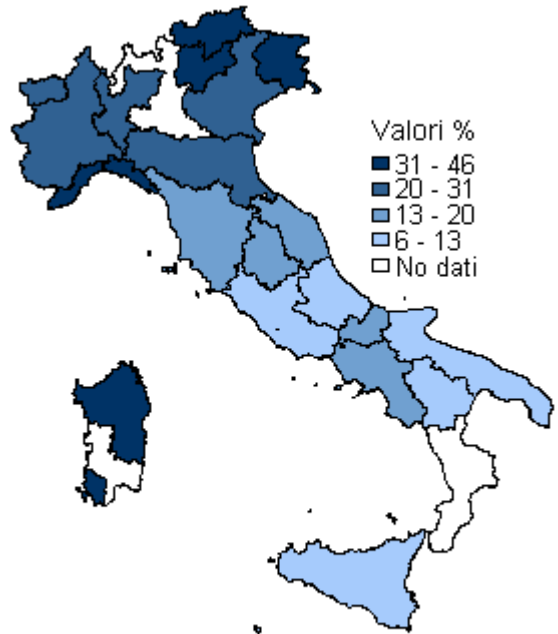
*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- 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.

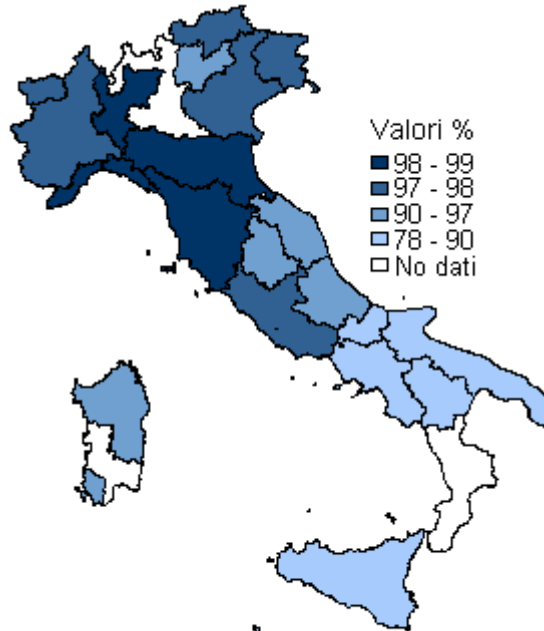
Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Pool PASSI 2008



Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Pool PASSI 2008



Percentuale di persone che usano il casco sempre
Pool PASSI 2008



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

(coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

- Il 11% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 16%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere diffusa in tutte le classi di età ma più frequente tra i giovani, tra gli uomini (con differenze statisticamente significative) e tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, rimane significativa la differenza di comportamento rilevata tra uomini e donne.
- Il 9% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (10% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

Guida sotto l'effetto dell'alcol[°]

VdA - PASSI 2008 (n=209)

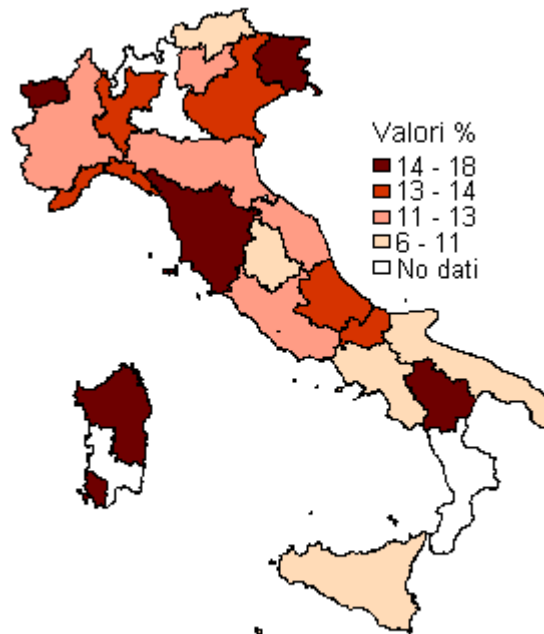
Caratteristiche %	Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol ^{°°} negli ultimi 30 gg	
	Totale	
	16,3	
	(IC95% 11,5 – 22,0)	
Classi di età		
18 - 24		22,2
25 - 34		31,6
35 - 49		11,7
50 - 69		11,8
Sesso		
uomini		21,8
donne		6,6
Istruzione		
nessuna/elementare		25,0
media inferiore		11,1
media superiore		19,6
laurea		10,0
Difficoltà economiche		
molte		21,4
qualche		12,7
nessuna		17,3

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

^{°°} coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 13%, con un evidente gradiente territoriale.

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato, negli ultimi 30 gg, sotto l'effetto dell'alcol
Pool PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

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

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. In VdA il problema è piuttosto diffuso (circa un guidatore su sei è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), con coinvolgimento non solo delle classi d'età più giovani.

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

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

Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

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

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia nonché quelli riguardanti l'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

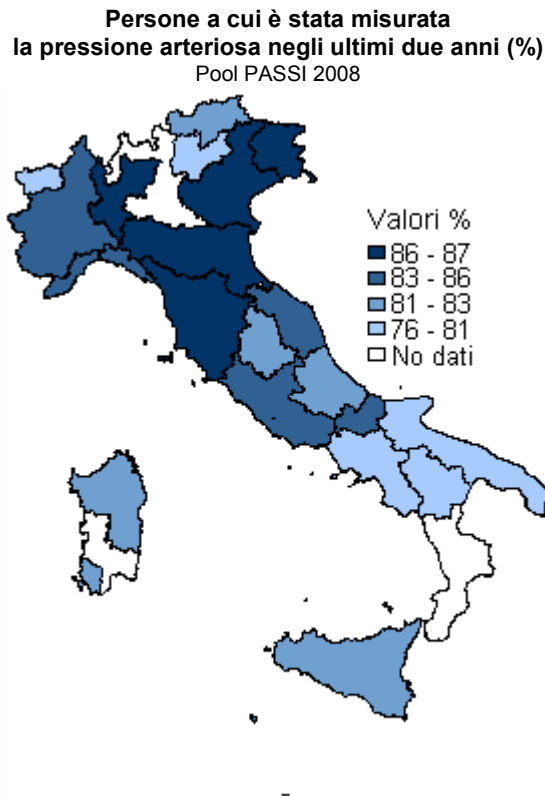
L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

		Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni VdA PASSI 2008 (n= 320)	
		Caratteristiche demografiche PA misurata negli ultimi 2 anni %	
• In VdA l'81% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre il restante 12% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.	Totale	80,9	<i>(IC95%76,2-85,1)</i>
• In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:	Classi di età		
- nelle fasce d'età più avanzate	18 – 34	74,4	
- nelle donne	35 – 49	80,8	
- nelle persone con livello istruzione più alto	50 – 69	85,6	
	Sesso		
	uomini	78,0	
	donne	84,2	
	Istruzione		
	nessuna/elementare	81,3	
	media	80,0	
	superiore	80,3	
	laurea	88,5	
	Difficoltà economiche		
	molte	81,0	
	qualche	80,4	
	nessuna	81,1	

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%; è presente un evidente gradiente territoriale.



Quante persone sono ipertese?

- In VdA quasi il 19% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (35% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nelle persone senza difficoltà economiche
 - nelle persone con eccesso ponderale.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, rimane la significatività per classe di età avanzata ed eccesso ponderale.

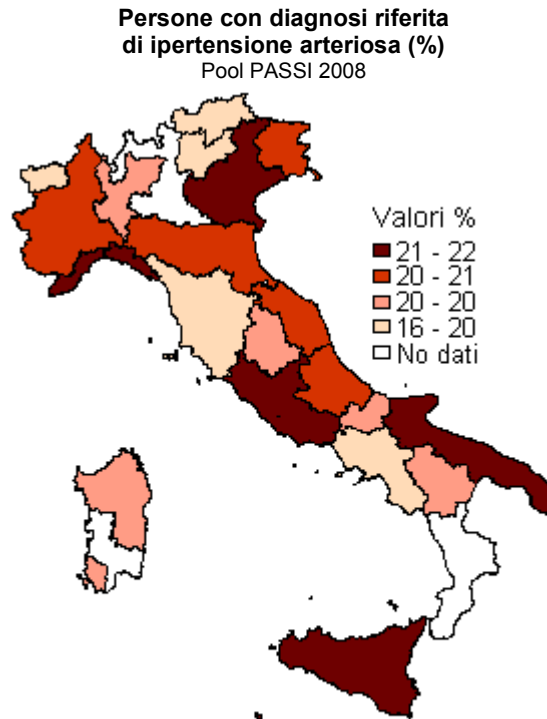
Persone con diagnosi riferita di ipertensione*

VdA - PASSI 2008 (n= 281)
Caratteristiche ipertesi %

Totale	18,5
	(IC95%14,1-23,5)
Classi di età	
18 – 34	4,5
35 – 49	11,1
50 – 69	34,9
Sesso	
uomini	18,6
donne	18,4
Istruzione	
nessuna/elementare	34,5
media inferiore	24,5
media superiore	10,1
laurea	20,0
Difficoltà economiche	
molte	11,1
qualcuna	16,9
nessuna	20,1
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	10,0
sovrapeso/obeso	31,5

* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

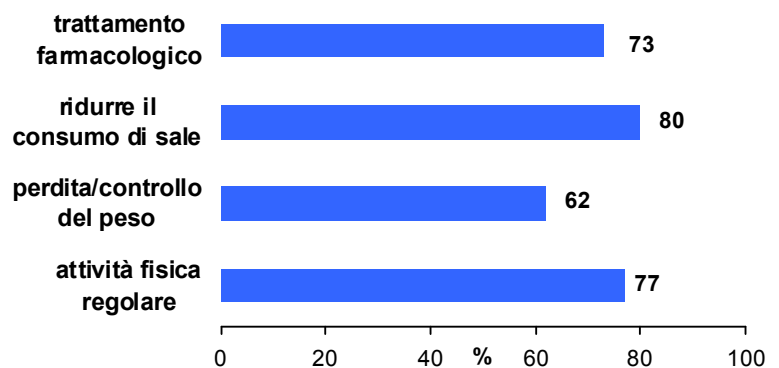
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22%.



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

- In VdA il 73 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (80%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (62%)
 - svolgere regolare attività fisica (77%).

Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
VdA PASSI, 2008 (n=281)

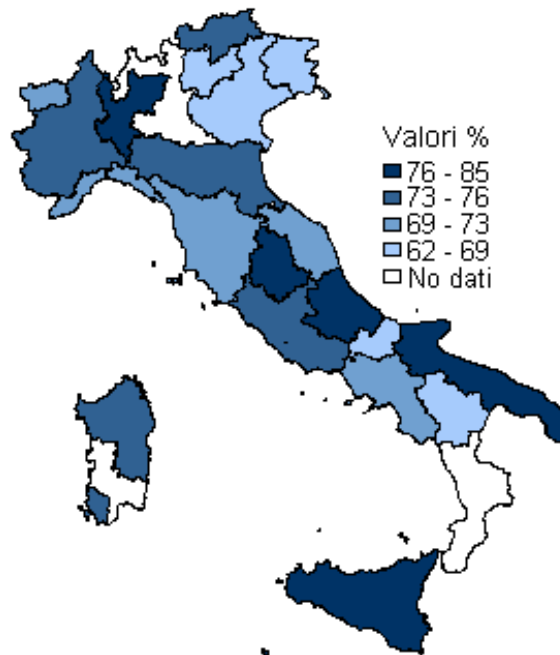


* ogni variabile considerata indipendentemente

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 71%.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci

Pool PASSI 2008

**Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che in VdA, nella fascia d'età 18-69 anni, quasi una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a più di una persona su tre al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

In VdA circa una persona su cinque non è stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a due ipertesi su tre.

Colesterolo

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio accresce il rischio cardiovascolare.

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

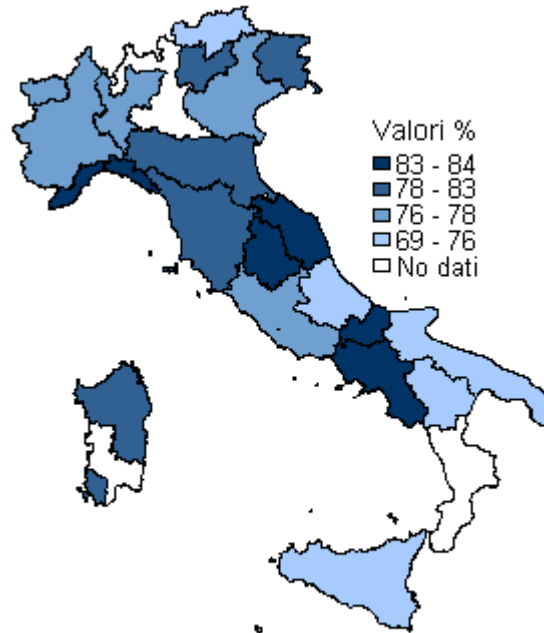
E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

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

		Colesterolo misurato almeno una volta nella vita VdA - PASSI 2008 (n= 319)		
		Caratteristiche di chi ha misurato il colesterolo %		
<ul style="list-style-type: none"> • In VdA il 77% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia: <ul style="list-style-type: none"> - il 50% nel corso dell'ultimo anno - il 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista - l'11% da oltre 2 anni. 	Totale	77,1		
			<i>(IC95% 72,1-81,6)</i>	
		Classi di età		
		18 – 34	59,8	
		35 – 49	80,7	
		50 – 69	85,6	
<ul style="list-style-type: none"> • La misurazione del colesterolo è più frequente: <ul style="list-style-type: none"> - al crescere dell'età (dal 60% della fascia 18-34 anni all'86% di quella 50-69 anni) - nelle donne - nelle persone con livello di istruzione molto basso 	Sesso			
		uomini	73,7	
		donne	80,9	
<ul style="list-style-type: none"> • Analizzando con una opportuna tecnica statistica, si mantiene la significatività per classe di età. 	Istruzione			
		nessuna/elementare	93,8	
		media	69,3	
		superiore	79,6	
		laurea	76,9	
	Difficoltà economiche			
	molte	76,2		
	qualche	71,9		
	nessuna	79,6		

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%; è presente un evidente gradiente territoriale.

**Persone a cui è stato misurato
almeno una volta il colesterolo (%)**
Pool PASSI 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In VdA il 29% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Ipercolesterolemia riferita*
VdA - PASSI 2008 (n= 246)

Caratteristiche di chi ha ipercolesterolemia %

- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone con basso livello di istruzione.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, rimangono associazioni significative solo con l'età e l'eccesso ponderale.

Totale	29,1 (IC95% 23,6-35,2)
Classi di età	
18 – 34	8,2
35 – 49	26,8
50 – 69	41,6
Sesso	
uomini	33,9
donne	24,4
Istruzione	
nessuna/elementare	36,7
media	30,0
superiore	28,2
laurea	20,0

Difficoltà economiche

molte	37,5
qualche	34,3
nessuna	26,3

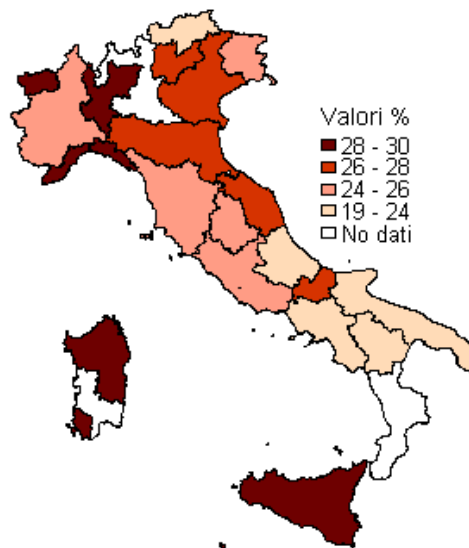
Stato nutrizionale

sotto/normopeso	24,3
sovrappeso/obeso	35,9

* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25% con un evidente gradiente territoriale.

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
Pool PASSI 2008

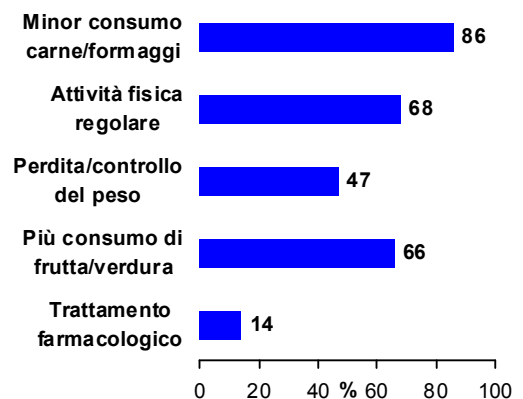


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In VdA il 14% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (86%)
 - svolgere regolare attività fisica (68%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (47%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (66%).

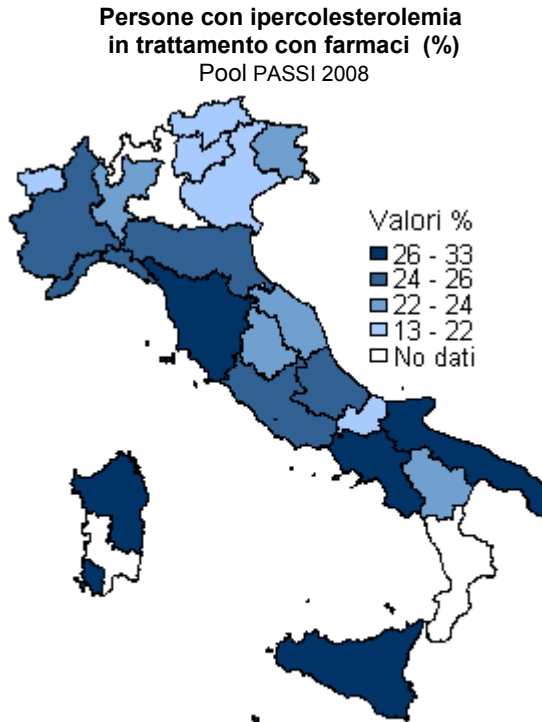
Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*

VdA - PASSI 2008 (n=72)



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 25%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in VdA, nella fascia d'età 18-69 anni, circa il 29% delle persone che hanno effettuato una misurazione abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre, sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su sei non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa il 14% ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti poiché in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 60 e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

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

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

- In VdA solo meno del 6% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
 - nelle classi d'età più elevate
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

**Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari)
a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**
VdA - PASSI 2008 (n= 229)

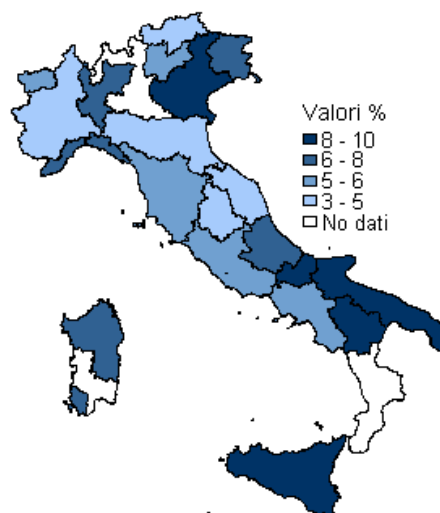
Caratteristiche demografiche Punteggio calcolato %

Totale	5,7 (IC95% 3,1-9,6)
Classi di età	
35 – 39	0
40 – 49	4,7
50 – 59	11,5
60 – 69	6,0
Sesso	
uomini	5,7
donne	5,7
Istruzione	
bassa	7,7
alta	3,6
Difficoltà economiche	
sì	10,6
no	2,3
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare°	
sì	7,7
no	1,4

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

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7%.

**Persone a cui è stato calcolato
il punteggio del rischio cardiovascolare (%)**
Pool PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

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

In Valle d'Aosta, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Nella nostra Regione la mortalità relativa a tutti tumori dell'utero (corpo e collo) è stata, nel 2002, di 13/100.000. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 70%. Lo screening si è dimostrato molto efficace nel ridurre la mortalità per questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64% della popolazione target); nel 2006 sono state oltre 11 milioni (69%) l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

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

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

- In VdA, circa il 91% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

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

- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni
 - con alto livello d'istruzione
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)

VdA – PASSI 2008 (n=129)

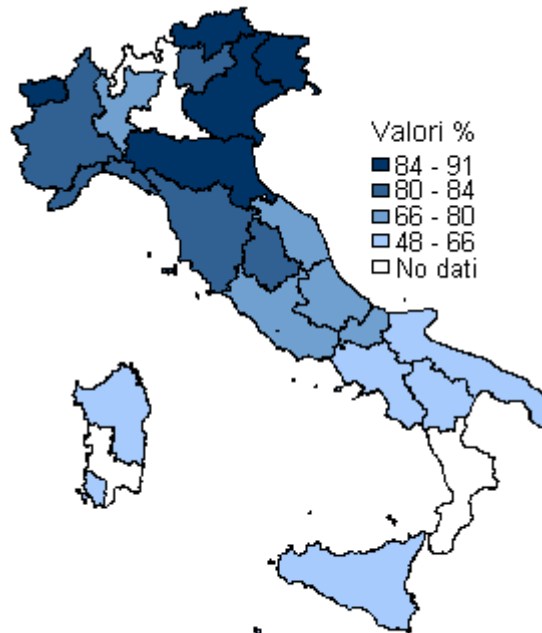
Caratteristiche delle donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni^o %

Totale	90,6 (IC95%)84,2-95,1
Classi di età	
25 – 34	79,3
35 – 49	94,7
50 – 64	92,9
Stato civile	
coniugata	95,4
non coniugata	80,5
Convivenza	
convivente	94,8
non convivente	78,1
Istruzione	
nessuna/elementare	100
media inferiore	92,2
media superiore	89,3
laurea	86,7
Difficoltà economiche	
molte	88,9
qualche	95,1
nessuna	88,5

^o in assenza di segni o sintomi

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Pool PASSI 2008



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

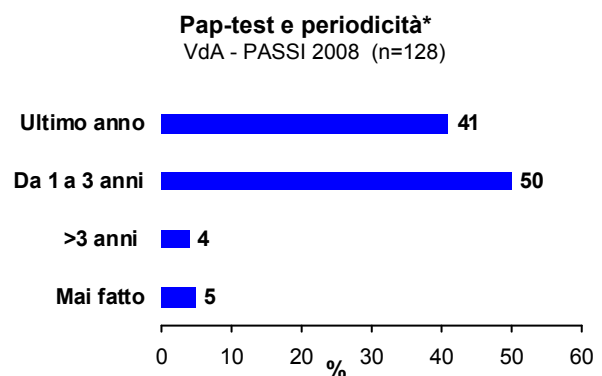
Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo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

Tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 75% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 15% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 41% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 50% da uno a tre anni
 - il 4% da più di tre anni

- Il 5% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.



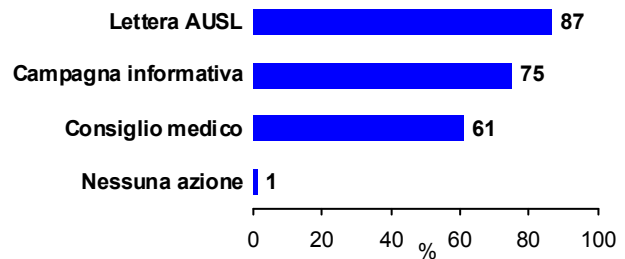
* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.

Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

In VdA:

- l'87% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL
- il 75 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- il 61% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

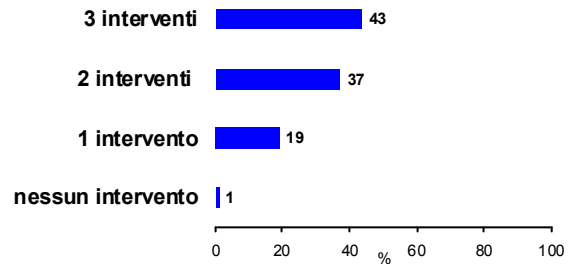
Promozione del Pap-test*
VdA - PASSI 2008 (n=124)



*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 66% ha visto una campagna informativa.
- Il 43% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 37% da due interventi ed il 19% da un solo intervento; solo l'1% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 32%, 36%, 24% e 8%.

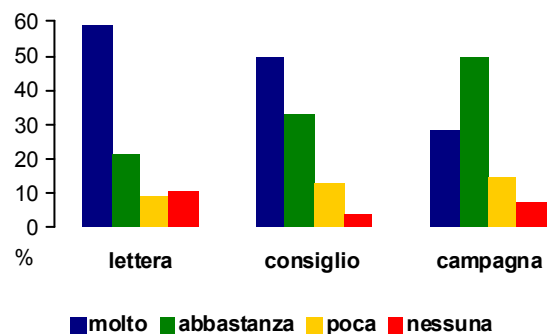
Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test
VdA - PASSI 2008
(n=123)



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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'AUSL:
 - L'80% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (59% molta e 21% abbastanza)
 - il 9% poca influenza
 - l'11% nessuna influenza.

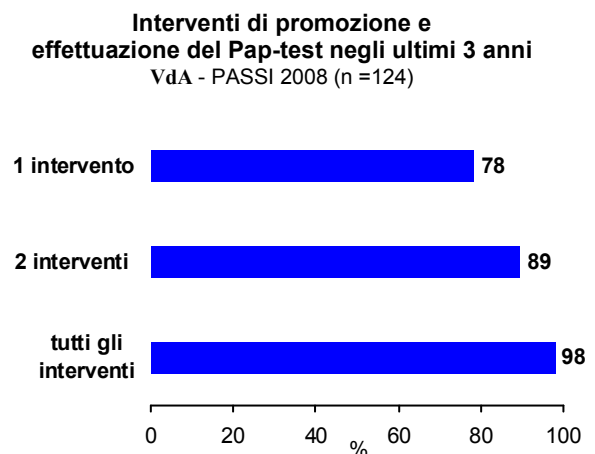
Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test
VdA - PASSI 2008



- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - L'83% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (50% molta e 33% abbastanza)
 - il 13% poca influenza
 - il 4% nessuna influenza.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - Il 78% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (28% molta e 50% abbastanza)
 - il 15% poca influenza
 - il 7% nessuna influenza.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 65% per la lettera di invito
 - 77% per il consiglio dell'operatore sanitario
 - 62% per la campagna informativa.

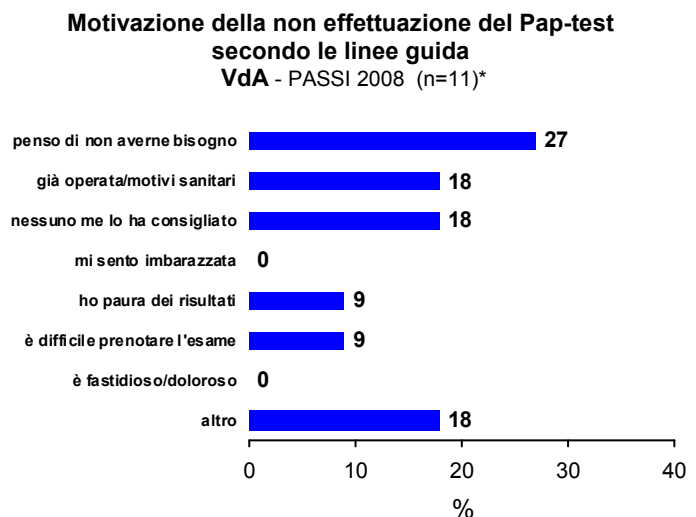
Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- In VdA la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è del 78% tra le donne non raggiunte da un solo intervento di promozione; sale al 98% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



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

- In VdA il 10% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (6%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (4%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 27% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (13%)

Conclusioni e raccomandazioni

In VdA la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (91%) raggiunge e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (75%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (15%).

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

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: la maggior parte delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo più importante.

Il 41% delle donne ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno, una percentuale maggiore rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

Il 16% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasie della mammella (circa 45 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 87%. Si stima che nella Regione Valle d'Aosta siano diagnosticati circa 106 nuovi casi annui (circa 185 casi per 100.000 donne residenti). All'inizio del 2008, in Italia le donne affette da tumore della mammella erano 450.000 circa e in Valle d'Aosta 1.200 (dati ISS).

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 causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità).

Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è pari al 57% della popolazione interessata. In Regione il programma di screening è attivo in tutte le AUSL dagli anni 1994-98 e coinvolge il 25% della popolazione femminile, pari a circa 540.000 donne.

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

In Valle d'Aosta il programma di screening è attivo e riguarda circa 15.000 donne d'età compresa tra i 50 e i 69 anni chiamate tramite lettera a cadenza biennale.

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

- In VdA circa il 75% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) e raggiunge il livello "desiderabile" (75%).

- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 50-59 anni
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 53% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni) VdA - PASSI 2008 (n=52)

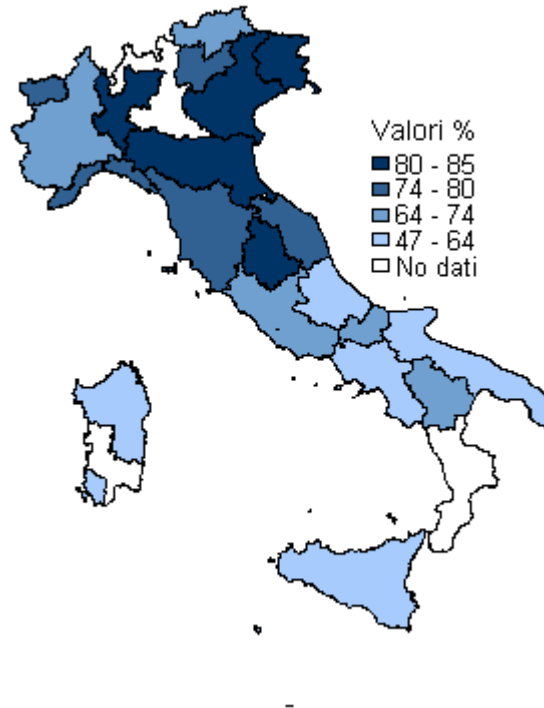
Caratteristiche donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni° %

Totale	74,5
	(IC95% 60,4 -85,7)
Classi di età	
50- 59	77,4
60 -69	70,0
Stato civile	
coniugata	71,4
non coniugata	88,9
Convivenza	
convivente	75,0
non convivente	72,7
Istruzione	
nessuna/elementare	92,3
media inferiore	69,2
media superiore	70,0
laurea	50,0
Difficoltà economiche	
molte	40,0
qualche	85,0
nessuna	73,1

° in assenza di segni o sintomi

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni con un evidente gradiente territoriale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)
Pool PASSI 2008



Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

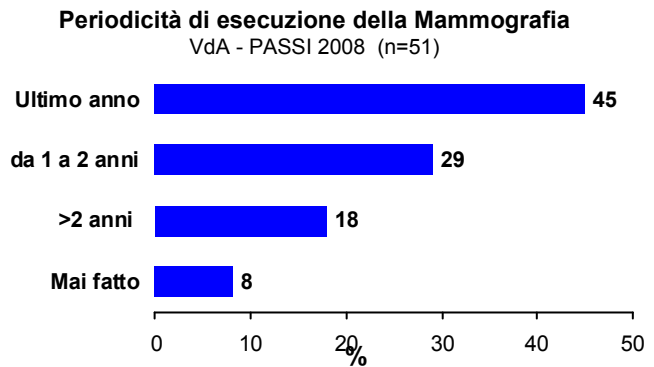
Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero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

Tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 61% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 14% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

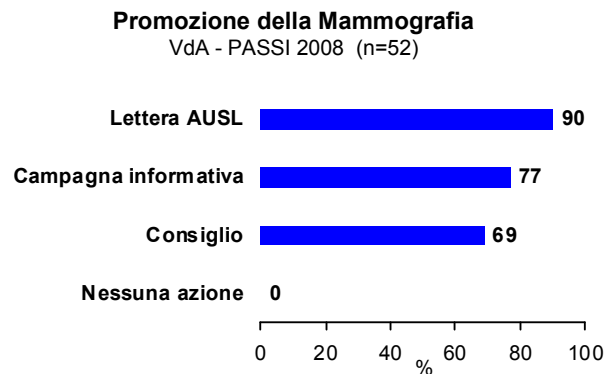
- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
 - il 45% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 29% da uno a due anni
 - l'18% da più di due anni
- Il 8% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

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



Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

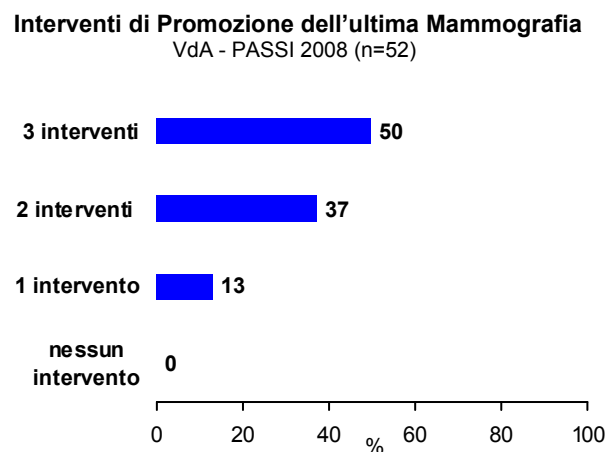
- In VdA:
 - Il 90% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL
 - il 77 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 69% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto o sentito una campagna informativa.

- Il 50% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 37% da due interventi ed il 13% da uno solo.

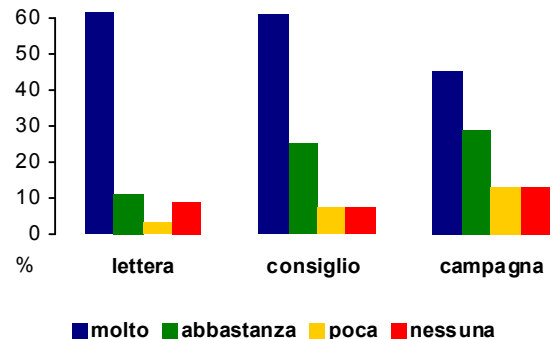
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 26%, 37%, 27% e 10%.



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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera da parte dell'AUSL:
 - L'88% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (77% molta e 11% abbastanza)
 - il 3% poca influenza
 - il 9% nessuna influenza.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia
VdA - PASSI 2008

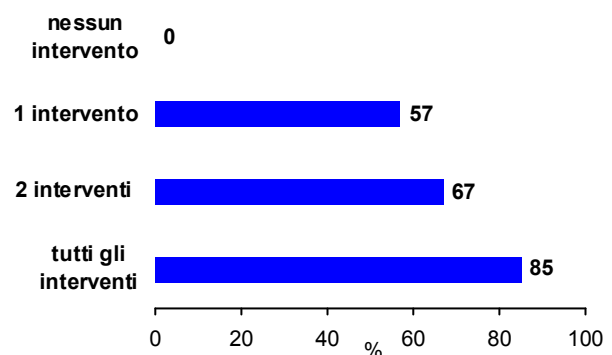


- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - l'86% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (61% molta e 25% abbastanza)
 - il 7% poca influenza
 - il 7% nessuna influenza.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 74% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (45% molta e 29% abbastanza)
 - il 13% poca influenza
 - il 13% nessuna influenza.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 72% per la lettera di invito
 - 81% per il consiglio dell'operatore sanitario
 - 67% per la campagna informativa.

Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- In VdA la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è solo del 17% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale all'85% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

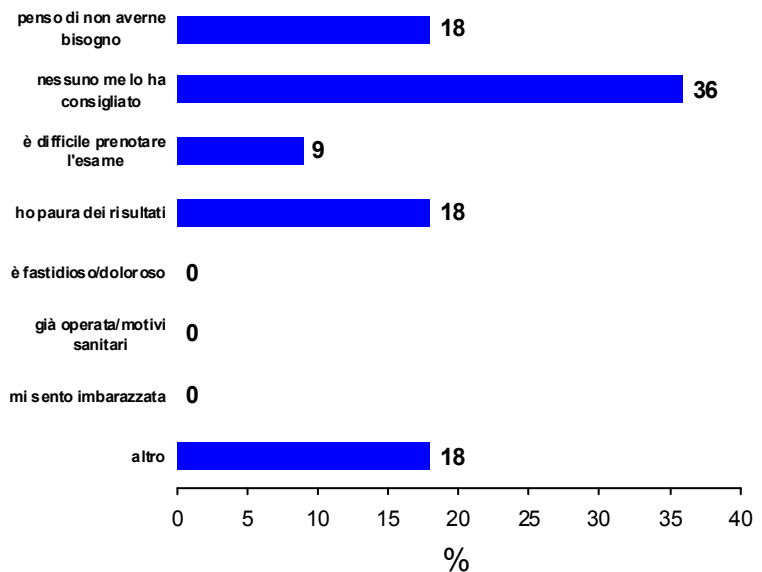
Interventi di promozione e effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni
VdA - PASSI 2008



Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

- In VdA il 25,5% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuata la Mammografia (8%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (17,5%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 18% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida
VdA - PASSI 2008 (n=11)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (24%)

Conclusioni e raccomandazioni

In VdA la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (75%) raggiunge i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva in questa popolazione, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (61%) sia della quota di adesione spontanea (14%), in questo screening molto meno rilevante rispetto a quello della cervice uterina.

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

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative, ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening, sono gli strumenti più efficaci: la metà delle donne li giudica molto importanti per l'esecuzione della Mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

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

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 44 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti. In Valle d'Aosta gli ultimi dati disponibili indicano 82 nuovi casi all'anno (82/100.000 negli uomini e 61/100.000 nelle donne) [fonte ISS]. Queste neoplasie sono responsabili dell'11-12% dei decessi per tumore. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 58%. Si stima che nel 2008 le persone viventi in Italia con diagnosi di tumore al colon-retto siano circa 295.000, in Valle d'Aosta circa 537.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale. Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente Nord-Sud.

In Valle d'Aosta il programma di screening è stato avviato nel maggio 2006.

Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-74 anni, seguito dalla colonscopia nei soggetti che risultano positivi (circa il 5%).

Il primo biennio di prevenzione ha dato ottimi risultati sia in termini di partecipazione di popolazione (oltre il 63%, fra i più alti d'Italia) che di tumori trovati.

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

- In Valle d'Aosta circa il 56% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- La copertura stimata è superiore al livello di copertura "accettabile" (45%) e vicina a quello "desiderabile" (65%).
- Il 51% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata più elevata nelle persone senza difficoltà economiche.
- Il 4% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.

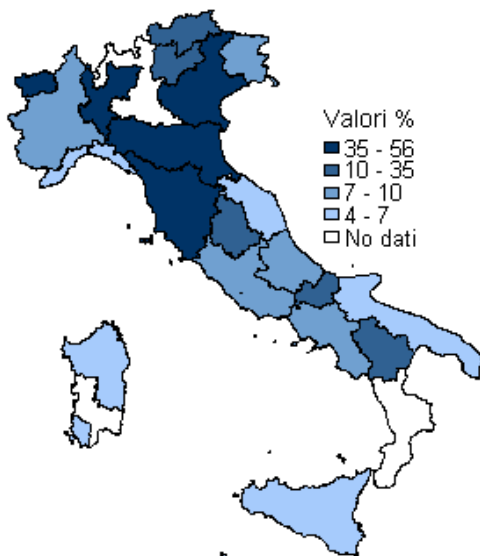
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) VdA - PASSI 2008 (n=118)

	Caratteristiche demografiche %	
	Sangue occulto fecale°	Colonscopia°
Totale	51,3 (IC95% 41,9-60,6)	4,4 (IC95% 1,5-10,0)
Classi di età		
50 - 59	43,1	4,8
60 - 69	61,5	4,0*
Sesso		
uomini	53,0	4,7
donne	49,0	4,1
Istruzione		
nessuna/elementare	57,1	7,4
media inferiore	47,2	2,0
media superiore	48,4	6,5
laurea	80,0	0
Difficoltà economiche		
molte	44,4	12,5
qualche	51,2	0
nessuna	52,2	6,2

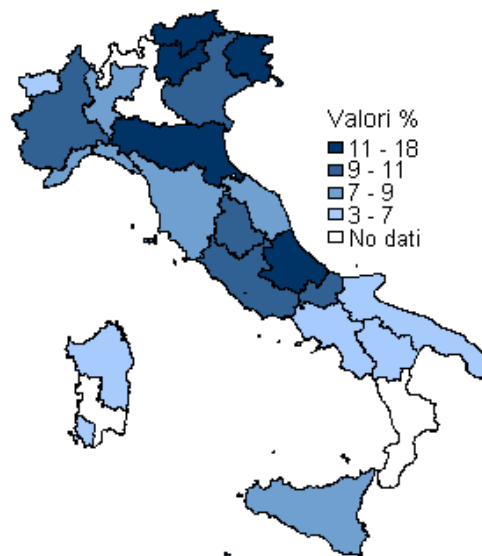
° in assenza di segni o sintomi

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8% la colonscopia (rispettivamente 53% e 10% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
Pool PASSI 2008



Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)
Pool PASSI 2008

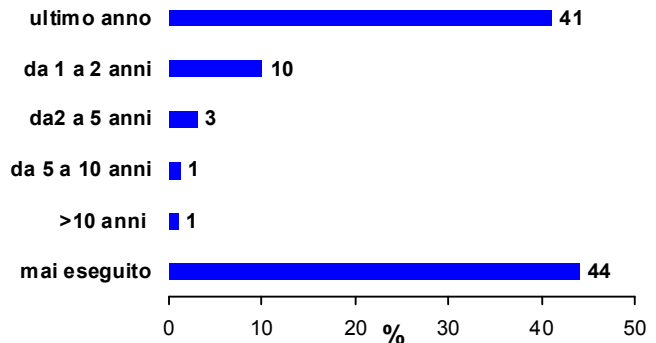


Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 41% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 10% da uno a due anni
 - il 3% da due a cinque anni
 - l'1% da cinque a dieci anni
 - l'1% da più di dieci anni
- Il 44% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

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

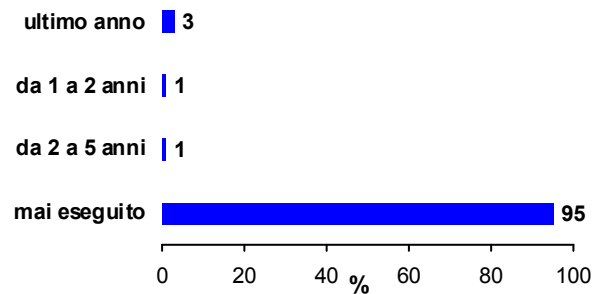
Sangue occulto e periodicità*
VdA - PASSI 2008 (n=113)



- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 1% da uno a due anni
 - il 1% da due a cinque anni
- Il 95% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

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

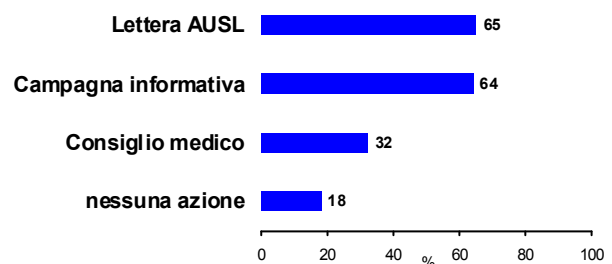
Colonscopia e periodicità*
VdA - PASSI 2008 (n=113)



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

- In VdA:
 - il 65% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL
 - il 64% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

Promozione dello screening coloretale
VdA - PASSI 2008 (n=116)

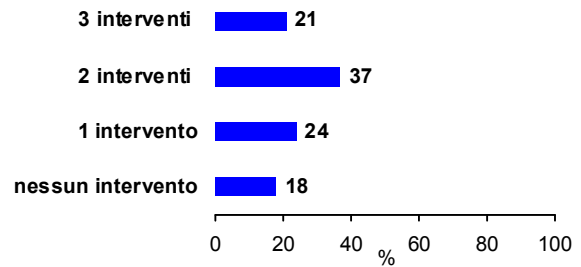


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' AUSL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

- Il 21% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening colorettales considerati (lettera, consiglio o campagna), il 37% da due interventi di promozione ed il 24% da un solo intervento; il 18% non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 6%, 18%, 32% e 44%.

Interventi di promozione dell'ultimo screening colorettales

VdA - PASSI 2008 (n=118)

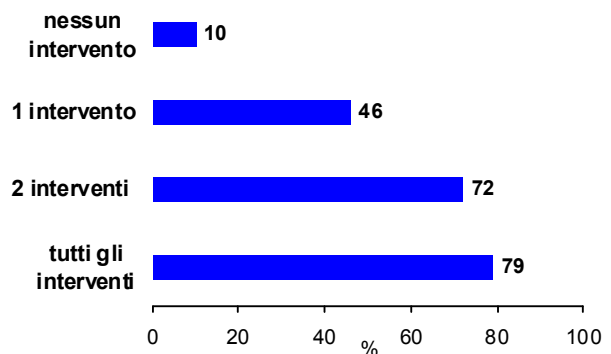


Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening colorettales?

- In VdA la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettales nei tempi raccomandati, è solo del 10% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 79% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Interventi di promozione ed effettuazione dello screening colorettales nei tempi raccomandati

VdA - PASSI 2008 (n=116)

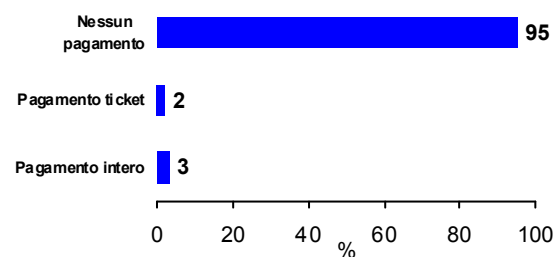


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In VdA il 95% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 5 anni; il 2% ha pagato solamente il ticket e il 3% l'intero costo dell'esame.
- il 40% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 20% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 40% l'intero costo dell'esame.

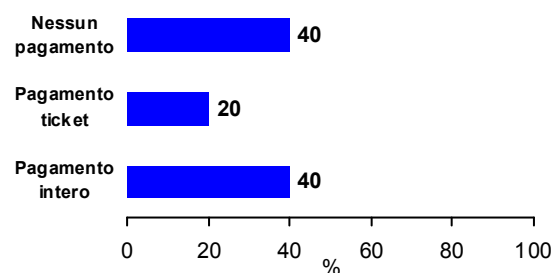
Costi della ricerca di Sangue occulto

VdA - PASSI 2008 (n=60)



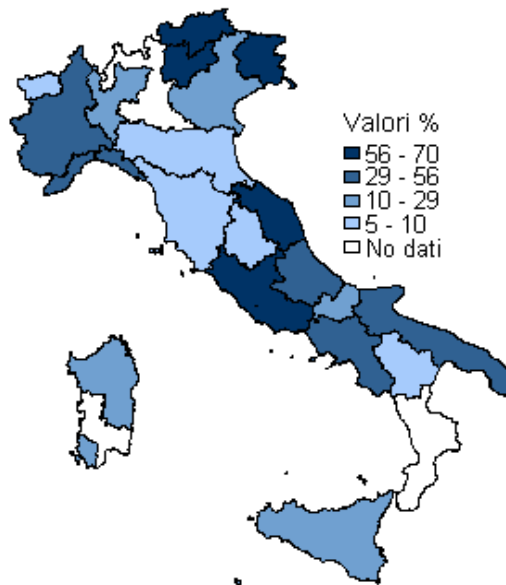
Costi della Colonscopia

VdA - PASSI 2008 (n=5)

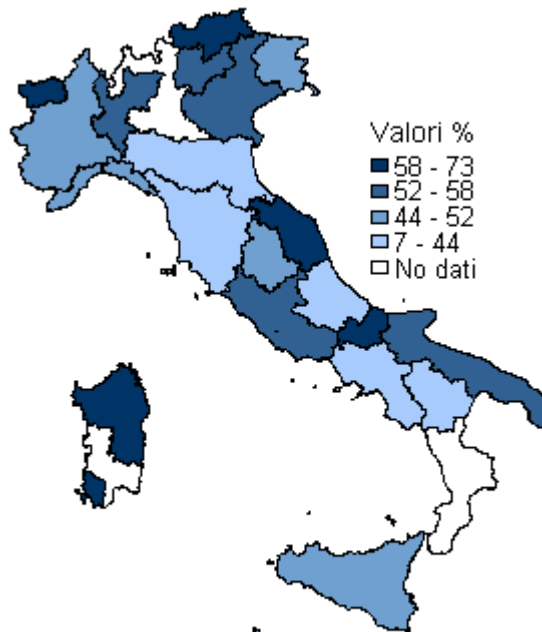


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento.
- Tra le AUSL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 53% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento.

Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)
Pool PASSI 2008



Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)
Pool PASSI 2008



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

- In VdA il 40% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore coloretale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 41% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (10%)

Conclusioni e raccomandazioni

In VdA nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale si è già raggiunto un livello di copertura accettabile (56%) nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti circa una persona su due nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

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

Vaccinazione antirosolia

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

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

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

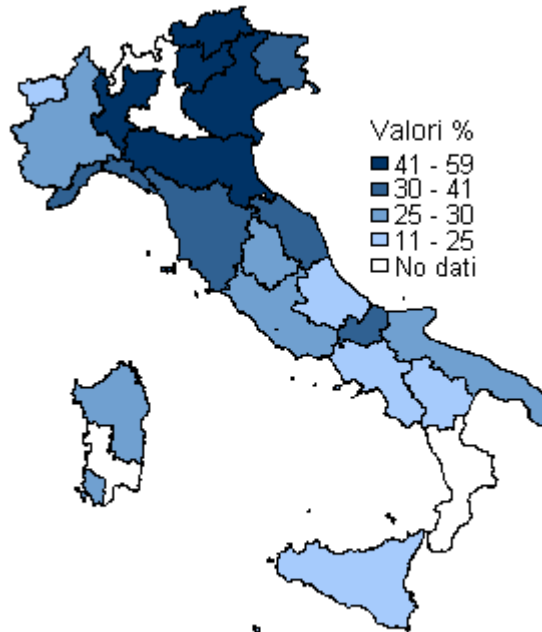
- In VdA il 20% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (50%).

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) VdA Passi, 2008 (n=100)

	Caratteristiche Vaccinate %
Totale	20,2 (IC95% 12,8–29,5)
Classi di età	
18-24	50,0
25-34	10,3
35-49	17,9
Istruzione	
bassa	25,8
alta	17,6
Difficoltà Economiche	
molte	0
alcune	22,2
nessuna	21,2

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 32%.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Pool PASSI 2008



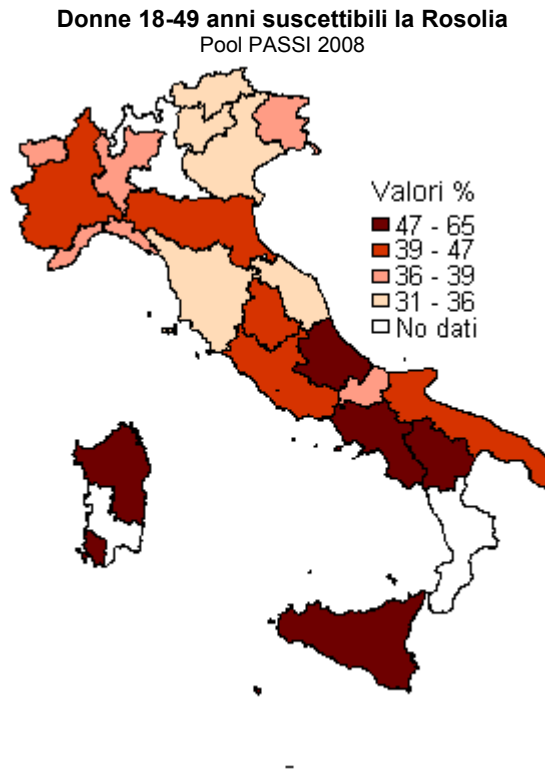
Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- In VdA circa il 61% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (20,2%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (41,4%).
- Il 38,4% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione e ha riferito un rubeotest negativo o dal risultato sconosciuto (6%).
 - non ha effettuato la vaccinazione e non ha effettuato un rubeotest o non ricorda di averlo effettuato (32,4%).

**Vaccinazione antirosolia e immunità
(donne 18-49 anni) - % (IC95%)**
VdA - Passi 2008 (n=100)

Caratteristiche	%
Immuni	61,6 (IC95% 51,3-71,2)
Vaccinate	20,2
Non vaccinate con rubeotest positivo	41,4
Suscettibili/stato sconosciuto	38,4
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,0
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,0
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	32,4

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 44%.



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Sintomi di depressione

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

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

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

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

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

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

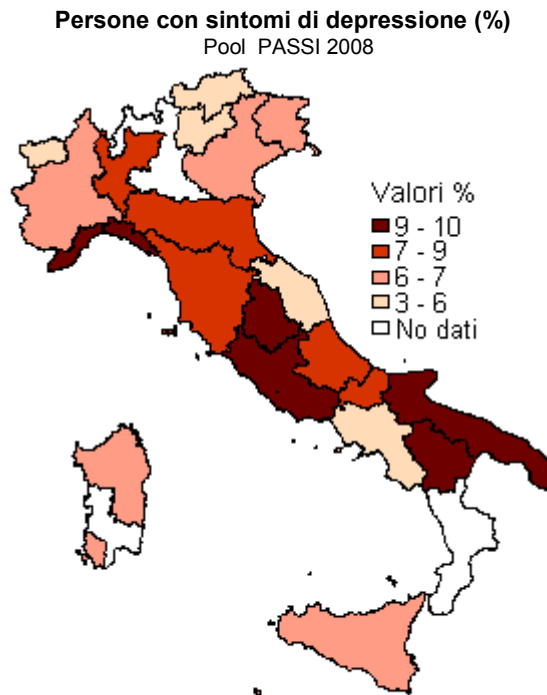
Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- In VdA quasi il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con alto livello di istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con almeno una patologia severa.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione rimane significativamente più elevata nelle persone con difficoltà economiche, con almeno una patologia severa e con istruzione superiore.

Sintomi di depressione	
VdA - PASSI 2008 (n=319)	
Caratteristiche persone con i sintomi di depressione ° %	
Totale	5,6 (IC95% 3,5-8,9)
Classi di età	
18 – 34	2,4
35 – 49	5,0
50 – 69	8,5
Sesso	
uomini	3,6
donne	7,9
Istruzione	
nessuna/elementare	3,2
media inferiore	6,1
media superiore	4,1
laurea	15,4
Difficoltà economiche	
molte	15,0
qualche	6,2
nessuna	4,5
Stato lavorativo	
lavora	5,8
non lavora	5,4
Patologie severe	
almeno una	17,5
nessuna	3,9

°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 9%.

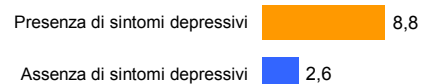


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 44% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 68% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione VdA - PASSI 2008 (n=319)

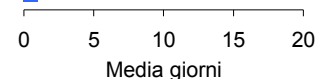
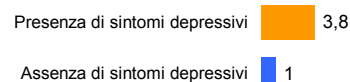
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



Giorni con limitazione di attività

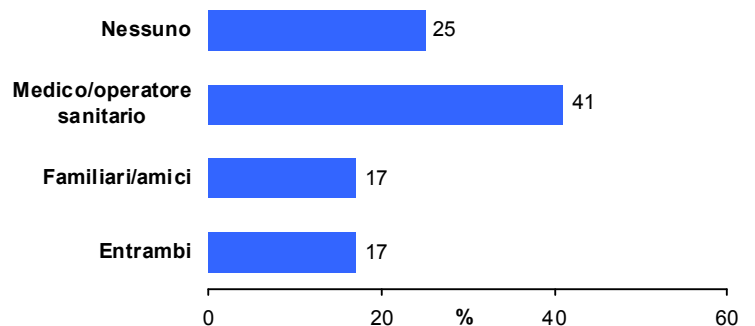


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 75% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (41%), a familiari/amici (17%) o ad entrambi (17%).

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione

VdA - PASSI 2008 (n=18)



Conclusioni e raccomandazioni

In VdA si stima che circa 6 persone su 100 abbiano sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, con patologie severe e con istruzione più alta.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (una persona su quattro).

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 attuale "sfida" per i Servizi Sanitari.

Sicurezza domestica

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

In Italia si stimano ogni anno circa un 1.7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidente domestico.

In VdA si stima che circa il 3% della popolazione sia vittima di un incidente domestico con accesso al Pronto Soccorso.

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

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

- In VdA la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: circa il 95% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, non emerge nessun determinante specifico nella scarsa percezione del rischio.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 91%.

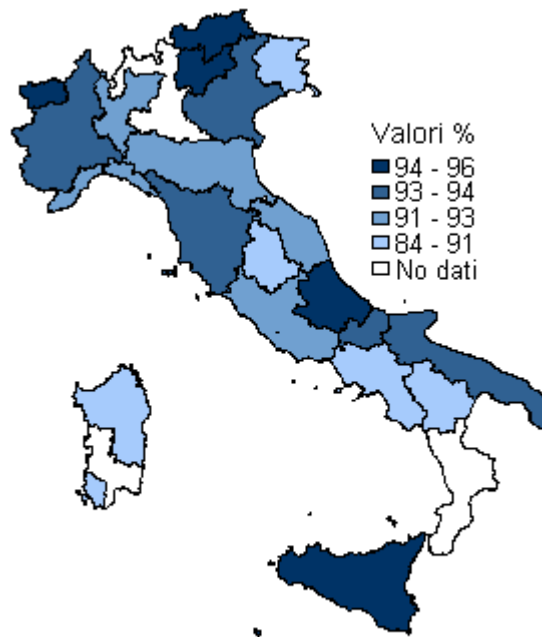
Bassa percezione del rischio infortunio domestico VdA - PASSI 2008 (n=321)

Caratteristiche persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico° %

Totale	95,3 (IC95% 92,2-97,3)
Età	
18 – 34	97,6
35 – 49	93,3
50 – 69	95,8
Sesso	
uomini	96,4
donne	94,1
Istruzione	
nessuna/elementare	96,9
media inferiore	94,8
media superiore	95,2
laurea	96,2
Difficoltà economiche	
molte	100
qualche	93,8
nessuna	95,5
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^{oo}	
si	92,6
no	96,7

° possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa
^{oo} presenza di anziani e/o bambini

**% di persone che hanno riferito bassa
possibilità di subire un infortunio domestico**
Pool PASSI 2008



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

- In VdA il 30% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
 - nella classe di età 50-69 anni
 - nelle donne
 - nelle persone con livello d'istruzione alto
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica, si osserva che l'aver ricevuto informazioni si associa significativamente all'età (50-69 anni rispetto alle classi più basse).

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi

VdA PASSI 2008 (n=321)

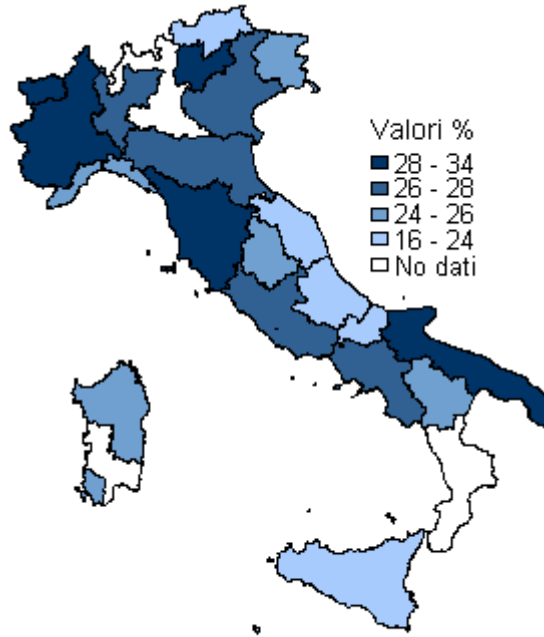
Caratteristiche delle persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni %

Totale	30,3 (IC95%)25,4-35,7
Età	
18 – 34	22,0
35 – 49	30,8
50 – 69	35,6
Sesso	
uomini	29,2
donne	31,6
Istruzione	
nessuna/elementare	31,3
media inferiore	27,8
media superiore	31,3
laurea	34,6
Difficoltà economiche	
molte	38,1
qualche	22,7
nessuna	33,3
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o	
si	28,7
no	31,1
Percezione del rischio	
alta	46,7
bassa	29,5

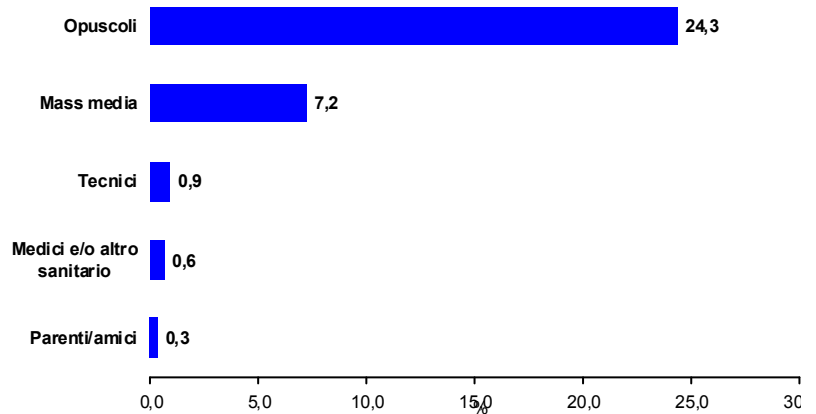
^o presenza di anziani e/o bambini

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto le informazioni è pari al 28%.

% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici
Pool PASSI 2008



Fonti di informazione
VdA - PASSI 2008 (n=321)



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

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

- Il 18% circa delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone con un'alta percezione del rischio di incidente domestico.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione

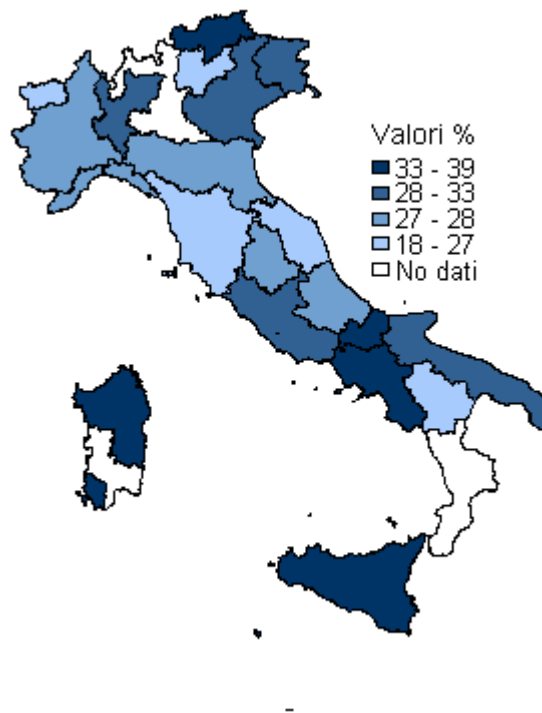
VdA - PASSI 2008 (n=97)

Caratteristiche	%
Totale	18,2
	(IC95 9,8-29,6)
Età	
18 – 34	25,0
35 – 49	20,8
50 – 69	11,5
Sesso	
uomini	22,6
donne	14,3
Istruzione	
nessuna/elementare	0
media inferiore	19,0
media superiore	23,3
laurea	12,5
Difficoltà economiche	
molte	33,3
qualche	6,7
nessuna	20,0
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o	
si	28,6
no	13,3
Percezione del rischio	
alta	25,0
bassa	17,7

^o presenza di anziani e/o bambini

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)
Pool PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

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

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima infatti che solo il 30% ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Meno di un quinto delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema. Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici, come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: In Valle d'Aosta è stato intervistato un campione casuale di 321 persone, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria dell'AUSL. Il 52,6% degli intervistati è rappresentato da uomini e il 47,4% da donne. L'età media è di 44 anni. Il 53,6% ha un livello di istruzione alto e il 68% un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 66,4% delle persone intervistate giudica positivamente il proprio stato di salute, mentre solo il 22,5% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 24,8% del campione mentre il 32,6% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 29% dei casi i medici si informano sul grado di attività fisica praticata e nel 25% dei casi consigliano genericamente di svolgerla.

Abitudine al fumo: Il 26% degli intervistati è fumatore e il 19% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e nessuno ha dichiarato di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 91% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 25% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare: "ovunque" (6%) o in "alcune zone" (19%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 29,4% del campione valdostano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono l'8,4%. L'eccesso ponderale è trattato solo nel 24% dei casi con dieta. Il consumo di frutta e verdura risulta scarso: solo il 3,8% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando almeno cinque razioni al giorno.

Consumo di alcol: Si stima che il 68,3% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 22% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 10% beve fuori pasto, il 13% è bevitore "binge" e il 7% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano nel 22% dei casi sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano di moderarne il consumo al 15% dei bevitori a rischio.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta soddisfacente: il 90% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 24% degli intervistati. Il 16,3% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 9% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Valle d'Aosta, non è elevata: il 95,3% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 30,3%: tra questi, il 18,2% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

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 38,4%.

Rischio cardiovascolare: Si stima che sia iperteso il 18,5% della popolazione valdostana, tra i 18 e 69 anni; il 73% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 12% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa il 29% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 14% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Quasi una persona su quattro (23%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 5,7% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: In Valle d'Aosta il 5,6% circa delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.

Le donne, le persone con difficoltà economiche, di grado di istruzione superiore o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 95% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita e il 90,6% lo ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: Il 92% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, e il 74,5% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

Screening tumore del colon retto: Il 51,3% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; una colonscopia a scopo preventivo è stata effettuata nel 4,4% dei casi.

APPENDICE

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Valle d'Aosta:

Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
72,3%	27,7%	17,3%	10,4%	95,2%

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, 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:

$$RRI = \frac{n \text{ interviste}}{n \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

- **Tasso di sostituzione**

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

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n \text{ int} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

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

- **Tasso di rifiuto**

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

$$REF1 = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} * 100$$

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, ASL, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- **Tasso di non reperibilità**

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

$$\frac{\text{non reperibili}}{n \text{ int} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- **Tasso di eleggibilità "e"**

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