



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto regionale

anno 2009

### Valle d'Aosta





**A cura di:**

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

**Hanno contribuito alla realizzazione dello studio**

**- a livello nazionale:**

Sandro Baldissera, Paolo D'Argenio, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, 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); Pirus Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadig, Roma)

**- a livello regionale:**

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. 2
Metodi e privacy.....	Pag. 5
Descrizione del campione.....	Pag. 7
Percezione dello stato di salute.....	Pag. 12
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari .....	Pag. 15
Attività fisica .....	Pag. 21
Rischio cardiovascolare.....	Pag. 25
Consumo di alcol.....	Pag. 34
Abitudine al fumo .....	Pag. 38
Vaccinazione antinfluenzale.....	Pag. 43
Vaccinazione antirosolia.....	Pag. 45
Sintomi di depressione.....	Pag. 47
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella.....	Pag. 50
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero.....	Pag. 54
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto.....	Pag. 59
Sicurezza domestica.....	Pag. 64
Sicurezza stradale.....	Pag. 68
Sintesi del rapporto.....	Pag. 72
Appendice – Monitoraggio.....	Pag. 74

---

# 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  $\geq 50$  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  $\geq 50$  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 **320** individui.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2009 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Calabria, in parte della Lombardia e della Sardegna, per un totale di 39.310 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 2009, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 23 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 (61,6%) 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 circa 85.000 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2008 nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASL della Valle d'Aosta.

Da gennaio 2009 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 320 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

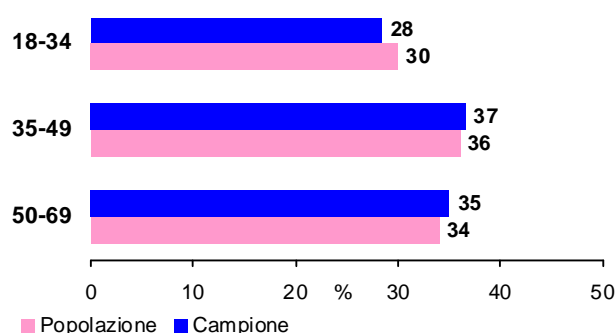
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 43 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta<sup>1</sup> è risultato del 73,4%, il tasso di sostituzione<sup>2</sup> del 26,6% e quello di rifiuto<sup>3</sup> del 15,4% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

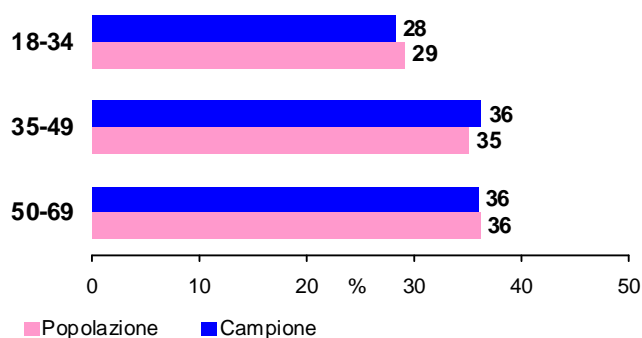
### L'età e il sesso

- Nella ASL VdA, il campione intervistato (320 persone) è risultato composto per il 53,8% da uomini e per il 46,2% da donne; l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
  - il 26,7% da persone nella fascia 18-34 anni
  - il 36,2% da persone nella fascia 35-49 anni
  - il 37,1% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata discretamente 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  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=171)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE  
ASL VDA - PASSI 2009 (n=147)



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

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

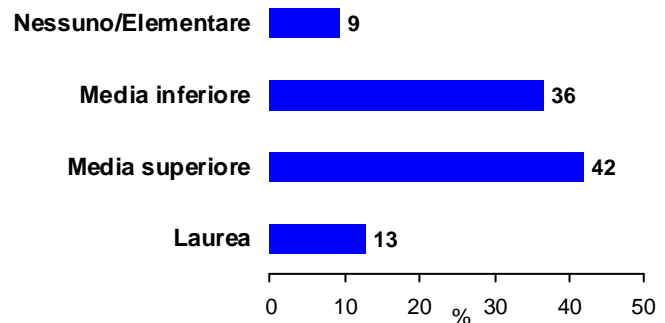
<sup>3</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

## Il titolo di studio

- In VdA il 9,2% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 36,4% la licenza media inferiore, il 41,8% la licenza media superiore e il 12,7% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.
- 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 (*regressione logistica*).

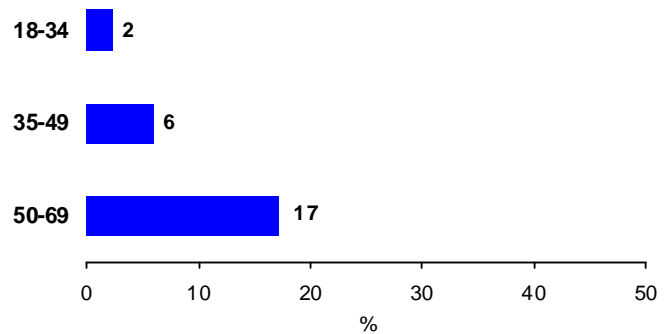
### Campione per titolo di studio

ASL VdA - PASSI 2009 (n=316)



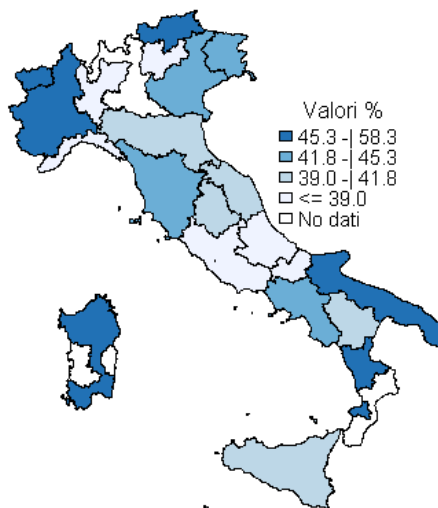
### Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età

ASL VdA PASSI 2009 (n=29)



### Prevalenza di scolarità medio-bassa

Pool PASSI 2009

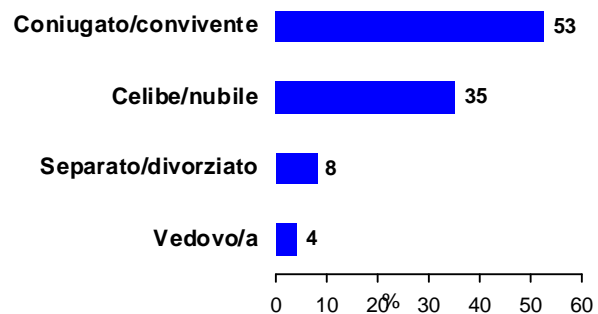


## Lo stato civile

- In VdA i coniugati/conviventi rappresentano il 52,7% del campione, i celibi/nubili il 35,3%, i separati/divorziati il 7,9% ed i vedovi il 4,1%.
- 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

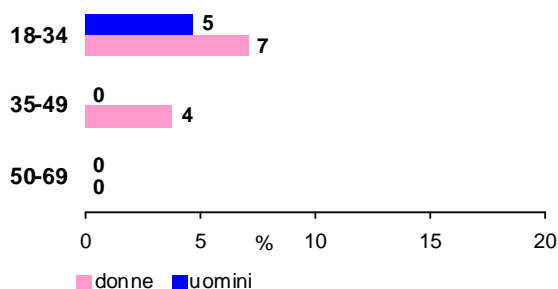
ASL VdA - PASSI 2009 (n=317)



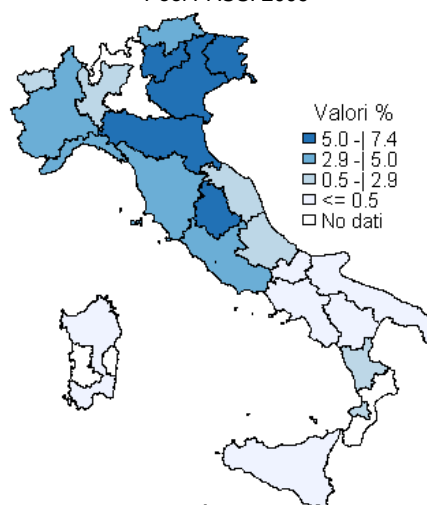
## Cittadinanza

- In VdA la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 2% della popolazione. Nel campione il 2,2% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni il 5,9% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 3% degli intervistati con differenze territoriali.

**% di stranieri per sesso e classi di età**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=7)



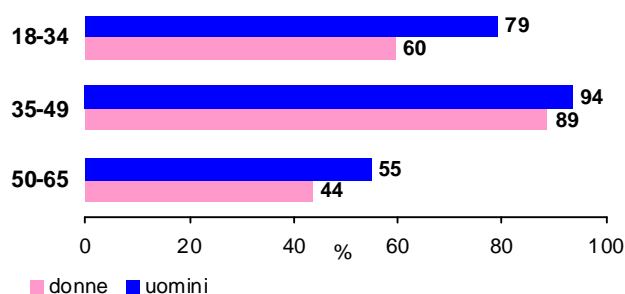
**% di stranieri**  
Pool PASSI 2009



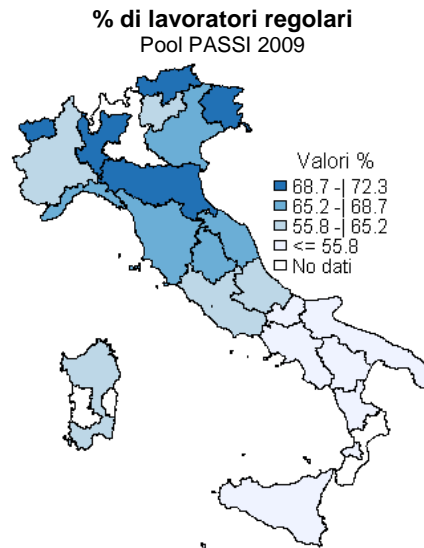
## Il lavoro

- In VdA il 70,8% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (65,2% contro 75,4%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini.
- Si riscontrano differenze di occupazione per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.

**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=308)



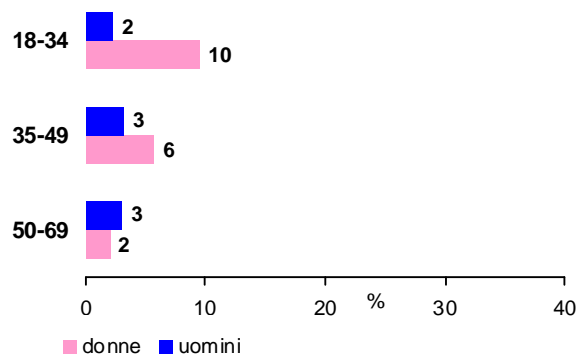
- Tra le ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 58% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.



### Difficoltà economiche

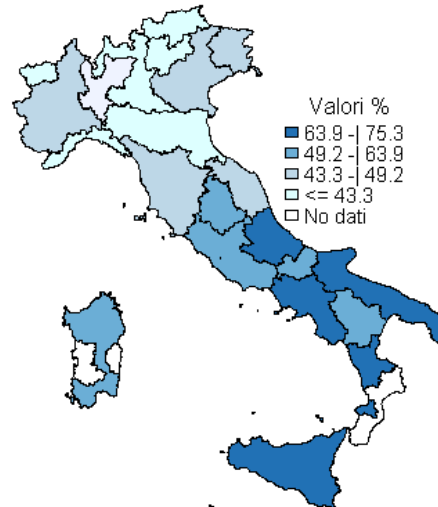
- Nella ASL:
  - il 70,9% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 25,0% qualche difficoltà
  - il 4,1% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (7,1% contro 5,8%). Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

**% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n= 316)



- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
  - il 46% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 41% qualche difficoltà
  - il 13% 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 2009



## **Conclusioni**

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

In VdA il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della ASL.

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° ASL VdA - PASSI 2009 (n=318)	
Caratteristiche		%	IC95%
<b>Totale</b>		<b>68,2</b>	62,8-73,3
<b>Età</b>			
	18 - 34	78,8	
	35 - 49	79,1	
	50 - 69	50,0	
<b>Sesso</b>			
	uomini	72,5	
	donne	63,3	
<b>Istruzione*</b>			
	bassa	60,4	
	alta	74,4	
<b>Difficoltà economiche</b>			
	sì	65,2	
	no	69,2	
<b>Patologie severe**</b>			
	almeno una	53,2	
	assente	70,8	

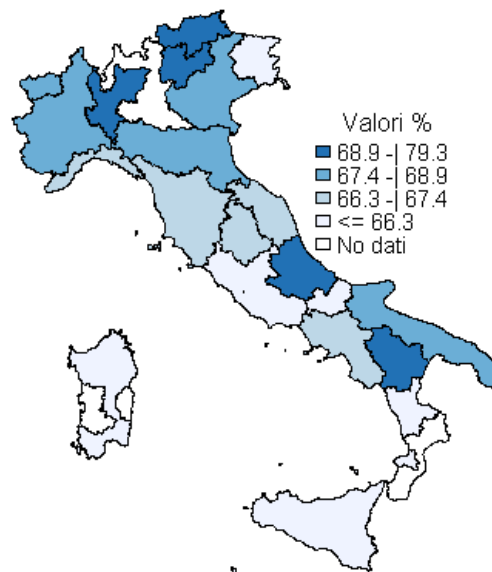
° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

\*\* almeno una delle seguenti patologie: ictus, inf arto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 68% circa degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

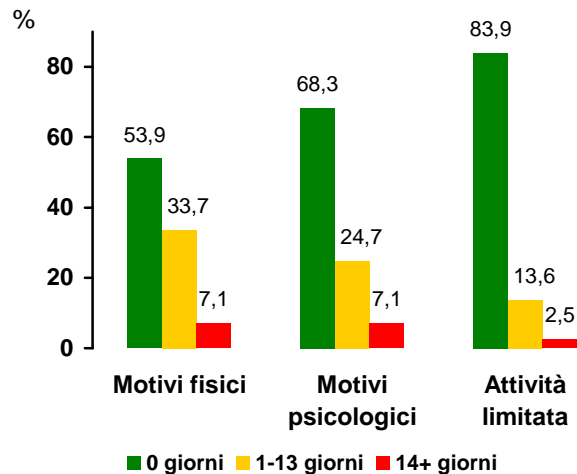
**% di persone che si dichiarano in salute  
buona o molto buona**  
Pool PASSI 2009



**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 (59,3% in buona salute fisica, 68,3% in buona salute psicologica e 83,9% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (7,1%), per motivi psicologici (7,1%) e con limitazioni alle attività abituali (2,5%).

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
ASL VdA - PASSI 2009





**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**

ASL VdA - PASSI 2009 (n=318)

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

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

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 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 e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne e nelle persone con almeno una patologia severa.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

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

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.

# Stato nutrizionale e abitudini alimentari

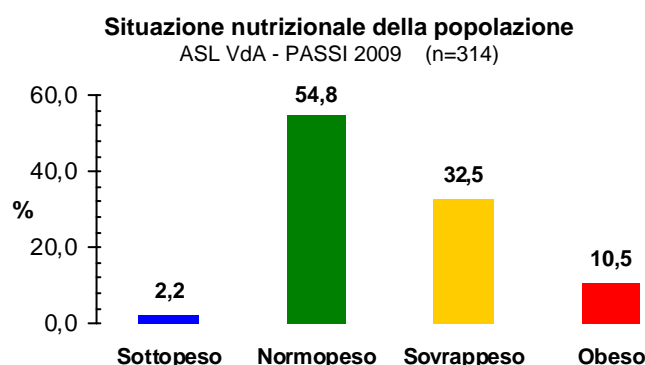
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato 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 54,8% normopeso, il 32,5% sovrappeso e il 10,5% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è più diffuso:
  - tra gli ultra 50enni
  - negli uomini
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - tra le persone con difficoltà economiche.

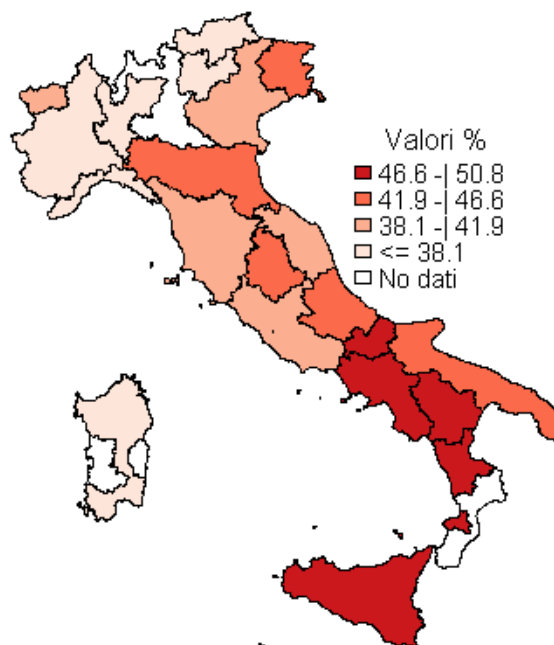
**Popolazione con eccesso ponderale**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=135)

Caratteristiche	Sovrappeso % (IC95%)		Obesi % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>32,5</b>	27,4-38,0	<b>9,3</b>	7,4-14,6
<b>Classi di età</b>				
18 - 34	29,8		3,6	
35 - 49	26,1		12,2	
50 - 69	40,9		13,9	
<b>Sesso</b>				
uomini	43,8		12,4	
donne	19,3		8,3	
<b>Istruzione*</b>				
bassa	39,4		16,2	
alta	26,7		5,8	
<b>Difficoltà economiche</b>				
sì	42,9		16,5	
no	28,3		8,1	

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

### % persone in eccesso ponderale

Pool PASSI 2009

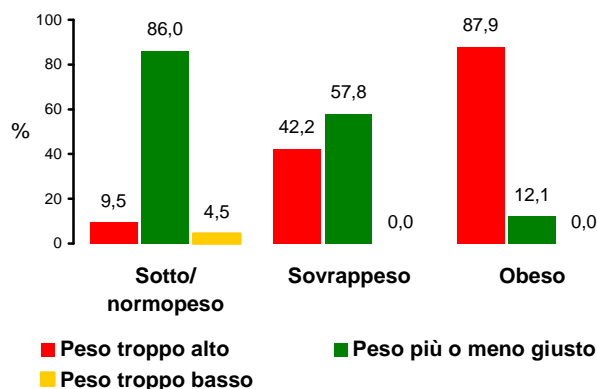


### Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- 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: nella nostra Regione si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (87,9%) e nei normopeso (86%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 57,8% ritiene il proprio peso giusto.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'82,9% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 90,5% degli uomini, mentre tra le donne in sovrappeso il 32,1% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 67,6% degli uomini.

### Percezione della proprio peso

ASL VdA - PASSI 2009 (n=314)

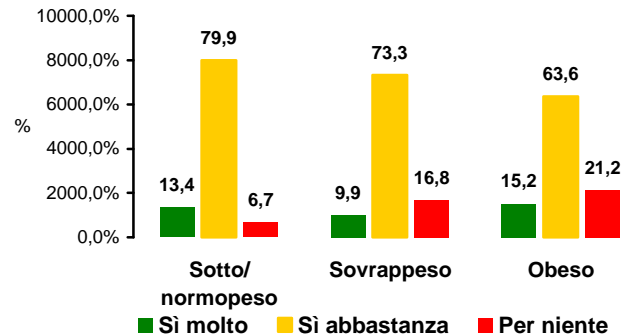


## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In VdA l'88,3% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:
  - il 93,3% delle persone sottopeso/normopeso
  - l'83,2% dei sovrappeso
  - l'78,8% degli obesi.

### Quello che mangia fa bene alla sua salute?

ASL VdA - PASSI 2009 (n=313)

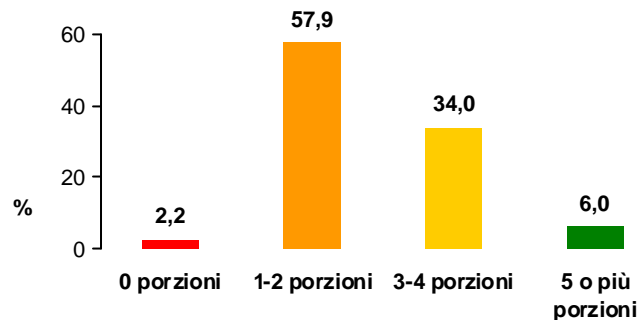


## Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

- Nella ASL VdA il 57,9% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 34% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 6% le 5 porzioni raccomandate.
- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
  - nelle persone sopra i 34 anni
  - nelle donne
  - nelle persone normopeso

### Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno

ASL VdA - PASSI 2009 (n=318)



### Consumo di frutta e verdura

VdA - PASSI 2009 (n=318)

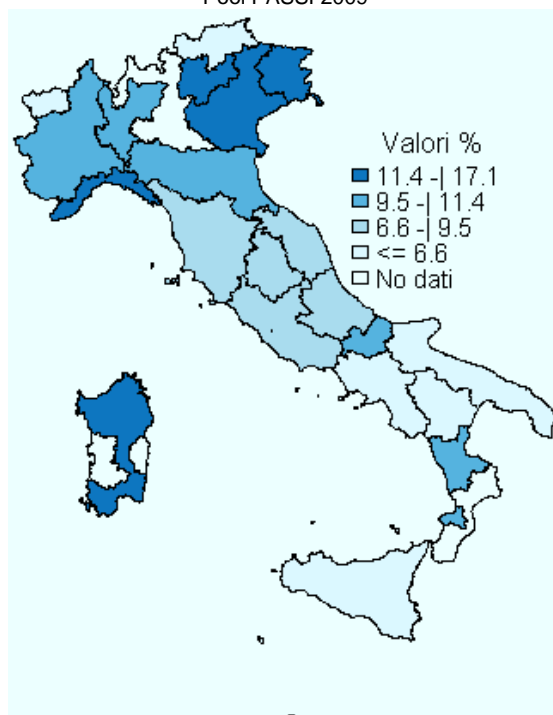
Caratteristiche		Adesione al "5 a day"° % (IC95%)
<b>Totale</b>		<b>6,0</b> 3,7/9,3
<b>Classi di età</b>		
	18 - 34	4,7
	35 - 49	7,8
	50 - 69	5,1
<b>Sesso</b>		
	uomini	2,9
	donne	9,5
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	5,6
	alta	6,4
<b>Difficoltà economiche</b>		
	sì	4,3
	no	6,7
<b>Stato nutrizionale</b>		
	sotto/normopeso	8,4
	sovrappeso	2,9
	obeso	3,0

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

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

**% persone che aderiscono al "five a day"**

Pool PASSI 2009

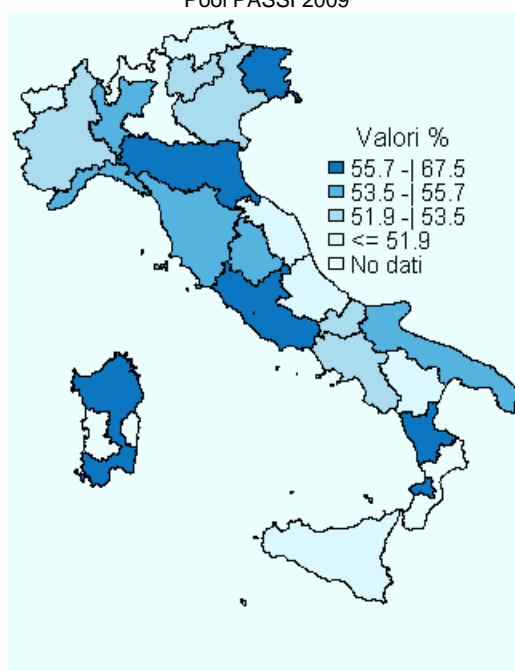
**Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

- In VdA il 51,8% delle persone 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 40% delle persone in sovrappeso e l'81,3% delle persone obese.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 54% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 45% delle persone in sovrappeso e l'80% delle persone obese).

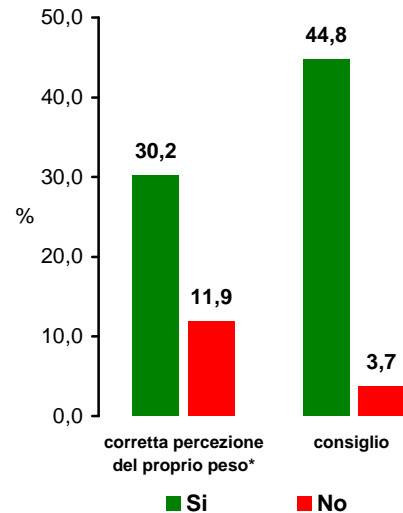
**% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario**

Pool PASSI 2009



- Il 22,2% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (19,6% nei sovrappeso e 30,3% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (35% vs 16,8% negli uomini)
  - negli obesi (30,3% vs 19,6% nei sovrappeso)
  - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (30,2%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (11,9%)
  - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (44,8% vs 3,7%).

**Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=135)



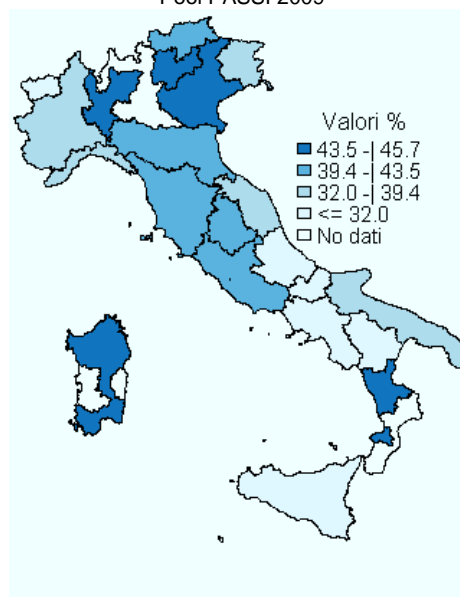
\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi

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

- In VdA il 27,8% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (27% nei sovrappeso e 30,3% negli obesi). Il 32,1% 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 30,3% delle persone in sovrappeso e il 36,7% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 70,6% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71,4% di chi non l'ha ricevuto.

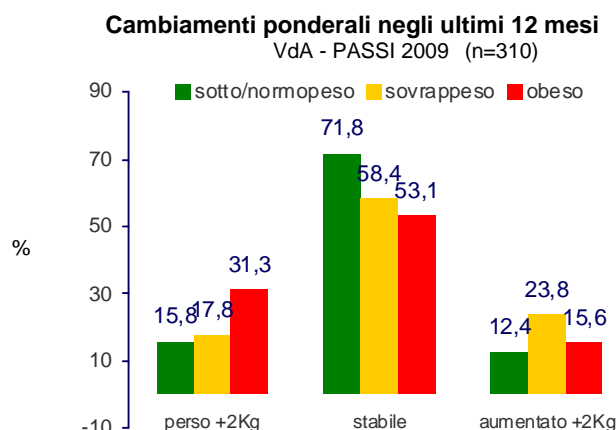
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica, in particolare il 35% delle persone in sovrappeso e il 48% degli obesi.

**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2009



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

- Nella ASL VdA il 16,5% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nella fascia 18-34 anni (19,3% vs 14,2% 35-49 anni e 16,5% 50-69 anni)
  - nelle persone già in eccesso ponderale (15,6% obesi e il 23,8% sovrappeso vs 12,4% normopeso).
- Sono emerse differenze tra donne (18,3%) e uomini (14,8%).



## 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 il 43% degli adulti 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 una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e circa il 24% è aumentato di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da circa il 22% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (72,2%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: il 60% ne assume meno di 3 porzioni e solo una piccola quota, il 6% 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.

# 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.

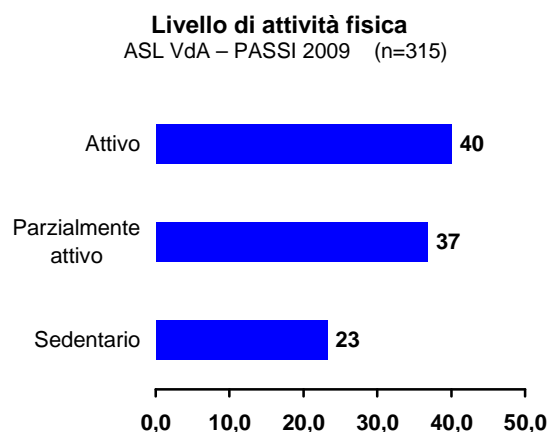
In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile"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

## Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- In VdA il 40% 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 36,8% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23,2% è completamente sedentario.
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

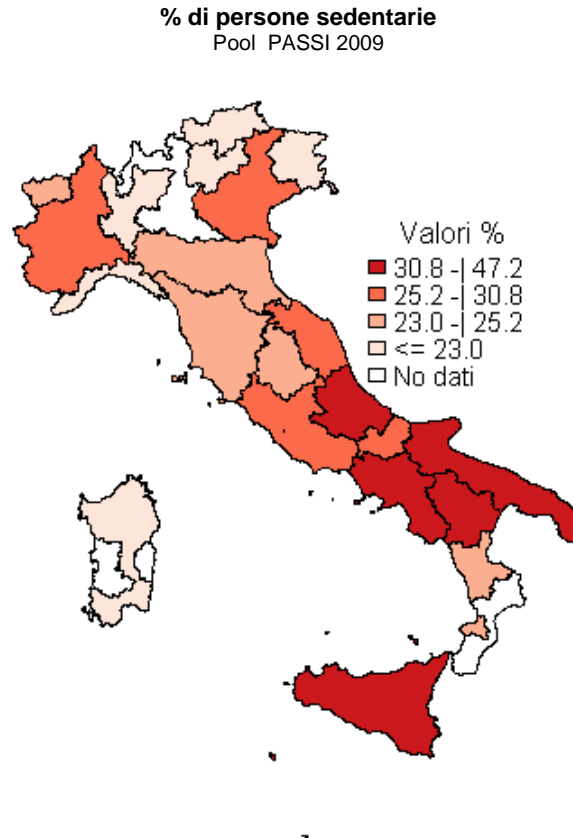
Sedentari		
ASL VdA - PASSI 2009 (n=315)		
Caratteristiche	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>23,2</b>	<b>18,7-28,3</b>
<b>Classi di età</b>		
18-34	15,5	
35-49	23,7	
50-69	28,2	
<b>Sesso</b>		
uomini	22,0	
donne	24,5	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	29,8	
alta	17,4	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	34,4	
no	18,4*	

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





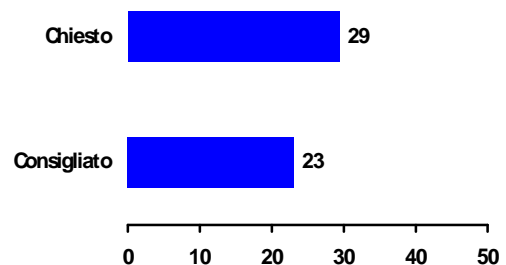
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 30% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



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

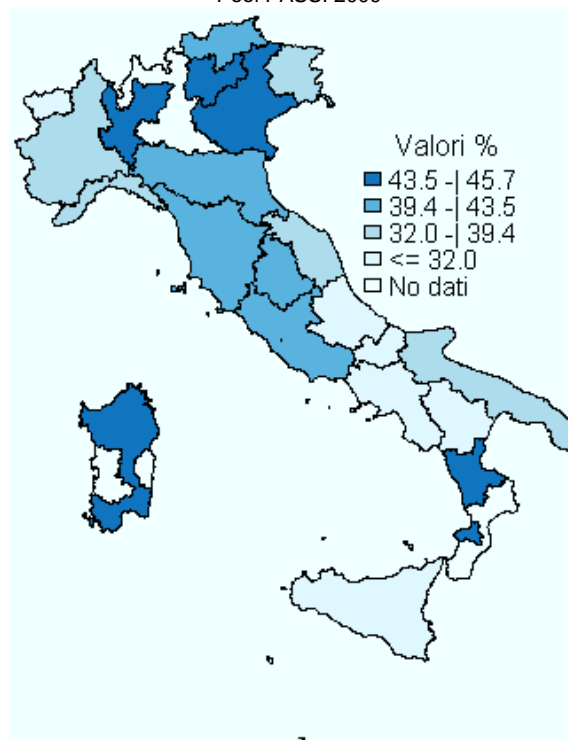
- In VdA solo il 29,4% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 23,1% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

**Promozione dell'attività fisica  
da parte degli operatori sanitari**  
ASL VdA – PASSI 2009 (n=238)



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

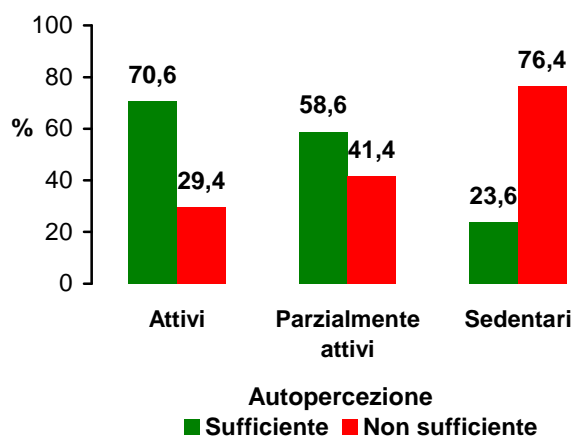
**% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2009



### **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 29,4% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 58,6% delle persone parzialmente attive ed il 23,6% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

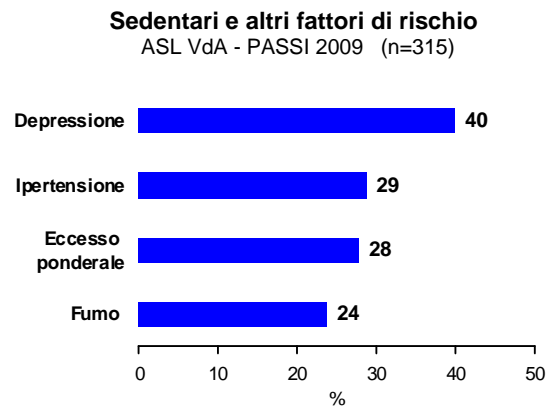
**Autopercezione e livello di attività fisica praticata**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=314)



A livello nazionale, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI, i sedentari che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 19% circa.

## Stile di vita sedentario e compresenza 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 40% delle persone depresse
  - il 28,8% degli ipertesi
  - il 27,8% delle persone in eccesso ponderale.
  - Il 23,8% dei fumatori



## Conclusioni e raccomandazioni

In VdA si stima che solo il 40% pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre circa il 23% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa 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 persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso.).

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.).

# 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?

- In VdA l'82,7% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7,5% più di 2 anni fa, mentre il restante 9,7% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

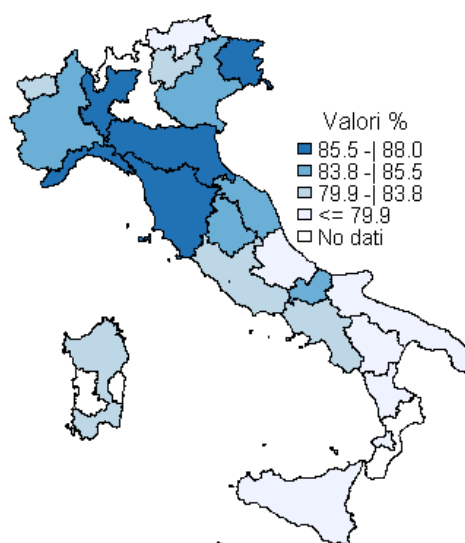
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
  - nelle fasce d'età più avanzate
  - nelle persone con livello istruzione alto
  - nelle persone senza difficoltà economiche

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL VdA PASSI 2009 (n=318)		
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>82,7</b>	<b>78,1-86,7</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	69,4	
35 - 49	81,7	
50 - 69	93,2	
<b>Sesso</b>		
uomini	80,1	
donne	85,7	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	77,1	
alta	87,2	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	77,2	
no	84,8	

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

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.

**Persone a cui è stata misurata  
la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
Pool PASSI 2009



### Quante persone sono ipertese?

- In VdA il 20,6% 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 (37,7% nella fascia 50-69 anni)
  - negli uomini
  - nelle persone con livello istruzione molto basso
  - nelle persone con difficoltà economiche
  - nelle persone con eccesso ponderale.

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione\***

ASL VdA - PASSI 2009 (n=287)

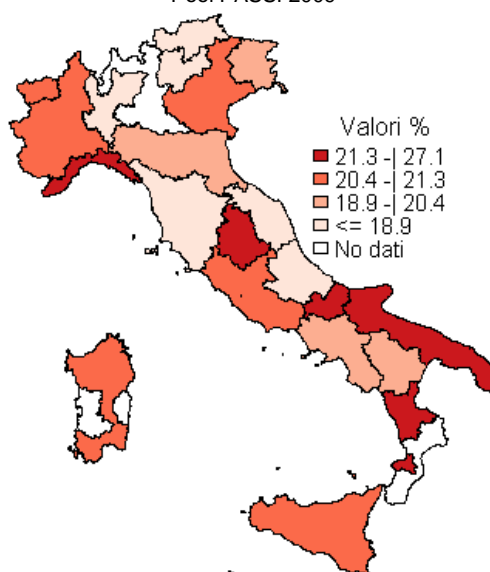
Caratteristiche	Ipertesi % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>20,6</b>	16,0-25,7
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	8,8	
35 - 49	9,5	
50 - 69	37,7	
<b>Sesso</b>		
uomini	23,7	
donne	17,0	
<b>Istruzione**</b>		
bassa	29,8	
alta	13,7	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	25,0	
no	19,1	
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	13,0	
sovrappeso/obeso	31,1	

\* tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

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

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

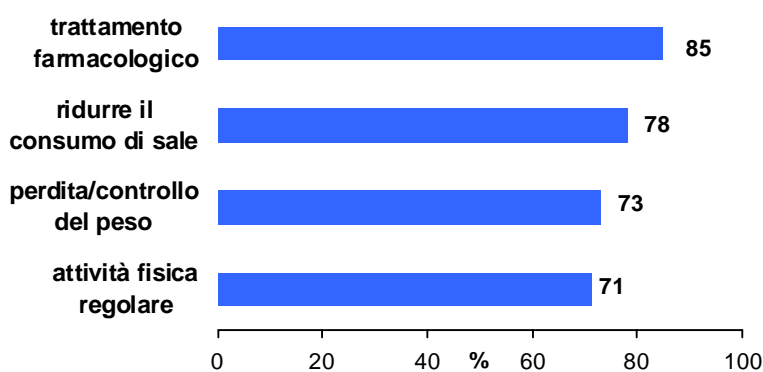
**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)**  
Pool PASSI 2009



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

- In VdA l' 84,7 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antiipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di sale (78,0%)
  - ridurre o mantenere il peso corporeo (72,9%)
  - svolgere regolare attività fisica (71,2%).

**Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico \***  
ASL VdA PASSI, 2009 (n=59)

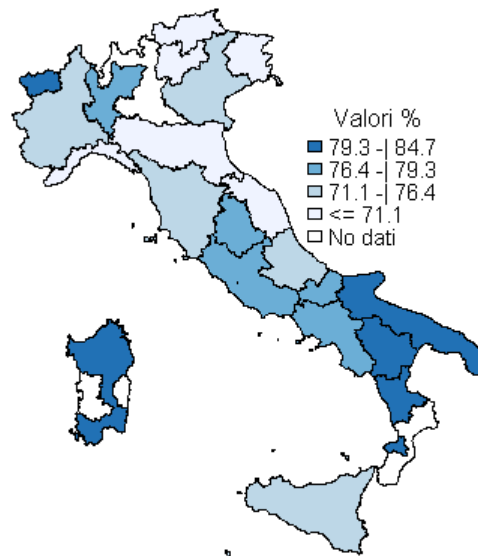


\* ogni variabile considerata indipendentemente

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.

### Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci

Pool PASSI 2009



### Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in VdA, nella fascia d'età 18-69 anni, 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).

Si stima che circa il 17% delle persone intervistate non sia stata sottoposto 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 circa tre ipertesi su quattro.

# 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?

- In VdA il 78,3% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 50,6 % nel corso dell'ultimo anno
- il 17,3 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 10,4 % da oltre 2 anni.

Il 21,7 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

- La misurazione del colesterolo è più frequente:
  - al crescere dell'età (dal 56,5 % della fascia 18-34 anni all'88,1% di quella 50-69 anni)
  - nelle donne

### Colesterolo misurato almeno una volta nella vita

ASL VdA - PASSI 2009 (n= 318)

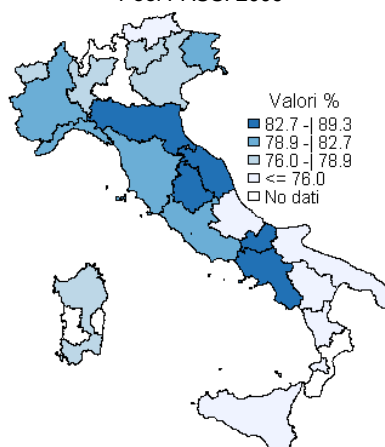
Caratteristiche	Colesterolo misurato % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>78,3</b>	73,4-82,7
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	56,5	
35 - 49	84,3	
50 - 69	88,1	
<b>Sesso</b>		
uomini	76,6	
donne	80,3	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	77,8	
alta	79,1	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	71,7	
no	71,3	

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

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 79%; è presente un evidente gradiente territoriale.

### Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)

Pool PASSI 2009





## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In VdA il 27,3% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
  - nelle classi d'età più avanzate
  - nelle donne
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone con difficoltà economiche
  - nelle persone in eccesso ponderale.

### Ipercolesterolemia riferita\*

ASL VdA - PASSI 2009 (n= 249)

Caratteristiche	Ipercolesterolemia % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>27,3</b> 21,9-33,3,
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	16,7
35 - 49	17,5
50 - 69	41,3
<b>Sesso</b>	
uomini	25,2
donne	29,7
<b>Istruzione**</b>	
bassa	30,4
alta	25,0*
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	31,8
no	25,8
<b>Stato nutrizionale</b>	
sotto/normopeso	21,6
sovrappeso/obeso	35,2

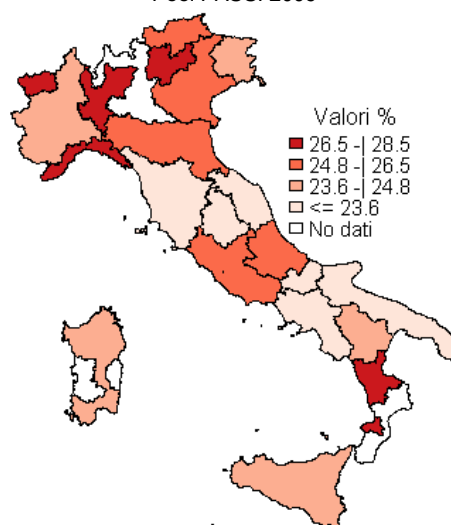
\* tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

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

Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

### Persone con ipercolesterolemia riferita (%)

Pool PASSI 2009

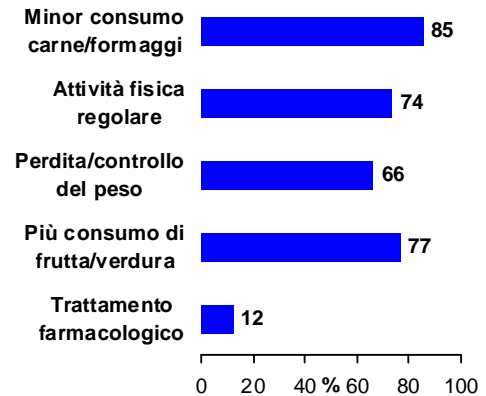


## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In VdA l'11,8 % delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di carne e formaggi (85,3%)
  - svolgere regolare attività fisica (73,5%)
  - ridurre o controllare il proprio peso (66,2%)
  - aumentare il consumo di frutta e verdura (76,5%).

### Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico\*

ASL VdA - PASSI 2009 (n=68)



\* ogni variabile considerata indipendentemente

## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in VdA, nella fascia d'età 18-69 anni, più di una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre il 41% 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 una su dieci ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata intorno al 66% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali.

# 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?

**Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari)  
a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n= 225)

- In VdA solo il 4% 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 più alta istruzione
  - nelle persone senza difficoltà economiche.

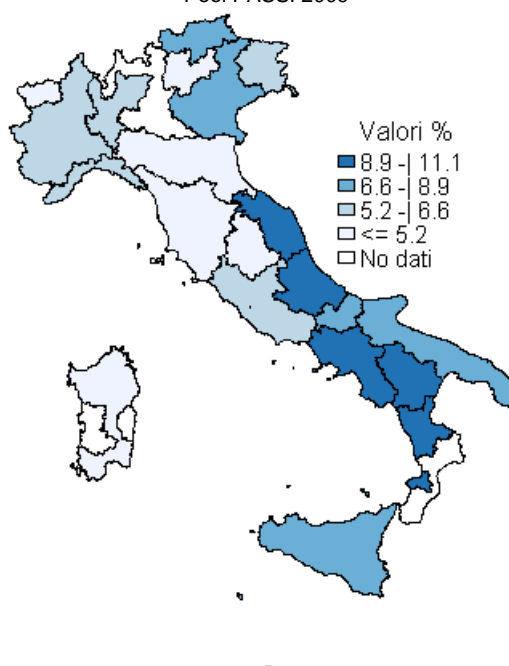
Caratteristiche demografiche		Punteggio calcolato % (IC95%)	
<b>Totale</b>		<b>4,0</b>	<b>1,8-7,5</b>
<b>Classi di età</b>			
	35 - 49	2,6	
	50 - 69	5,4	
<b>Sesso</b>			
	uomini	4,8	
	donne	3,0	
<b>Istruzione*</b>			
	bassa	2,6	
	alta	5,6	
<b>Difficoltà economiche</b>			
	sì	1,7	
	no	4,9	
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare°</b>			
	sì	4,3	
	no	3,1	

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

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

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 2009



## **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 VdA, 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.

# 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?

- In VdA la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 70,3%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
  - nella fascia 18-34 anni
  - negli uomini
  - nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche.
- Il 63,2% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 36,8% prevalentemente durante il fine settimana.

Caratteristiche	Consumo di alcol (ultimo mese) VdA - PASSI 2009 (n=318)	
	Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>70,3</b>	<b>64,9-75,3</b>
<b>Classi di età</b>		
	18 - 34	73,5
	35 - 49	67,3
	50 - 69	70,9
<b>Sesso</b>		
	uomini	85,1
	donne	53,1
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	62,4
	alta	77,1
<b>Difficoltà economiche</b>		
	sì	63,3
	no	73,3

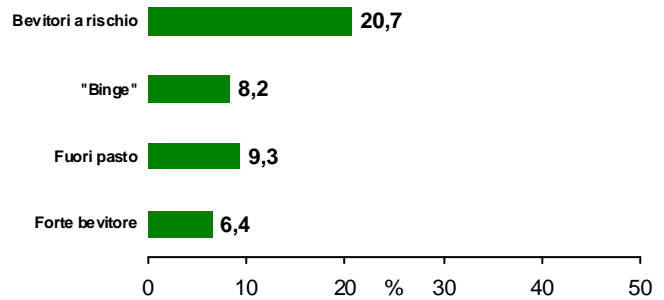
°una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.  
\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 57%.

## Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 20,7% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
  - l'8,2% 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 9,3% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
  - il 6,4% 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 la percentuale di bevitori a rischio è del 26,5% mentre quella di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) è del 13,5%.

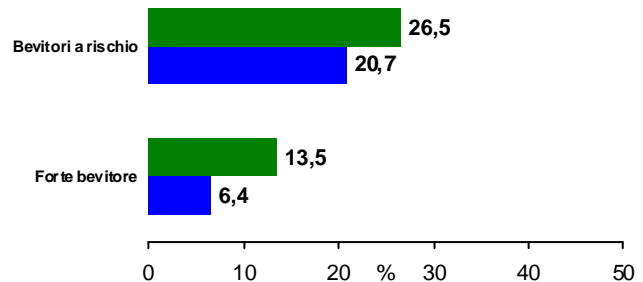
### Bevitori a rischio\* per categorie VdA - PASSI 2009 (n=313)



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

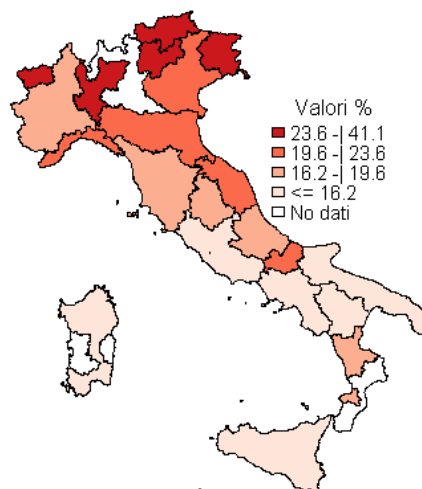
### Bevitori a rischio e forti bevitori Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"

VdA - PASSI 2009 (n=312)



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).

### Percentuale di bevitori a rischio secondo la nuova definizione INRAN Pool PASSI 2009



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

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda l'8,2% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso:

- tra i più giovani nella fascia di 18-34 anni (14,8%)
- negli uomini (14,3% vs 1,4% delle donne)
- tra le persone con istruzione alta (10,1% vs 5,9% di chi ha un'istruzione bassa)

Consumo "binge" <sup>o</sup> (ultimo mese)		bevitori "binge" <sup>o</sup>	
ASL VdA - PASSI 2009 (n=306)		% (IC95%)	
Caratteristiche			
<b>Totale</b>		<b>8,2</b>	5,5-12,0
<b>Classi di età</b>			
	18 - 34	14,8	
	35 - 49	3,6	
	50 - 69	8,0	
<b>Sesso</b>			
	uomini	14,3	
	donne	1,4	
<b>Istruzione*</b>			
	bassa	5,9	
	alta	10,1	
<b>Difficoltà economiche</b>			
	sì	10,6	
	no	7,3	

<sup>o</sup>consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese alme no una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

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

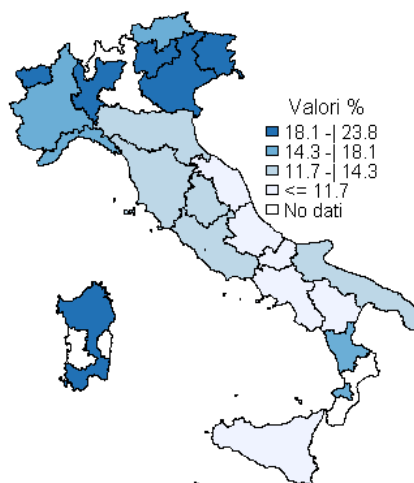
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 6%.

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

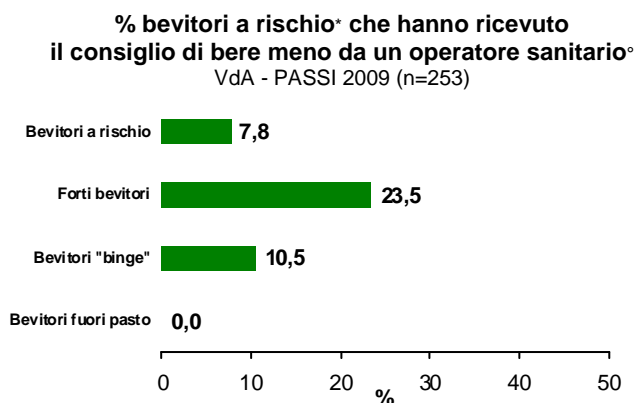
- In VdA il 18,6% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol; il 7,8 % dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 14% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% 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 2009



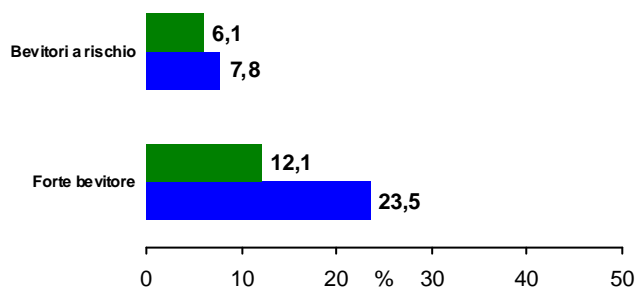
- Solo il 4,3% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 7,8%. In particolare:
  - 23,5% nei forti bevitori,
  - 10,5% nei bevitori "binge"
  - 0% nei bevitori fuori pasto



\* 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 2009 (n=250)



\* 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 due persone su tre di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e più di una su cinque 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.



# 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.

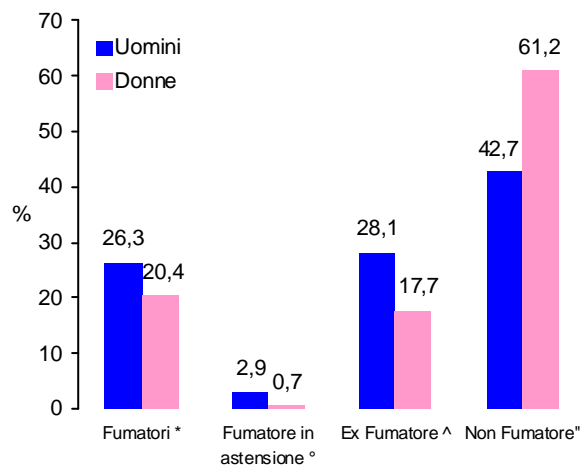
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di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

L'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?

- Nella ASL VdA rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in :
  - il 51,3% degli intervistati ha riferito di non fumare
  - il 23,6% di essere fumatore
  - il 23,3% di essere un ex fumatore.
 Il 1,9% 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 (26,3% versus 20,4%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (61,2% versus 42,7%).

**Abitudine al fumo di sigaretta**  
ASL VdA- PASSI 2009 (n=318)



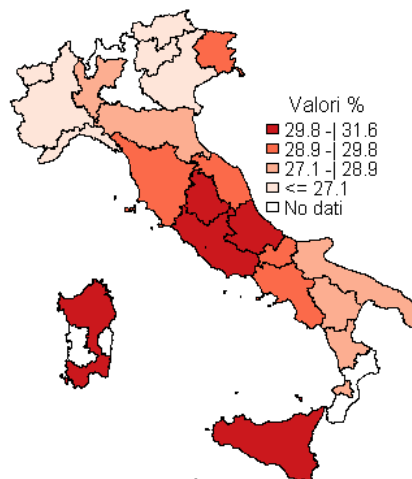
\* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *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

**% di fumatori**  
Pool PASSI 2009



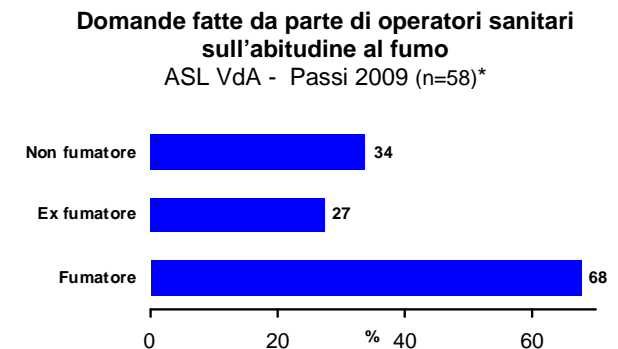
## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- In VdA si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
  - tra le persone sotto ai 35 anni
  - tra gli uomini
  - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
  - tra le persone con difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al dì ("forte fumatore").

Fumatori	
ASL VdA - PASSI 2009 (n=81)	
Caratteristiche	Fumatori° % (IC95%)
<b>Totale</b>	
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	32,9
35 - 49	24,3
50 - 69	21,2
<b>Sesso</b>	
uomini	29,2
donne	21,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	27,1
alta	24,4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	29,3
no	24,4

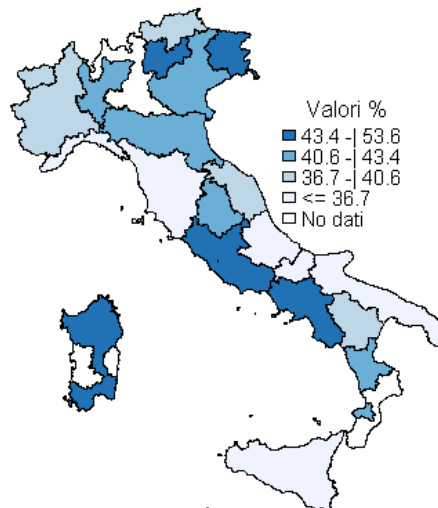
## A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- In VdA, al 40,6% dei fumatori, negli ultimi 12 mesi, sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario.



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

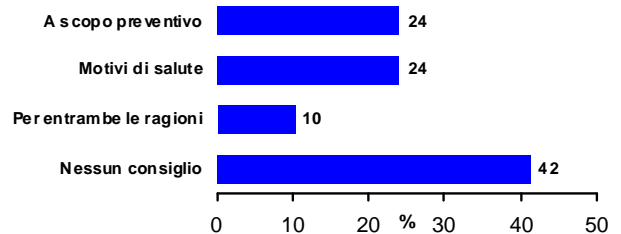
% di fumatori a cui è stato chiesto se fuma  
Pool PASSI 2009



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

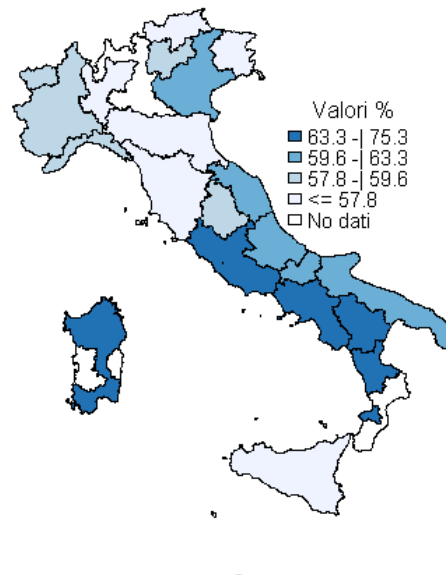
- In VdA tra i fumatori, il 58,6% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione  
ASL VdA - Passi 2009 (n=58)\*



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

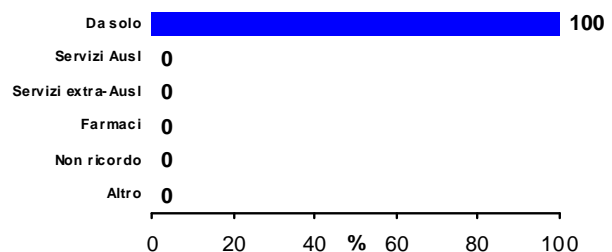
% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare  
Pool PASSI 2009



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

- Fra gli ex fumatori, il 100% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo.
- 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 28% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (36% a livello nazionale). Chi ha tentato di smettere lo ha fatto per il 90,5% da solo, per il 9,5% con l'aiuto di farmaci o cerotti.

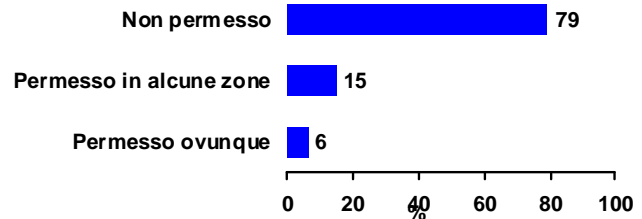
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori  
ASL VdA - Passi 2009 (n=74)



## L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
  - il 79,2% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
  - il 14,8% che si fuma in alcuni luoghi
  - il 6% che si fuma ovunque.

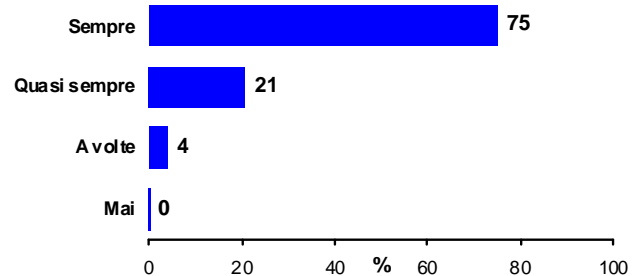
**% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa**  
ASL VdA - Passi 2009 (n=318)



## La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

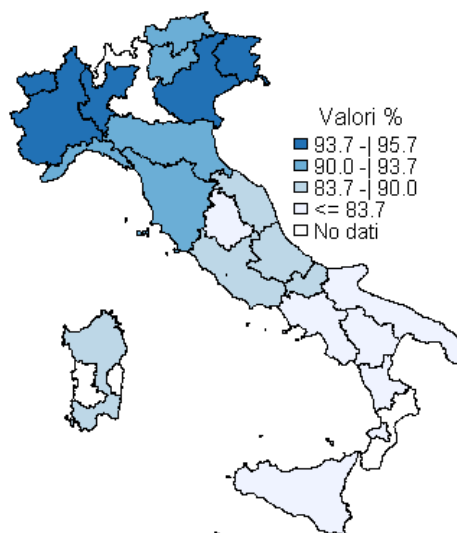
- Il 95,8% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (75,1%) o quasi sempre (20,7%).
- Il 4,2% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (0,3%) o lo è raramente (3,9%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

**Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici**  
ASL VdA - Passi 2009\* (n=306)



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

**% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici**  
Pool PASSI 2009

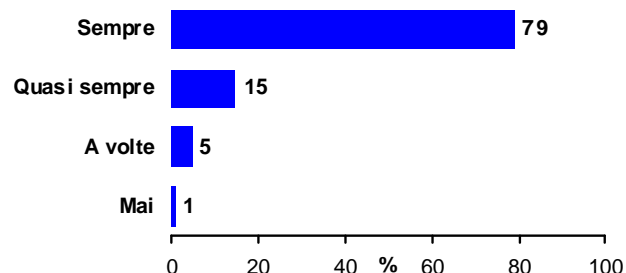


## Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 94% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (79,1%) o quasi sempre (14,9%).
- Il 7,4% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (0,9%) o lo è raramente (4,7%).

### Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

ASL VdA – Passi 2009 (n= 215)\*

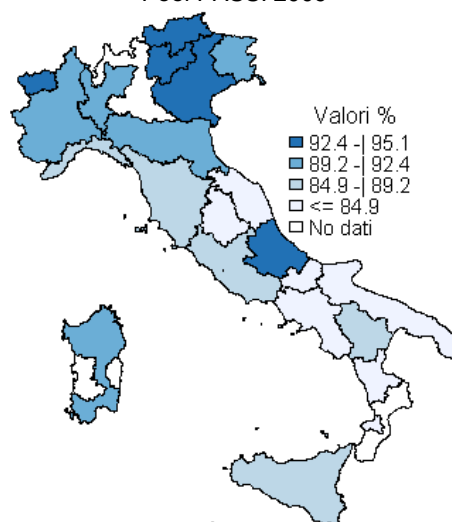


\*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'88% 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 2009



## Conclusioni e raccomandazioni

In VdA, si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni. Quasi il 60% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

Tutti gli ex fumatori hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli; 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 della ASL. L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro anche se inferiore rispetto al resto del Paese rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

# Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

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

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

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

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

- In VdA il 12,6% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagne antinfluenzali 2006-07/2007-08/2008-09.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 28,6%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
  - nella fascia 50-64 anni (22%)
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con almeno una patologia cronica (28,6%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate durante la campagna 2008-09 contro l'influenza è risultata del 31%.

### Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)

ASL VdA - PASSI (n=15)

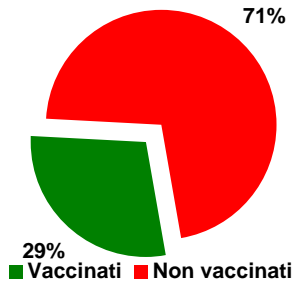
Caratteristiche	Vaccinati % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>12,6</b>	(7,2/19,9)
<b>Classi di età</b>		
	18-34	6,7
	35-49	8,3
	50-64	22,0
<b>Sesso</b>		
	uomini	14,5
	donne	10,5
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	17,4
	alta	9,7*
<b>Difficoltà economiche</b>		
	sì	11,8
	no	13,1
<b>Patologie severe°</b>		
	almeno una	28,6
	assente	10,5

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

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

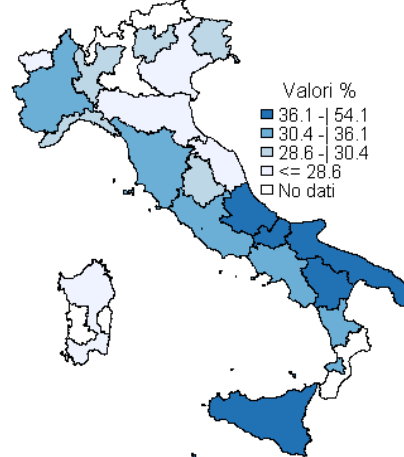
**Vaccinazione antinfluenzale 2006-07/2007-08/2008-09 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica**

ASL VdA - PASSI (n=14)



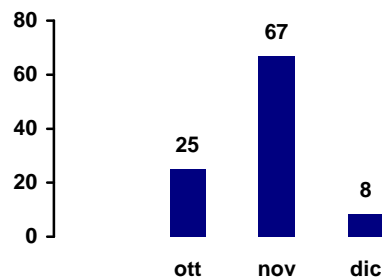
**Vaccinazione antinfluenzale 2008-09 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica**

Pool PASSI



**% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese**

ASL VdA - Passi 2008 (n=12)



- In VdA la maggior parte (67%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in VdA hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

# 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, feto 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?

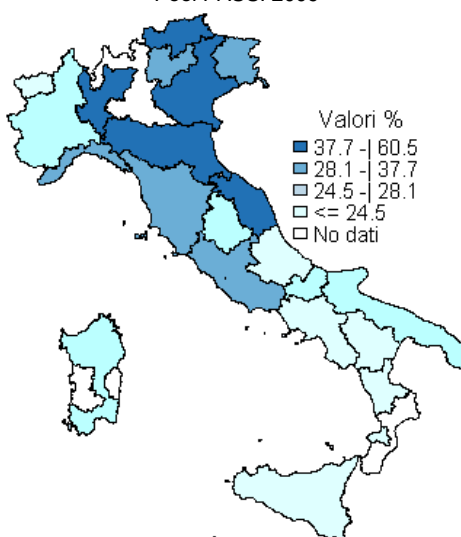
- In VdA il 16,8% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
  - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (28,6%)
  - con alto livello d'istruzione
  - senza difficoltà economiche.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)		
ASL VdA Passi, 2009 (n=95)		
Caratteristiche	Vaccinate % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>16,8</b>	9,9-25,9
<b>Classi di età</b>		
18-24	28,6	
25-34	25,0	
35-49	9,4	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	11,4	
alta	20,0	
<b>Difficoltà Economiche</b>		
sì	12,5	
no	18,3	

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

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 33%.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia  
Pool PASSI 2009





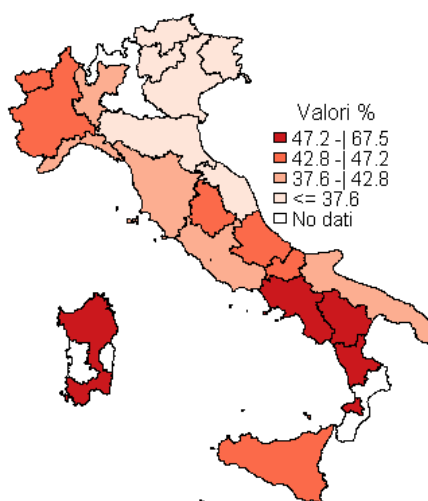
## Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- In VdA il 46,3% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
  - ha effettuato la vaccinazione (16,8%)
  - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (29,5%).
- Il 3,2% è risultata suscettibile in quanto:
  - non ha effettuato la vaccinazione
  - ha riferito un rubeotest negativo.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) - % (IC95%) ASL VdA - Passi 2009 (n=95)		
Caratteristiche	%	IC95%
<b>Immuni</b>	<b>46,3</b>	<b>43,2-64,0</b>
Vaccinate	16,8	
Non vaccinate con rubeotest positivo	29,5	
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>53,7</b>	
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,2	
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	6,3	
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	44,2	

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 43%.

**Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia**  
Pool PASSI 2009



## Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che più di una donna in età fertile su due sia ancora potenzialmente 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 un punteggio da 0 a 6; coloro che ottengono un punteggio uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

## Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- In VdA circa il 4,8% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
  - nelle fasce d'età più avanzate
  - nelle donne
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone senza difficoltà economiche
  - nelle persone senza un lavoro continuativo
  - nelle persone con almeno una patologia severa.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 7% circa delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; (9% donne e 5% uomini)

**Sintomi di depressione**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=311)

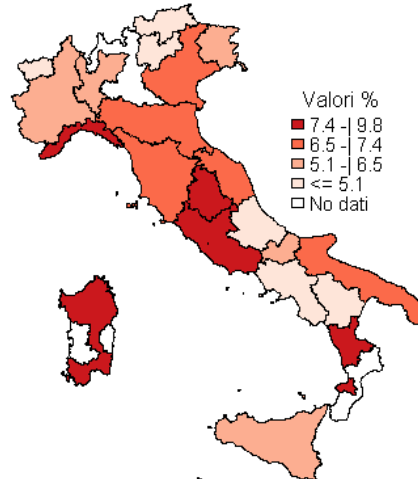
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>4,8</b>
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	3,7
35 - 49	3,5
50 - 69	6,9
<b>Sesso</b>	
uomini	2,4
donne	7,7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	6,4
alta	3,6
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	3,4
no	5,4
<b>Stato lavorativo</b>	
lavora	2,8
non lavora	9,2
<b>Patologie severe</b>	
almeno una	13,3
nessuna	3,4

° punteggio PHQ-2 uguale o maggiore di 3

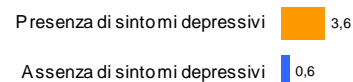
\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**Persone con sintomi di depressione (%)**

Pool PASSI 2009

**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 26,7% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 70,3% 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**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=311)**Giorni in cattiva salute fisica****Giorni in cattiva salute mentale****Giorni con limitazione di attività**

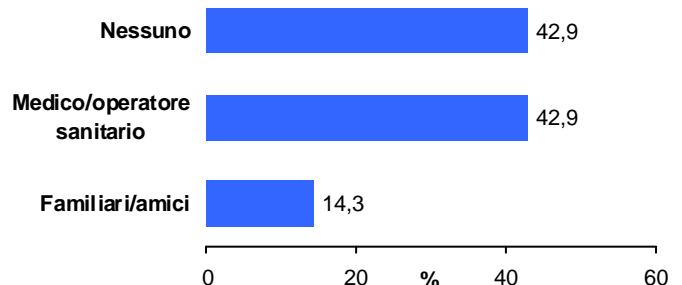
Media giorni

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

- Il 57,1% 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 (42,9%), a familiari/amici (14,3%).

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

ASL VdA - PASSI 2009 (n=14)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella Regione Valle d'Aosta si stima che circa il 5% abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone senza difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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 (quasi una persona su due).

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.

## Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

In Valle d'Aosta si stimano circa 106 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno (corrispondenti a 185 casi per 100.000 donne), quasi un terzo di tutti i nuovi casi di tumore nelle donne e circa 21 morti (37 per 100.000 donne) pari a circa il 7% delle morti per tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'85%, risultato tra i migliori a livello europeo. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è pari al 57% della popolazione interessata.

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

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

- In VdA l'82,7% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

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

- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - nella fascia 50-59 anni
  - con istruzione alta
  - senza rilevanti difficoltà economiche.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere di 46 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 60% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

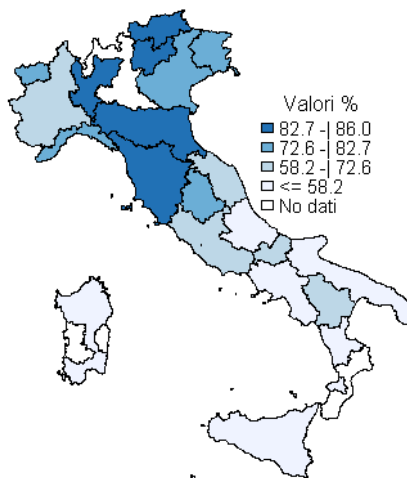
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni) ASL VdA - PASSI 2009 (n=43)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni° % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>82,7</b> 69,7-91,8
<b>Classi di età</b>	
50- 59	84,0
60 -69	81,5
<b>Stato civile</b>	
coniugata	82,9
non coniugata	82,4
<b>Convivenza</b>	
convivente	81,6
non convivente	85,7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	77,4
alta	90,0
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	76,9
no	84,2

°in assenza di segni o sintomi

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

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 2009



### **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.

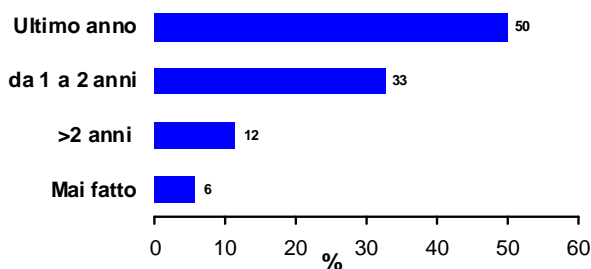
Tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 67,3% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, il 15,4% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

### **Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia\*?**

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
  - il 50% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 32,7% da uno a due anni
  - l'11,5% da più di due anni
  - il 5,8% 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.

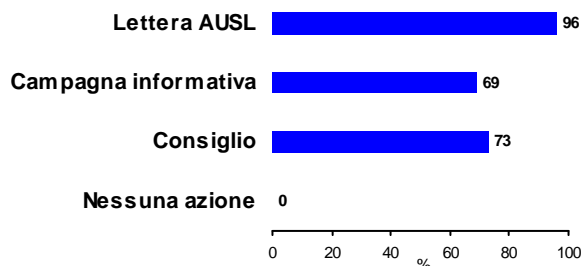
**Periodicità di esecuzione della Mammografia**  
ASL VdA- PASSI 2009 (n=52)



### **Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?**

- In VdA:
- il 96,2% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - il 69,2% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 73,1% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

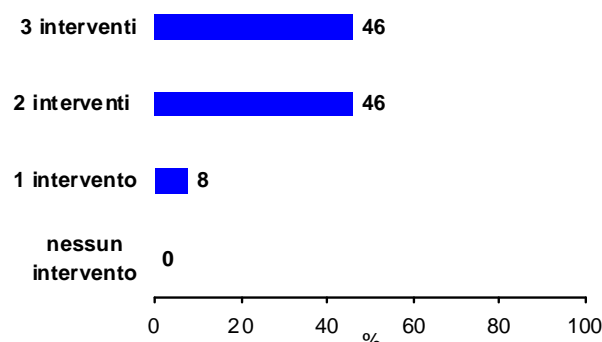
**Promozione della Mammografia**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=52)



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario e il 70% ha visto o sentito una campagna informativa.

- Il 46,2% 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 46,2% da due interventi ed il 7,6% da uno solo; nessuno ha ricevuto zero interventi di promozione tra quelli considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente dell'26%, 37%, 27% e 10%.

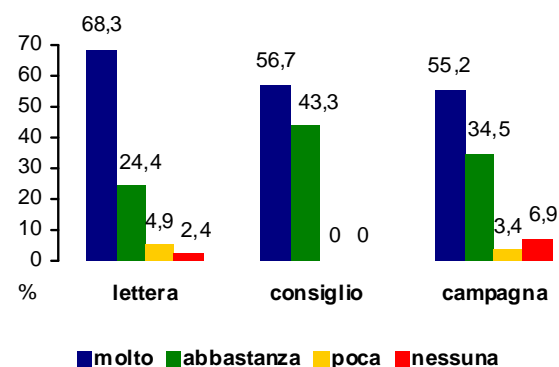
**Interventi di Promozione dell'ultima Mammografia**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=52)



### 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:
  - il 92,7% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (68,3% molta e 24,4% abbastanza)
  - il 4,9% poca influenza
  - il 2,4% nessuna influenza.

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia**  
ASL VdA - PASSI 2009



- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
  - il 100% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (56,7% molta e 43,3% abbastanza)
  - nessuno ritiene abbia avuto poca o nessuna influenza.

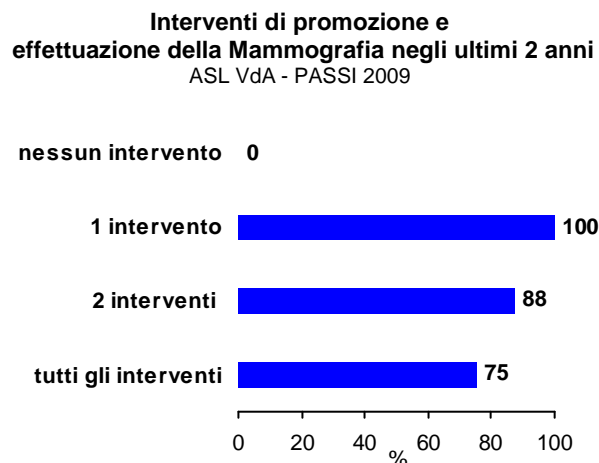
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
  - l'89,7% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (55,2% molta e 34,5% abbastanza)
  - il 3,4% poca influenza
  - il 6,9% nessuna influenza.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:

- 80% per la lettera di invito
- 88% per il consiglio dell'operatore sanitario
- 75% per la campagna informativa.

## Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

Il 75% delle donne di 50-69 anni che è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa) negli ultimi due anni ha effettuato la mammografia, l'87,5% delle donne che sono state raggiunte da due interventi ha effettuato la mammografia e l'ha effettuata anche l'unica persona che è stata raggiunta da un solo intervento; nessuno ha ricevuto zero interventi di promozione tra quelli considerati.

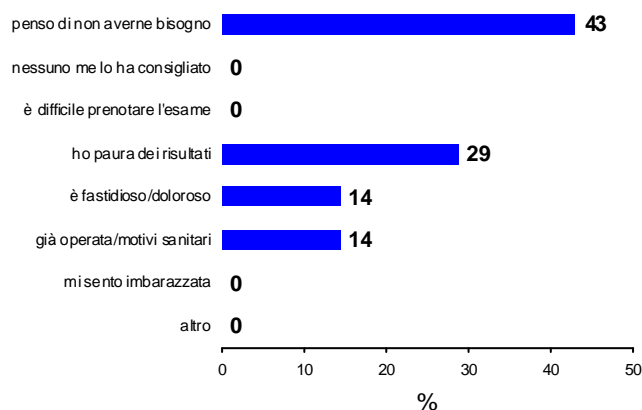


## Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

- In VdA il 17,3% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la Mammografia (5,8%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (11,5%).
- 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 42,9% ritiene infatti di non averne bisogno.

### Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida

ASL VdA - PASSI 2009 (n=7)\*



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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra Regione la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (82,7%) 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 (67,3%) sia della quota di adesione spontanea (15,4%), 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.

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 39 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.



## Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

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

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Valle d'Aosta il programma di screening è a regime dalla fine degli anni novanta e coinvolge il 30% della popolazione femminile, pari a circa 37.000 donne.

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

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

- In VdA l'88,6% 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.

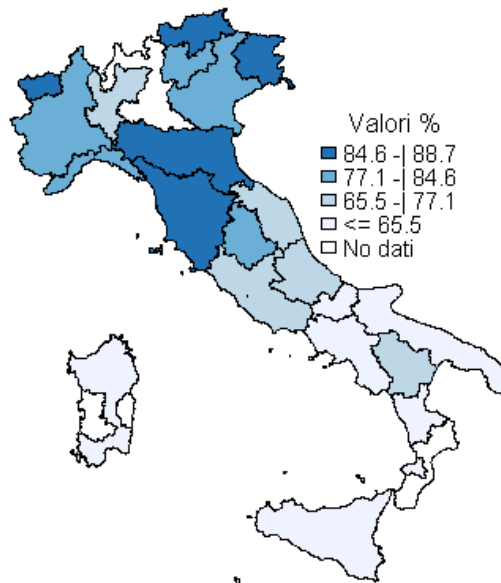
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL VdA – PASSI 2009 (n=123)		
Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni <sup>°</sup> % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>88,6</b>	<b>81,6-93,6</b>
<b>Classi di età</b>		
25 - 34	82,1	
35 - 49	92,5	
50 - 64	88,1	
<b>Stato civile</b>		
coniugata	90,0	
non coniugata	86,8	
<b>Convivenza</b>		
convivente	89,3	
non convivente	87,2	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	85,2	
alta	91,2	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	84,4	
no	90,0	

<sup>°</sup> in assenza di segni o sintomi

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

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 2009



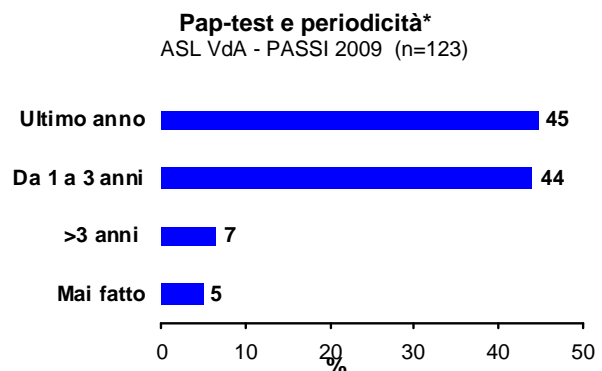
**Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?**

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un 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 nella nostra ASL, il 67,5% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 32,5% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

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

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
  - il 44,7% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 43,9% da uno a tre anni
  - l'il 6,5% da più di tre anni
- Il 4,9% 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.

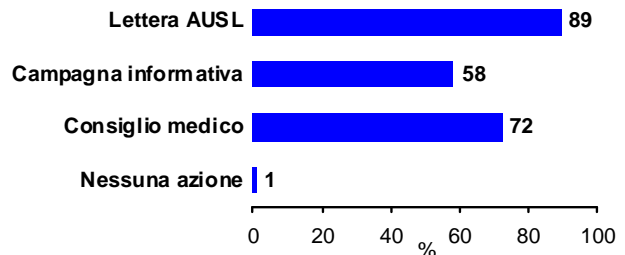
## Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

Nella nostra Regione:

- l'89,3% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL
- il 58,2 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- il 72,1% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

### Promozione del Pap-test\*

ASL VdA - PASSI 2009



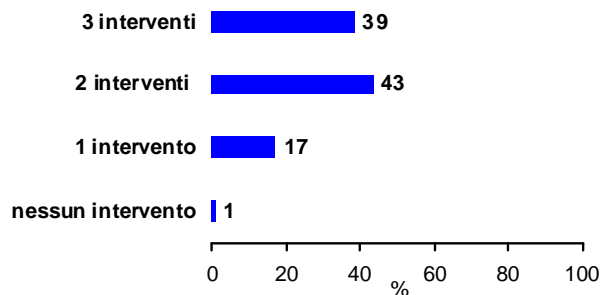
\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 53% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 61% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 65% ha visto una campagna informativa.

- In VdA il 38,5% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 43,4% da due interventi ed il 17,2% da un solo intervento; solo lo 0,8% 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

ASL VdA - PASSI 2009 (n=122)

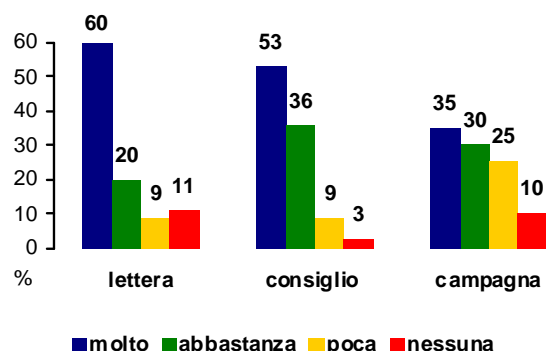


## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:
  - il 80,0% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (60,0% molta e 20,0% abbastanza)
  - il 9% poca influenza
  - l'11% nessuna influenza.

### Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test

ASL VdA - PASSI 2009



- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
  - l'89% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (53% molta e 36% abbastanza)
  - il 9% poca influenza
  - il 3% nessuna influenza.

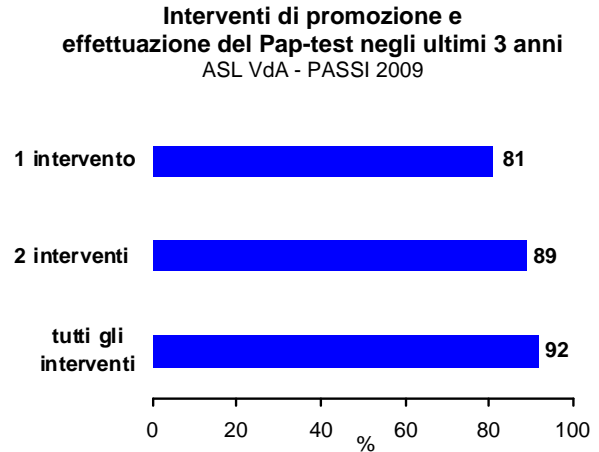
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
  - il 65% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (35% molta e 30% abbastanza)
  - il 25% poca influenza
  - il 10% nessuna influenza.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:

- 70% per la lettera di invito
- 83% per il consiglio dell'operatore sanitario
- 70% per la campagna informativa.

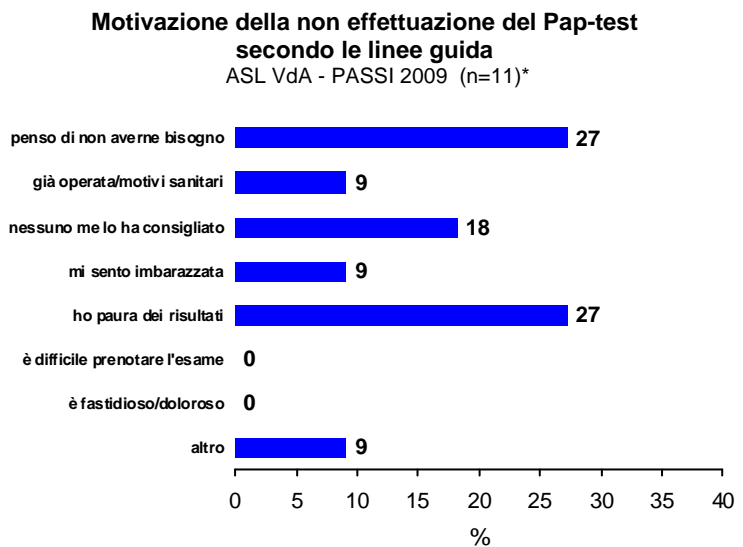
### Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- In VdA la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è del 91,5% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione e scende al 88,7% tra le donne raggiunte da due interventi e all'81% tra quelle raggiunte da un solo intervento.
- 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 11,4% 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 (4,9%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (6,5%).
- 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 27,3% ritiene infatti di non averne bisogno.



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

### Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra Regione la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (88,6%) 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 (67,5%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (32,5%).

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

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 determinante.

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

## 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 la stima relativa al 2008 è di circa 82 nuovi casi di tumore coloretale (tassi d'incidenza stimati di 82 casi ogni 100.000 uomini e 61 ogni 100.000 donne) e circa 32 decessi pari al 5% dei decessi oncologici (tassi di mortalità 34 morti ogni 100.000 uomini e 22 ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 58% negli uomini e 59% nelle donne.

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 VdA i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto sono stati avviati dal 2006 e coinvolgono persone dai 50 a 74 anni (30% della popolazione). Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

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

- In VdA il 64,1% 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 59,6% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone senza difficoltà economiche.
- L'8,5% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida  
Colon-retto (50-69 anni)  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=117)

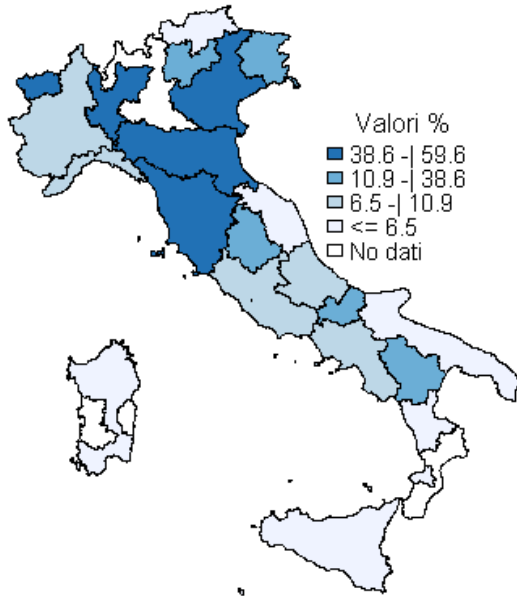
Caratteristiche	Sangue occulto fecale° % (IC95%)	Colonscopia° % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>59,6</b> 49,8-68,9	<b>8,5</b> 4,1-15,0
<b>Classi di età</b>		
50 - 59	53,4	9,5
60 - 69	66,7	7,3
<b>Sesso</b>		
uomini	65,0	9,1
donne	53,1	7,7
<b>Istruzione *</b>		
bassa	62,5	5,9
alta	58,1	12,5
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	50,0	3,0
no	65,3	10,8

°in assenza di segni o sintomi

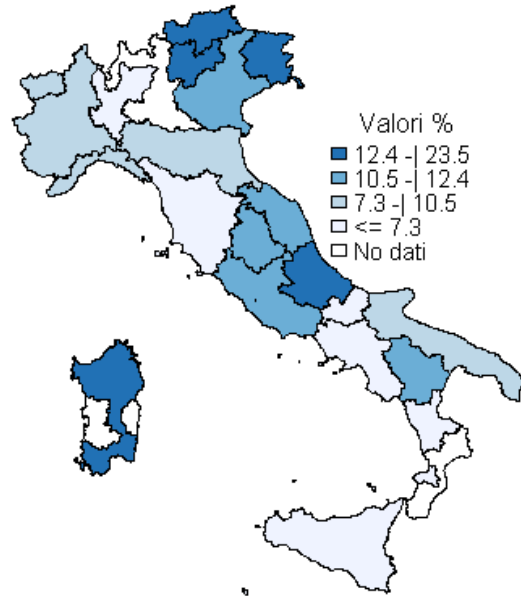
\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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, 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 2009



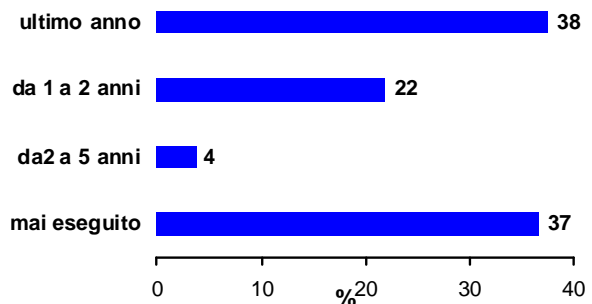
**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)**  
Pool PASSI 2009



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

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
  - il 37,6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 22,0% da uno a due anni
  - il 3,7% da due a cinque anni
- Il 36,7% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

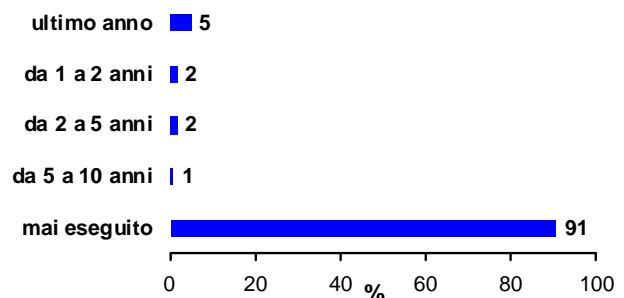
**Sangue occulto e periodicità\***  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=110)



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

- Rispetto all'ultima colonscopia:
  - il 5,1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 1,7% da uno a due anni
  - il 1,7% da due a cinque anni
  - lo 0,8% da cinque a dieci anni
- Il 90,7% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

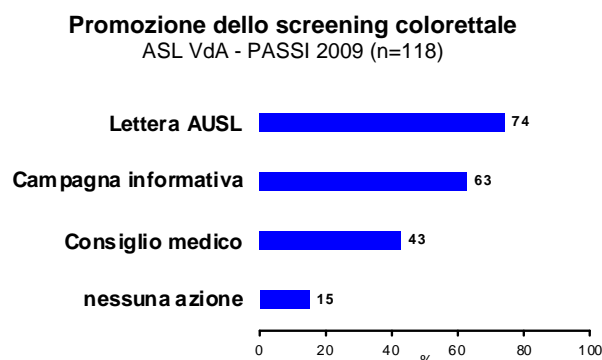
**Colonscopia e periodicità\***  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=118)



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

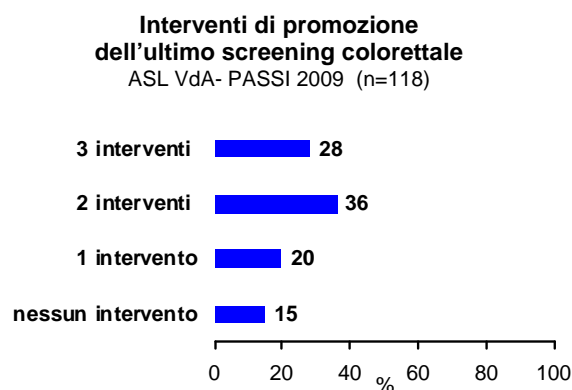
## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

- In VdA:
  - il 73,5% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - il 62,9% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 42,7% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettaale.



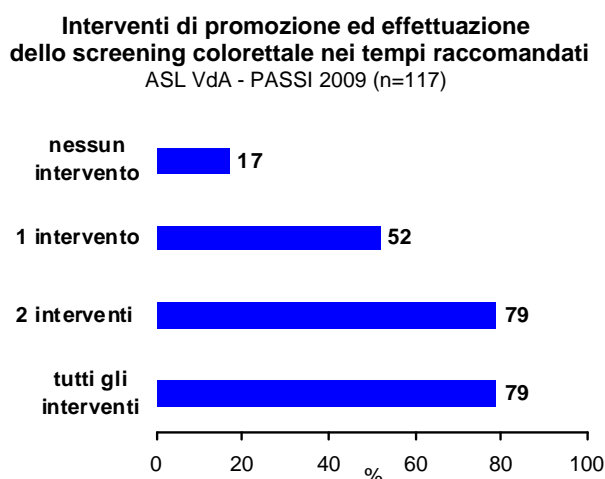
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 29% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 26% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41% ha visto una campagna informativa.

- Il 28,0% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening colorettaale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 36,4% da due interventi di promozione ed il 20,3% da un solo intervento; il 15,3% 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%.



## Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening colorettaale?

- Nella nostra Regione la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettaale nei tempi raccomandati, è solo del 16,7% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 78,8% 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.

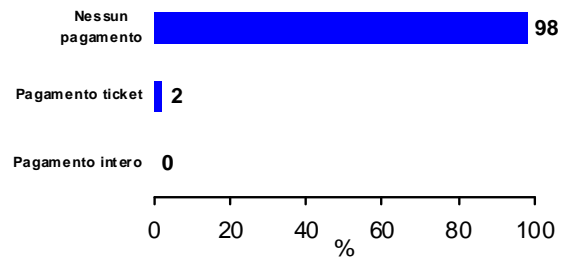




## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

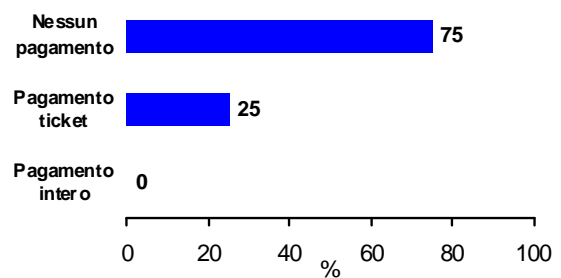
- In VdA il 98,4% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 5 anni; il 1,6% ha pagato solamente il ticket e nessuno l'intero costo dell'esame.

**Costi della ricerca di Sangue occulto**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=64)



- il 75,0% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 25,0% ha pagato esclusivamente il ticket e nessuno l'intero costo dell'esame.

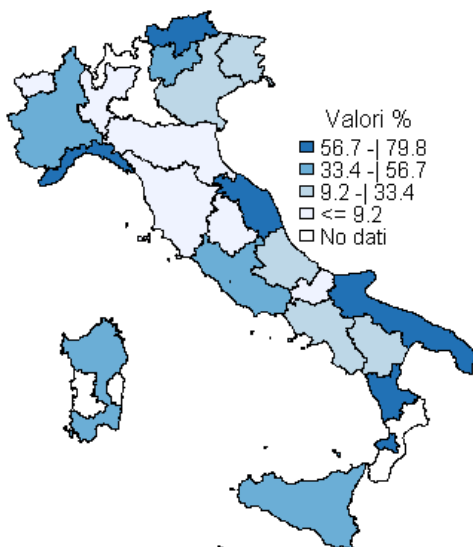
**Costi della Colonscopia**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=10)



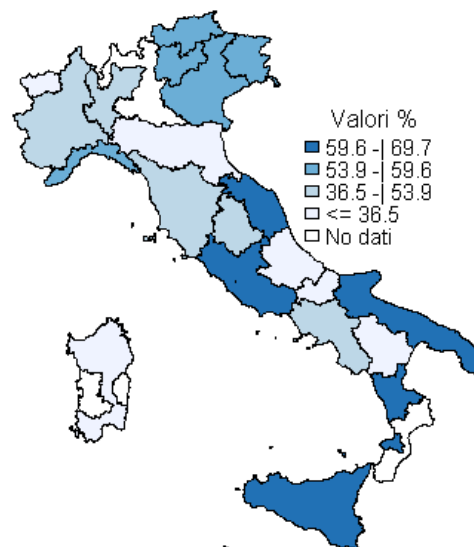
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento.

Tra le ASL 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 2009

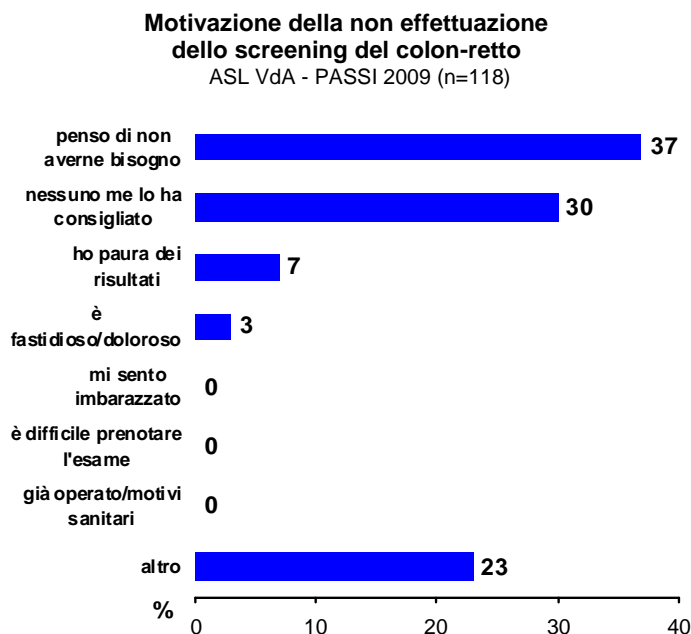


**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)**  
Pool PASSI 2009



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

- In VdA il 31,4% 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 sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 36,7% ritiene infatti di non averne bisogno.



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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra Regione nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale si è già superato il livello di copertura "accettabile"(45%) nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti circa una persona su tre 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.

# 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 Valle d'Aosta 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: il 93,1% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
  - gli uomini
  - le persone con livello basso di istruzione
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.
- 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 93%.

### Bassa percezione del rischio infortunio domestico

ASL VdA - PASSI 2009 (n=317)

Caratteristiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>93,1</b>	<b>89,5-95,5</b>
<b>Età</b>		
18 - 34	92,9	
35 - 49	90,4	
50 - 69	95,7	
<b>Sesso</b>		
uomini	94,1	
donne	91,8	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	95,1	
alta	91,3	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	94,6	
no	92,4	
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°</b>		
sì	90,0	
no	94,7	

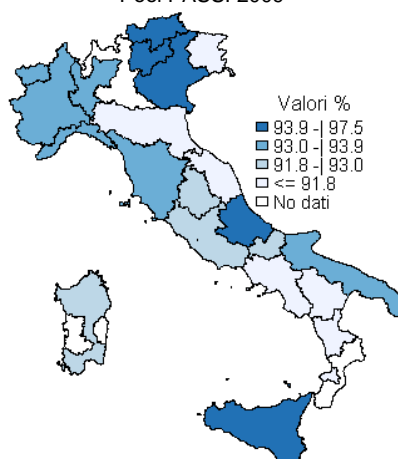
° possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

° presenza di anziani e/o bambini

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

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

Pool PASSI 2009



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

- In VdA il 27,1% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
  - nella classe di età 50-69 anni
  - nelle donne
  - nelle persone con livello d'istruzione basso.

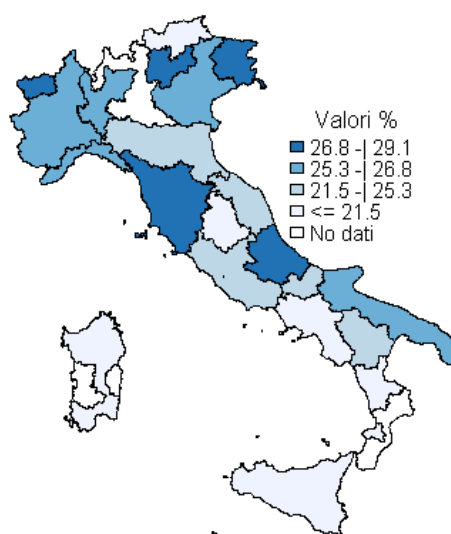
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL VdA PASSI 2009 (n=317)		persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni % (IC95%)	
Caratteristiche			
<b>Totale</b>		<b>27,1</b>	22,4 - 32,4
<b>Età</b>			
	18 - 34	14,1	
	35 - 49	33,9	
	50 - 69	29,9	
<b>Sesso</b>			
	uomini	22,9	
	donne	32,0	
<b>Istruzione*</b>			
	bassa	22,2	
	alta	31,4	
<b>Difficoltà economiche</b>			
	sì	18,5	
	no	30,8	
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°</b>			
	sì	31,8	
	no	24,6	
<b>Percezione del rischio</b>			
	alta	30,2	
	bassa	26,1	

°presenza di anziani e/o bambini

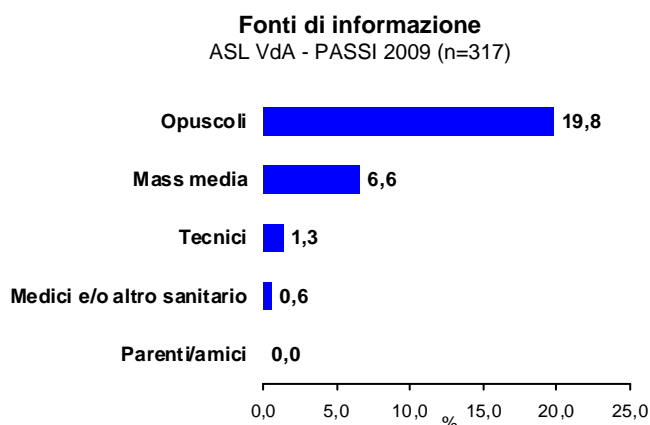
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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 24%.

**% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**  
Pool PASSI 2009



- La principale fonte di informazione sugli infortuni domestici è rappresentata dagli opuscoli (19,8%); 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 16% 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.

**Adozione di misure di sicurezza per l'abitazione**  
ASL VdA - PASSI 2009 (n=50)

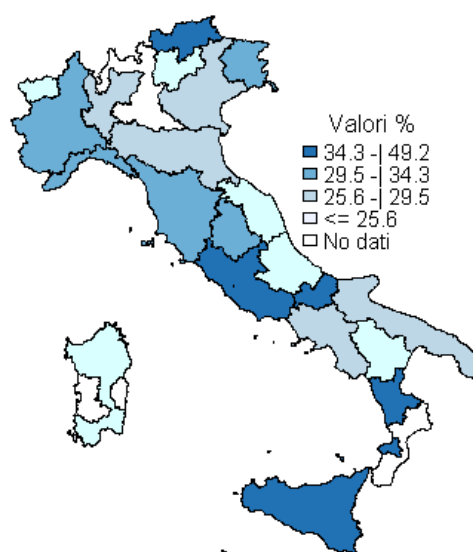
Caratteristiche	persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>16,0</b>	7,2-29,1
<b>Età</b>		
18 - 34	28,6	
35 - 49	20,8	
50 - 69	5,3	
<b>Sesso</b>		
uomini	26,3	
donne	9,7	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	13,6	
alta	17,9	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	16,7	
no	15,8	
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°</b>		
si	16,7	
no	15,4	
<b>Percezione del rischio</b>		
alta	20,0	
bassa	15,6*	

°presenza di anziani e/o bambini

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

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 31%.

**% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)**  
Pool PASSI 2009



## **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 una persona su quattro ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa un quarto delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; 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.

# 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 quasi 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).

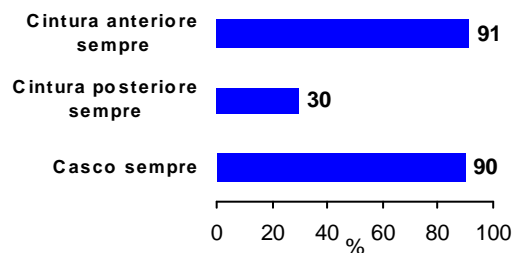
## L'uso dei dispositivi di sicurezza

In VdA la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:

- 90,9% per l'uso del casco
- 90,2% per la cintura anteriore di sicurezza
- 29,8% per l'uso della cintura posteriore.

### Uso dei dispositivi di sicurezza\*

ASL VdA - PASSI 2009 (n=318)



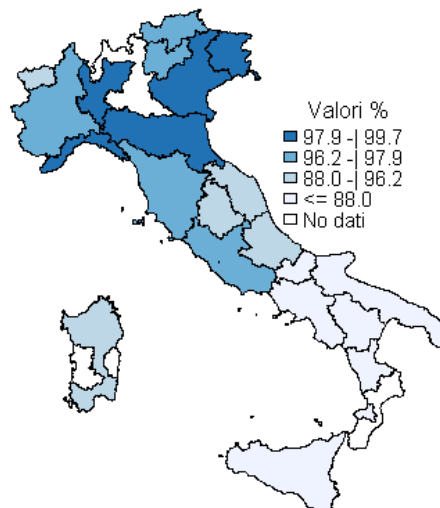
\*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

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: 94% per il casco, 82% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore.

Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale.

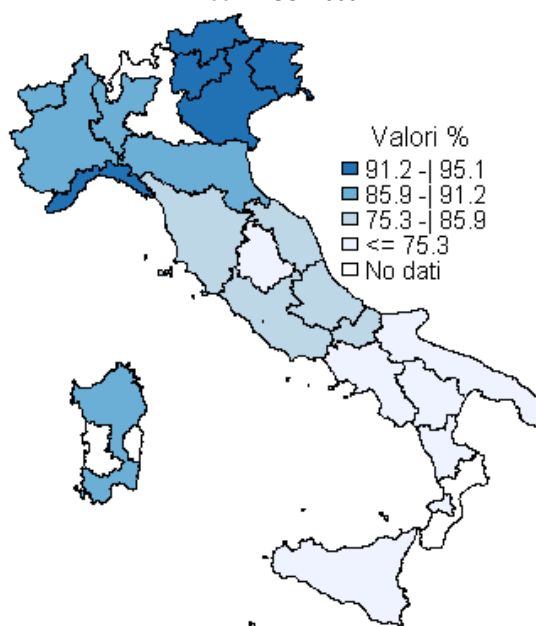
### Percentuale di persone che usano il casco sempre

Pool PASSI 2009



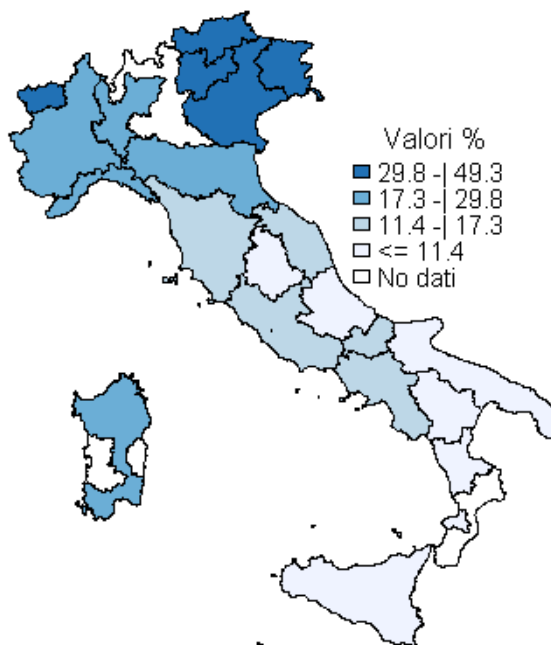
**Percentuale di persone che usano  
la cintura anteriore sempre**

Pool PASSI 2009



**Percentuale di persone che usano  
la cintura posteriore sempre**

Pool PASSI 2009





## 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 10,1% 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 15,5%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere meno diffusa nella classe di età 18-34, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (con differenze statisticamente significative) e tra le persone con bassa istruzione.
- Il 9,2% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (10,5% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

### Guida sotto l'effetto dell'alcol<sup>o</sup> ASL VdA - PASSI 2009 (n=318)

Caratteristiche	persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol <sup>o</sup>	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>15,5</b>	<b>10,9-21,2</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	11,9	
35 - 49	18,1	
50 - 69	16,0	
<b>Sesso</b>		
uomini	20,7	
donne	5,6	
<b>Istruzione*</b>		
bassa	21,5	
alta	11,9	
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	13,7	
no	16,2	

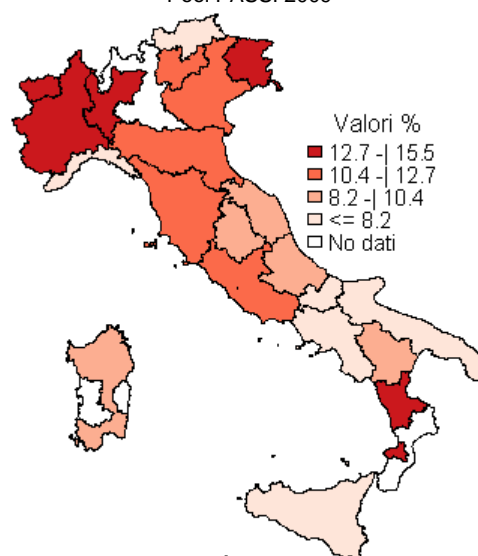
<sup>o</sup> il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

<sup>o</sup> coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

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

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 sotto l'effetto dell'alcol Pool PASSI 2009



## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Nella nostra Regione si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo circa il 30% 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.

---

# Sintesi del rapporto regionale

---

## **Quali sono i risultati principali?**

**Descrizione del campione aziendale:** In Valle d'Aosta è stato intervistato un campione casuale di 320 persone, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria dell'AUSL. Il 53,8% degli intervistati è rappresentato da uomini e il 46,2% da donne. L'età media è di 44 anni. Il 54,5% ha un livello di istruzione alto e il 70,8% un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 68,2% delle persone intervistate giudica positivamente il proprio stato di salute, mentre il 53,2% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** Il 32,5% del campione valdostano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10,5%. L'eccesso ponderale è trattato solo nel 22,2% dei casi con dieta. Il consumo di frutta e verdura risulta scarso: solo il 6% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando almeno cinque razioni al giorno.

**Attività fisica:** è completamente sedentario il 23,2% del campione mentre il 40% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 29,4% dei casi i medici si informano sul grado di attività fisica praticata e nel 23,1% dei casi consigliano genericamente di svolgerla.

**Rischio cardiovascolare:** si stima che sia iperteso il 20,6% della popolazione valdostana, tra i 18 e 69 anni; il 84,7% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 9,7% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa il 27,3% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 11,8% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Più di una persona su cinque (21,7%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 4% degli intervistati tra i 35-69 anni riferisce di aver avuto la valutazione del rischio cardiovascolare da parte del proprio medico.

**Consumo di alcol:** si stima che il 70,3% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 26,5% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 9,3% beve fuori pasto, il 8,2% è bevitore "binge" e il 13,5% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano nel 18,6% dei casi sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano di moderarne il consumo al 7,8% dei bevitori a rischio.

**Abitudine al fumo:** il 25,5% degli intervistati è fumatore e il 23% ex fumatore. 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 94% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o quasi sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 20,8% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare: "ovunque" (6%) o in "alcune zone" (14,8%).

**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 53,7%.

**Sintomi di depressione:** in Valle d'Aosta il 4,8% 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 della mammella:** il 94,2% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 82,7% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** il 95,1% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita e il 88,6% lo ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

**Screening tumore del colon retto:** il 59,6% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; una colonscopia a scopo preventivo è stata effettuata nel 8,5% dei casi.

**Sicurezza domestica:** nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Valle d'Aosta, non è elevata: il 93,1% 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 27,1%: tra questi, il 16% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Sicurezza stradale:** l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta soddisfacente: il 90,2% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 29,8% degli intervistati.

Il 90,9% utilizza sempre il casco.

Il 15,5% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 9,2% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

# 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](http://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
73,4%	26,6%	15,4%	11,2%	97,2%

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:

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

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

#### • 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:

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

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: