

Sistema di sorveglianza PASSI

Fattori di Rischio Cardiovascolare 2011 - 2014

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 - Triestina



Azienda per l'Assistenza Sanitaria **N°1 triestina**
Regione Friuli Venezia Giulia



Redazione ed impaginazione a cura di:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione AAS1 “Triestina”)

Le fotografie tratte da siti internet sono contrassegnate per essere riutilizzate; le altre sono state realizzate da Valentino Patussi.

L'immagine del gruppo in cammino è stata acquistata su www.fotolia.com con licenza standard (File: 57527275 - Ibili - Autore:© Laiotz)

Riproduzione autorizzata citando la fonte

Coordinatrice Aziendale

Daniela Germano (*Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1 Triestina*)

Intervistatrici

Silvia Cosmini, Marilena Geretto, Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Daniela Steinbock, Romana Sussan (*Dipartimento di Prevenzione*)

Organizzazione interviste

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione AAS1 “Triestina”)

Via de' Ralli, 3 34127 Trieste

e-mail: daniela.germano@aes1.sanita.fvg.it

Si ringraziano:

tutti i cittadini che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni;

i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Daniela Germano 040 3997510 – e-mail: daniela.germano@aas1.sanita.fvg.it

- Dipartimento di Prevenzione - via de'Ralli, 3 – 34127 Trieste

INDICE

	pagina
Presentazione	4
Sintesi dei risultati	6
Profilo socio - demografico	9
• Descrizione del campione aziendale	10
Rischio cardiovascolare	15
• Il rischio cardiovascolare -introduzione	16
• Ipertensione arteriosa	17
• Ipercolesterolemia	21
• Carta e punteggi individuale del rischio cardiovascolare	25
• La diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta della provincia di Trieste	28
Metodi	30

Presentazione

Il miglioramento delle condizioni socioeconomiche, oltre che la disponibilità e qualità delle cure ha portato ad un allungamento dell'aspettativa di vita, con un progressivo aumento della popolazione anziana in tutti i paesi industrializzati, paradossalmente, questa importante conquista ha fatto emergere le fragilità intrinseche della persona anziana, e si è assistito ad una vera e propria epidemia di malattie cronic-degenerative.

E proprio tali malattie rappresentano la prima causa, non solo di morte, ma soprattutto di anni vissuti con disabilità, nella provincia che presenta l'indice di vecchiaia più alto d'Italia: Trieste.

Attribuire l'incremento delle malattie cronic-degenerative nella popolazione anziana soltanto ad un'inevitabile conseguenza dell'età è tuttavia profondamente errato.

Fattori di rischio comportamentali, quali cattive abitudini alimentari, mancanza di attività fisica, consumo di tabacco ed abuso di alcol, ad esempio, combinandosi con fattori genetici ed ambientali hanno un importantissimo ruolo nel determinare l'insorgenza dei principali fattori intermedi di rischio cardiovascolare: l'ipertensione, l'ipercolesterolemia ed il diabete.

Questi fattori si instaurano precocemente, ma impiegano anni per determinare manifestazioni cliniche.

La prevenzione di comportamenti errati rappresenta quindi il principale strumento per ridurre il carico delle malattie cronic-degenerative tra la popolazione.

L'attività di prevenzione delle malattie attraverso un approccio integrato, individuale e di popolazione, da una parte determina una riduzione del rischio e dall'altra garantisce migliori condizioni di salute nella popolazione, aumentando così la sostenibilità del sistema "Salute" per le generazioni future.

Il singolo individuo, adeguatamente informato e supportato, rappresenta quindi, nell'ottica del programma ministeriale Guadagnare Salute, sostenuto dalle istituzioni preposte a "rendere facili le scelte salutari", l'attore principale nella costruzione della propria salute.

Il sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), monitorando continuamente abitudini, stili di vita, stato di salute e conoscenze della popolazione tra i 18 e i 69 anni, consente di individuare a livello di singola azienda sanitaria le priorità sulle quali intervenire, ma anche di rilevare rapidamente eventuali variazioni e carenze organizzative nella risposta che il Sistema Sanitario rende alla popolazione.

Nelle pagine che seguono vengono presentati i risultati relativi al rilievo dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione della provincia di Trieste, frutto dell'indagine condotta dalle assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria N° 1 "Triestina" nel periodo 2011 – 2014 attraverso le interviste telefoniche su di un campione rappresentativo di 1.147 persone.

I risultati dell'indagine vengono presentati sia in maniera accorpata sull'intero quadriennio, al fine di aumentarne la precisione e facilitare il confronto con i dati nazionali e regionali, sia per anno di indagine, al fine di evidenziare trend temporali a livello locale, valutando altresì l'effetto delle politiche di promozione della salute adottate.

Un ringraziamento caloroso va a tutti i cittadini che in questi anni ci hanno aiutato con la loro collaborazione, alle intervistatrici, che con pazienza e competenza hanno effettuato le interviste ed ai medici di medicina generale, per la loro collaborazione nell'attività di prevenzione.

dott. Valentino Patussi

*Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina"*

dott.ssa Daniela Germano

*Responsabile del Sistema di Sorveglianza PASSI
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina"*

Marzo 2016

Sintesi dei risultati

Le malattie cardiovascolari, che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale, comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse, le più frequenti delle quali sono infarto del miocardio e ictus cerebrale.

Molti dei fattori di rischio cardiovascolare dipendono dagli stili di vita: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta, e perciò possono essere modificati attraverso i comportamenti. Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale⁽⁵⁾.

L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni⁽⁶⁾.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Vengono inoltre descritte, in termini di prevalenza e di coesistenza di più fattori, la diffusione dei fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione adulta della provincia di Trieste.

Iperensione arteriosa ed ipercolesterolemia sono due dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Sono entrambe associate a fattori modificabili, fra cui le abitudini alimentari, l'obesità e l'inattività fisica.

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti 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. Il calcolo del punteggio, inoltre, può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a modifiche degli stili di vita.

Iperensione arteriosa

Nella AAS 1 "Triestina", la pressione arteriosa è stata misurata almeno una volta negli ultimi 2 anni a quasi lo 85% degli intervistati. Fra questi ultimi è risultato iperteso il 19%.

Fra le persone ipertese il 72% assume farmaci antipertensivi; indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, lo 85% ha ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il consumo di sale e di svolgere regolare attività fisica, lo 83% di ridurre/ mantenere il peso corporeo.

Iperensione arteriosa – PASSI 2011-14 – Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.147)- Pool Nazionale – Regione FVG

Iperensione arteriosa PASSI 2011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	84,8 (82,6-86,7)	83,1 (82,8-83,3)	84,5 (83,4-85,5)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	18,9 (16,8-21,2)	20,4 (19,8-20,3)	20,2 (19,9-20,4)

n.d: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ fra coloro che hanno misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

Ipercolesterolemia

Nella AAS 1 “Triestina”, il colesterolo è stato misurato almeno una volta nella vita allo 83% degli intervistati. Fra questi il 28% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Fra le persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue il 27% è in trattamento farmacologico; indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, più dello 85% ha ricevuto da un medico il consiglio di adottare misure dietetiche e comportamentali (ridurre il consumo di carne e formaggi: 90%, svolgere regolare attività fisica e aumentare il consumo di frutta e verdura: 89%, ridurre il peso: 85%).

Ipercolesterolemia – PASSI 2011-14 – Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.147)- Pool Nazionale – Regione FVG

Ipercolesterolemia PASSI 2011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita	83,1 (80,9-84,9)	79,6 (79,3-79,8)	78,4 (77,3-79,5)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ¹	28,0 (25,4-30,8)	24,0 (23,7-24,3)	24,6 (23,4-25,8)

¹ fra coloro che hanno misurato il colesterolo nel sangue almeno una volta nella vita

Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare

Nella AAS 1 “Triestina”, solo il 4% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Punteggio di rischio cardiovascolare – PASSI 2011-14 – Confronto AAS1 “Triestina” (n=821)- Pool Nazionale – Regione FVG

Rischio cardiovascolare PASSI 2011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone cui un medico ha calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	4,4 (3,2-6,0)	5,7 (5,5-5,9)	4,6 (4,0-5,3)

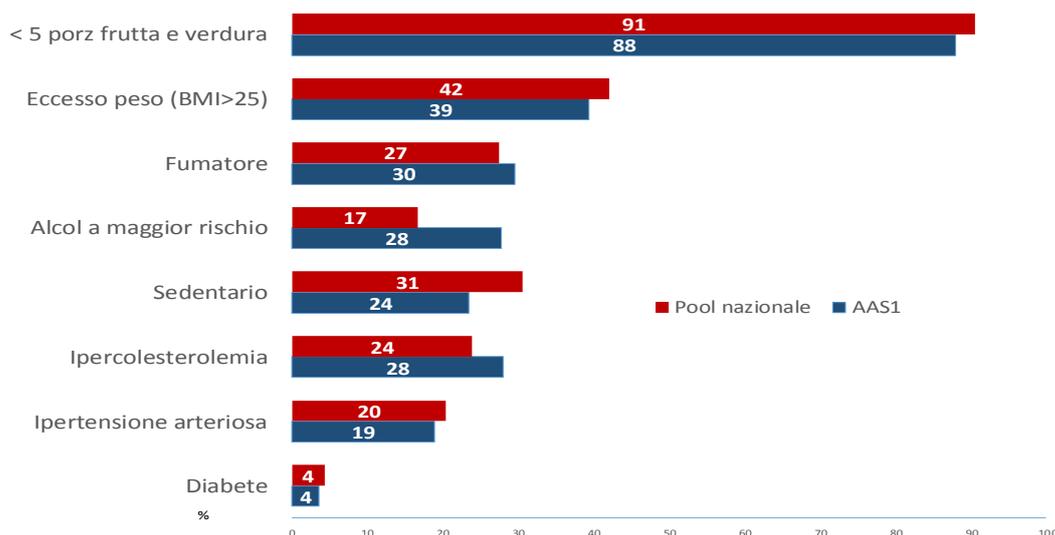
La diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta della provincia di Trieste

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo consumo di sale e grassi saturi, ecc.). Nel periodo 2011-2014, nell'AAS1, su 10 intervistati 2 riferiscono ipertensione, 3 ipercolesterolemia, 4 risultano in eccesso ponderale, 3 fumano, più di 2 sono sedentari, 3 hanno una modalità di consumo di alcol a maggior rischio, quasi tutti (9 su 10) mangiano meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Inoltre il 4% riferisce una diagnosi di diabete.

Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione adulta

Passi 2011 – 2014

Confronto AAS1 Triestina (n=1.147) – Pool nazionale



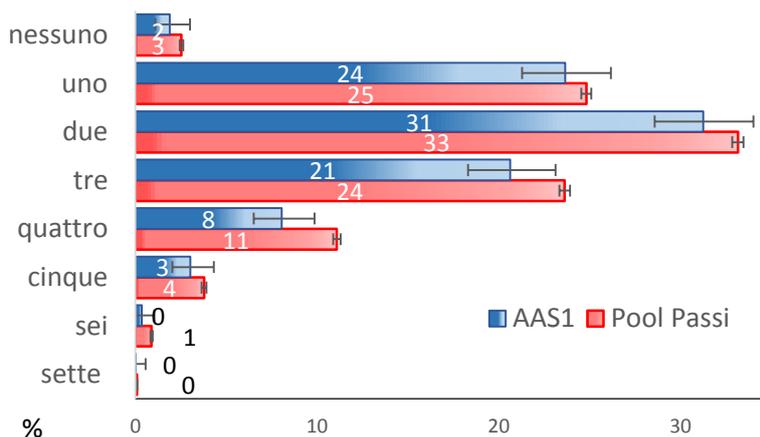
L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni ⁽⁶⁾.

Il 98% della popolazione adulta (18-69 anni) dell'AAS1 presenta almeno un fattore di rischio cardiovascolare; più di 1 persona su 3 ha almeno 3 fattori di rischio contemporaneamente presenti

Nel pool di ASL PASSI nazionale la distribuzione dei fattori di rischio multipli nella popolazione adulta segue un andamento simile a quello rilevato a livello locale.

Coesistenza di fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione adulta

Passi 2011 – 2014 Confronto AAS1 Pool nazionale



Profilo socio-demografico

- Il campione 2011 - 2014



Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 151.271 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2013 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della Azienda per l'Assistenza Sanitaria N°1 "Triestina" (AAS 1 "Triestina"),

Da gennaio 2011 a dicembre 2014, nella sono state intervistate 1.147 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Le ASL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011	PASSI 2012	PASSI 2013	PASSI 2014
Numerosità	280	280	280	280	286	291	290
Tasso di risposta	88,4	85,6	87,2	87,2	90,8	92,4	89,8
Tasso di rifiuto	7,5	8,0	7,2	3,1	4,8	3,2	5,0

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

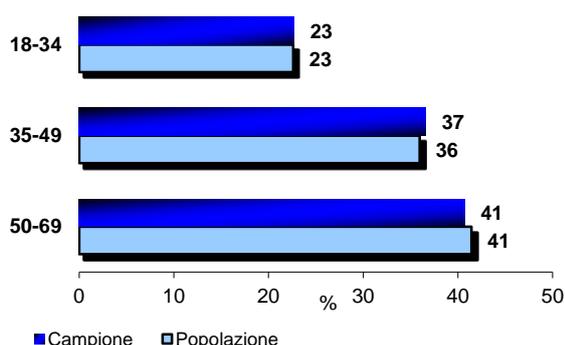
L'età e il sesso

- Nella AAS 1 "Triestina", il campione intervistato (1.147 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50%) e uomini (50%); l'età media complessiva è di 47 anni.
- Il campione è costituito per:
 - il 22% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 43% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è quasi sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

La distribuzione per sesso ed età è una caratteristica peculiare dell'AAS 1 Triestina, più anziana di quelle delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale e leggermente diversa da quella regionale.

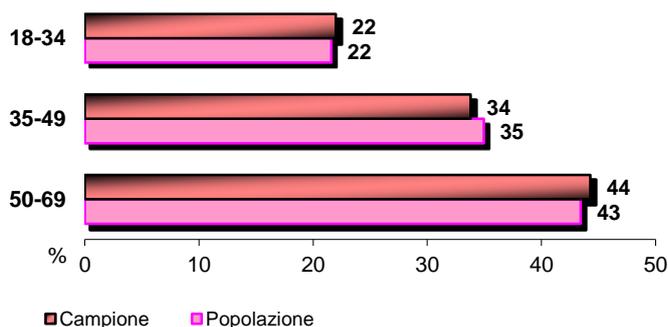
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

AAS 1 Triestina - PASSI 2011-14 (n=573)



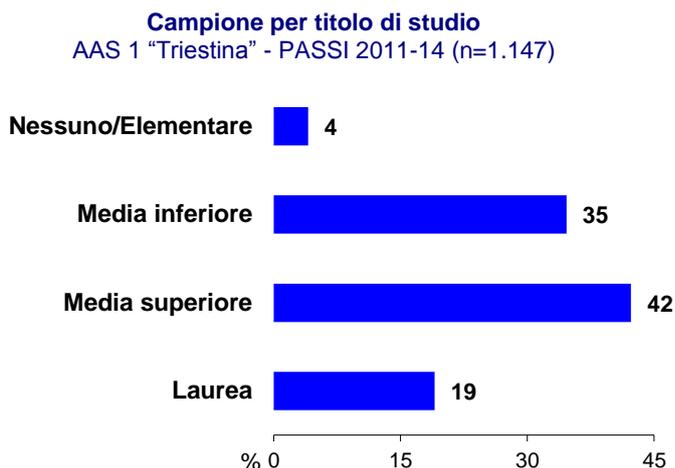
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE

AAS 1 Triestina - PASSI 2011-14 (n=574)



Il titolo di studio

- Nell'AAS 1 Triestina il 4% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 35% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore e il 19% 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).



Lo stato civile

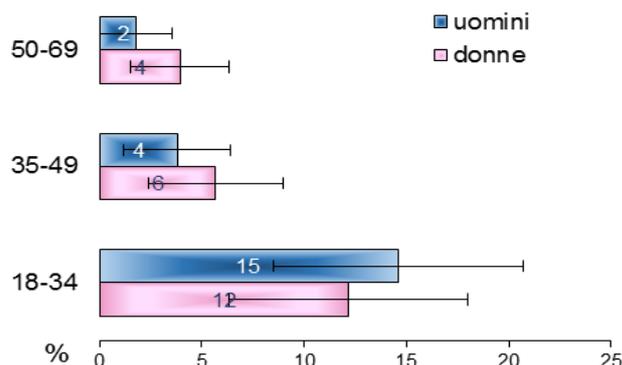
- Nell'AAS 1 "Triestina" i coniugati/conviventi rappresentano il 51% del campione, i celibi/nubili il 34%, i separati/divorziati lo 11% ed i vedovi il 3%.



Cittadinanza

- Nella AAS 1 “Triestina” il campione è costituito da oltre il 93% di cittadini italiani, 6% di stranieri e 0,7% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni ha cittadinanza straniera il 12% delle donne e il 15% degli uomini intervistati.
- Nel pool nazionale la percentuale di stranieri intervistati è del 4%
- 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.

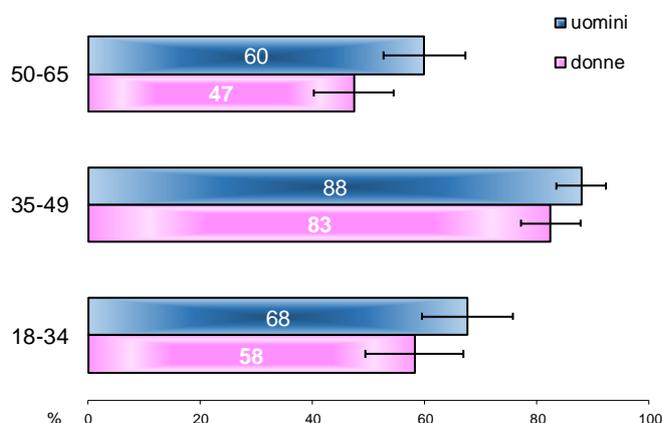
% di stranieri* per sesso e classi di età
 AAS 1 “Triestina” - PASSI 2011-14 (n=67)



Il lavoro

- Nell'AAS 1 “Triestina” il 68% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno “occupate” rispetto agli uomini (64% contro 73%), con differenze significative.
- Livelli significativamente più bassi di occupazione si rilevano inoltre fra gli intervistati di 50-65 anni.

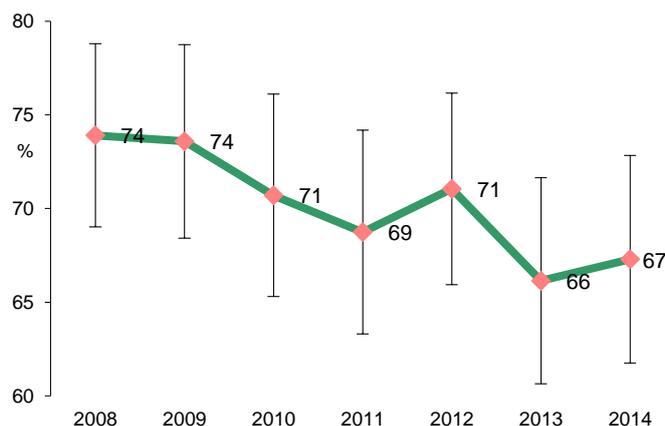
% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
 AAS 1 “Triestina” - PASSI 2011-14 (n=1.029)



Il grafico a fianco mostra la prevalenza di persone, di età compresa fra 18 e 65 anni, residenti in provincia regolarmente occupate, a partire dal 2008.

La percentuale di persone residenti nell'AAS1 Triestina regolarmente occupate sembra ridursi negli anni, soprattutto fra le donne, anche se le differenze osservate non risultano significative dal punto di vista statistico.

Lavoratori regolarmente occupati
 Prevalenze per anno AAS 1 “Triestina” - PASSI 2008-2014



- Nel periodo 2011-14, nel pool di ASL PASSI la percentuale persone nella fascia di età 18-65 anni che dichiara di lavorare (continuativamente e non) è del 66%, con un rilevante gradiente Nord-Sud, a favore delle regioni settentrionali.
- I dati sull'occupazione mostrano significative differenze di genere (75% degli uomini vs 56% delle donne). Più di 4 giovani (18-34 anni) su 10 non lavorano. La quota complessiva di adulti (18-65 anni) che dichiarano di non lavorare è in aumento nelle 3 macro aree geografiche.

Occupato lavorativamente per regione di residenza

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
 Totale: 65,8% (IC95%: 65,5%-66,1%)



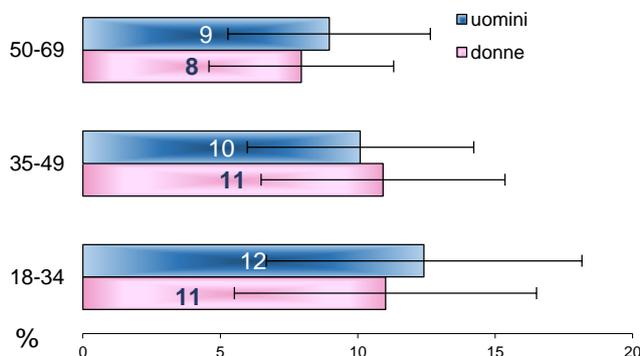
■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

Difficoltà economiche

- Nella AAS 1 “Triestina”, nel periodo 2011-2014:
 - il 53% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 37% qualche difficoltà
 - il 10% molte difficoltà economiche.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età

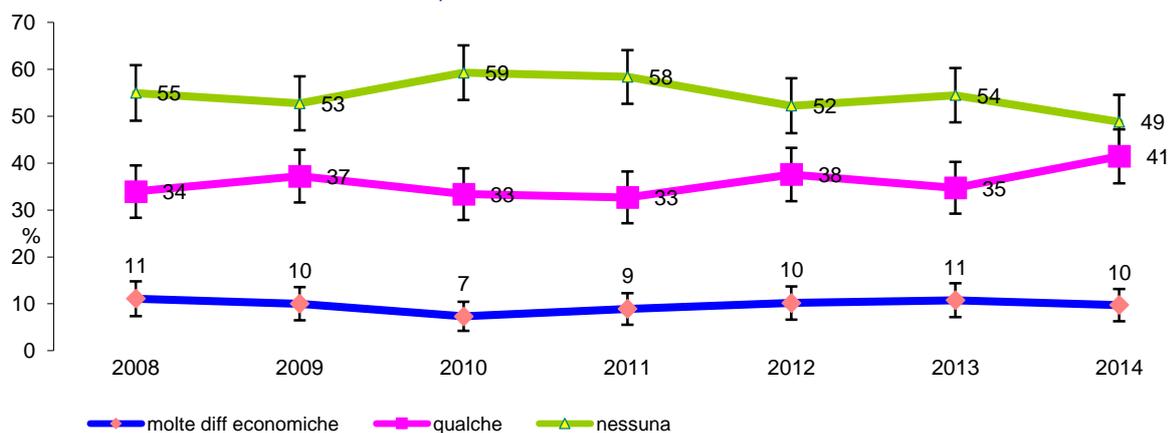
AAS 1 “Triestina” - PASSI 2011-14 (n=1.143)



Il grafico sotto riporta l'andamento della situazione economica dichiarata dagli intervistati, a partire dal 2008. Com'è possibile vedere, la percentuale di persone che dichiara di avere molte, qualcuna o nessuna difficoltà economica è rimasta sostanzialmente stabile negli anni.

Difficoltà economiche dichiarate

Prevalenze per anno AAS 1 “Triestina” - PASSI 2008-2014



Nel periodo 2011-14, nel pool di ASL PASSI, il 42% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 42% qualche difficoltà, 16% molte difficoltà. La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche aumenta con l'età e il chiaro gradiente Nord-Sud indica quote maggiori di persone in difficoltà economica nelle Regioni meridionali.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
 Totale: 16,2% (IC95%: 15,9%-16,1%)



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e la bassa percentuale 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 continua a dimostrare interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione con la popolazione dell'AAS1 "Triestina" indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione provinciale.

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.

Rischio cardiovascolare

- **Ipertensione arteriosa**
- **Ipercolesterolemia**
- **Calcolo del rischio cardiovascolare**

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano il 35% dei decessi maschili ed il 43% dei decessi femminili e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (Disability Adjusted Life Years), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione ^{(1) (2)}.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Va sottolineato che diverse componenti dell'alimentazione influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc) ^{(3) (4)}.

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale ⁽⁵⁾.

L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni ⁽⁶⁾

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse ^{(7) (8)};

- l'approccio individuale è invece volto a identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione.

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita. Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso circa l'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (PA sistolica: 120-140mm/Hg e diastolica 80-90 mm/Hg).

Ipertensione arteriosa – PASSI 2011-14 –Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.147)- Pool Nazionale – Regione FVG

Ipertensione arteriosa PASSI 2011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	84,8 (82,6-86,7)	83,1 (82,8-83,3)	84,5 (83,4-85,5)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	18,9 (16,8-21,2)	20,4 (19,8-20,3)	20,2 (19,9-20,4)

n.d: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ fra coloro che hanno misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

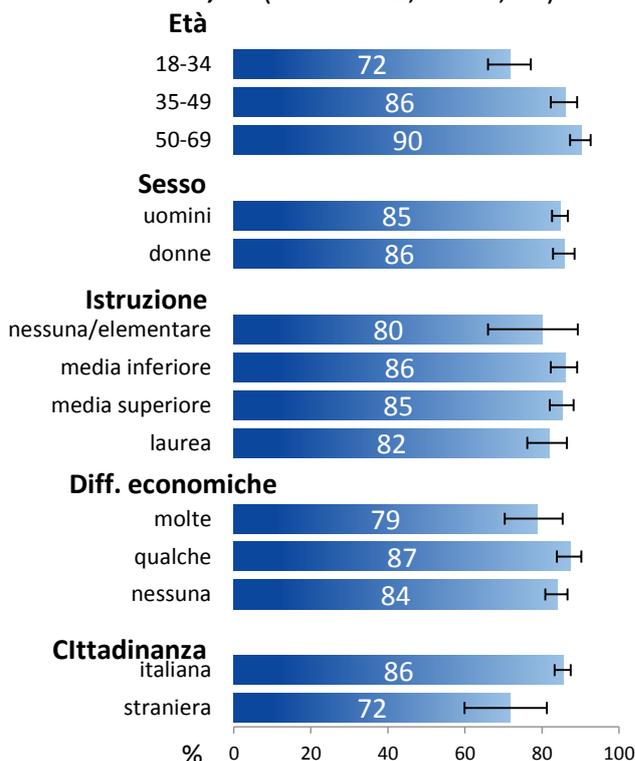
- Nella AAS1 “Triestina”, lo 85% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il restante 6% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare, la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è significativamente più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nei cittadini italiani

La percentuale degli intervistati dell'AAS1 “Triestina” che ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni non differisce dalla media della regione FVG, che corrisponde allo 86%.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
AAS1 “Triestina” 2011-14 (n=1.147)

Totale 84,8% (IC 95%: 82,6%-86,7%)



- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dello 83%.
- Differenze statisticamente significative si registrano per Regione di residenza, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali: in Liguria si registra la percentuale più alta di persone che dichiarano di aver misurato la pressione arteriosa (88%), mentre quella più bassa si registra in Basilicata (59%).

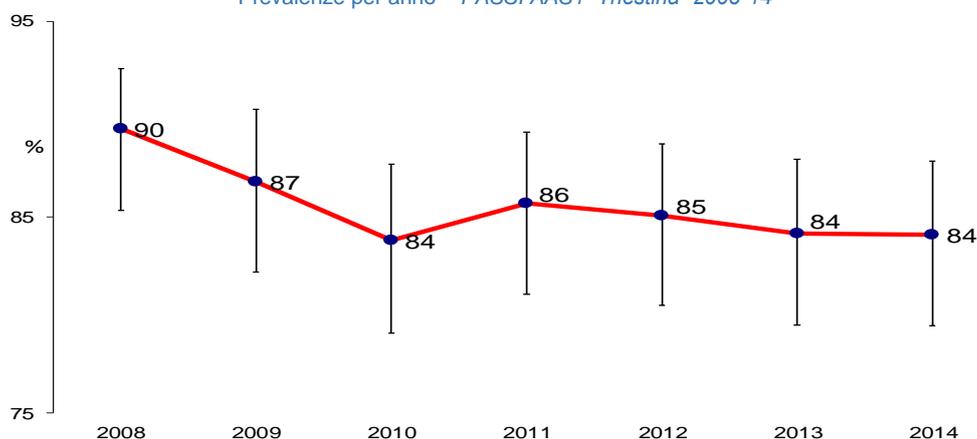
Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
 Prevalenze per regione di residenza – PASSI Pool di ASL 2011-14



Confronti temporali

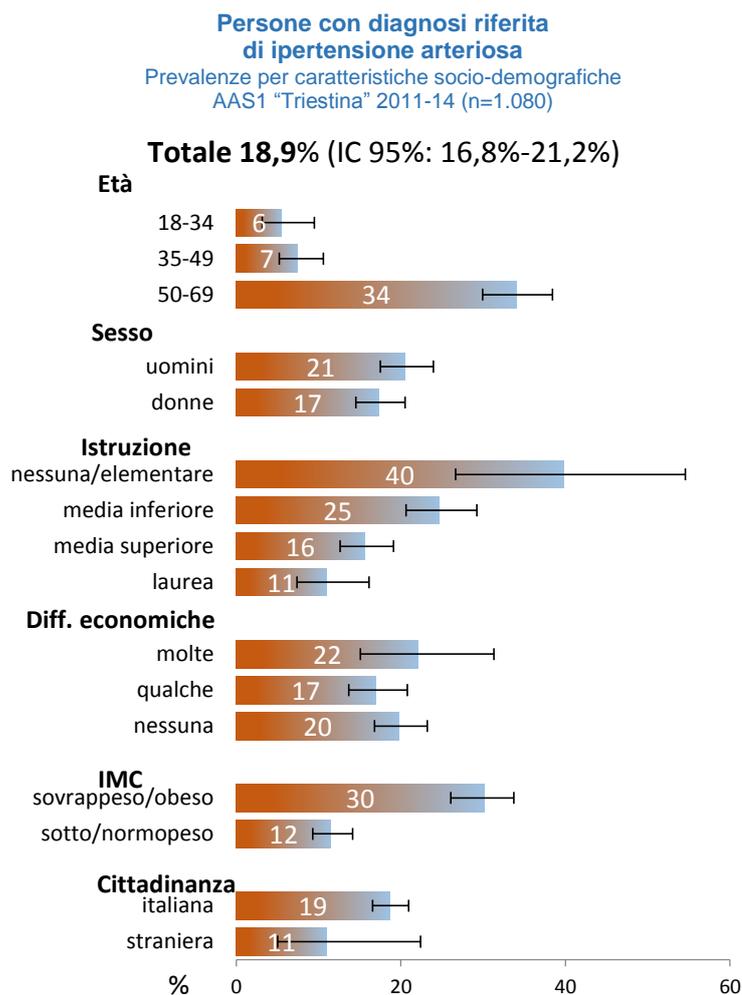
- Nel corso del periodo in esame, la percentuale di persone che ha dichiarato la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è rimasta stabile.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni
 Prevalenze per anno – PASSI AAS1 "Triestina" 2008-14



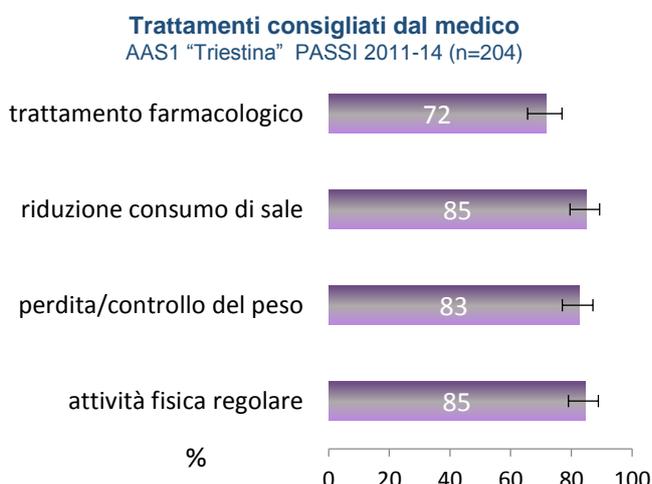
Quante persone sono ipertese?

- Nella AAS1 "Triestina", il 19% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare, l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (34% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione basso
 - nelle persone con eccesso ponderale
 - fra le persone con cittadinanza italiana.
- Le differenze rilevate per età, istruzione e Indice di Massa Corporea (IMC) risultano significative dal punto di vista statistico.
- Nel pool PASSI 2011-14, la percentuale di persone che hanno riferito una diagnosi di ipertensione risulta del 20%.

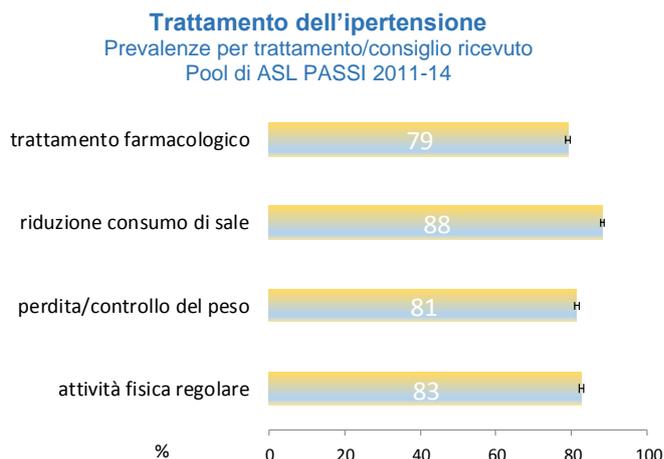


Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Nella AAS1 "Triestina", il 72 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (85%)
 - ridurre/ mantenere il peso corporeo (83%)
 - svolgere regolare attività fisica (85%).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel periodo 2010-13 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79%.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, rispetto all'AAS1 "Triestina", percentuali più elevate di ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il consumo di sale (88%), mentre la percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre/ mantenere il peso corporeo (81%) e di svolgere regolare attività fisica (83%) risulta leggermente più bassa.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella AAS1 "Triestina", nella fascia d'età 18-69 anni, quasi una persona su cinque sia ipertesa; al di sopra dei 50 anni questa proporzione aumenta fino a 1 persona su 3.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie al di sopra dei 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).

Dai risultati dell'indagine, risulta che circa una persona su sette non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre del 20% la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare 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).

Ipercolesterolemia – PASSI 2011-14 – Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.147)- Pool Nazionale – Regione FVG

Ipercolesterolemia PASSI 2011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita	83,1 (80,9-84,9)	79,6 (79,3-79,8)	78,4 (77,3-79,5)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ¹	28,0 (25,4-30,8)	24,0 (23,7-24,3)	24,6 (23,4-25,8)

¹ fra coloro che hanno misurato il colesterolo nel sangue almeno una volta nella vita

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

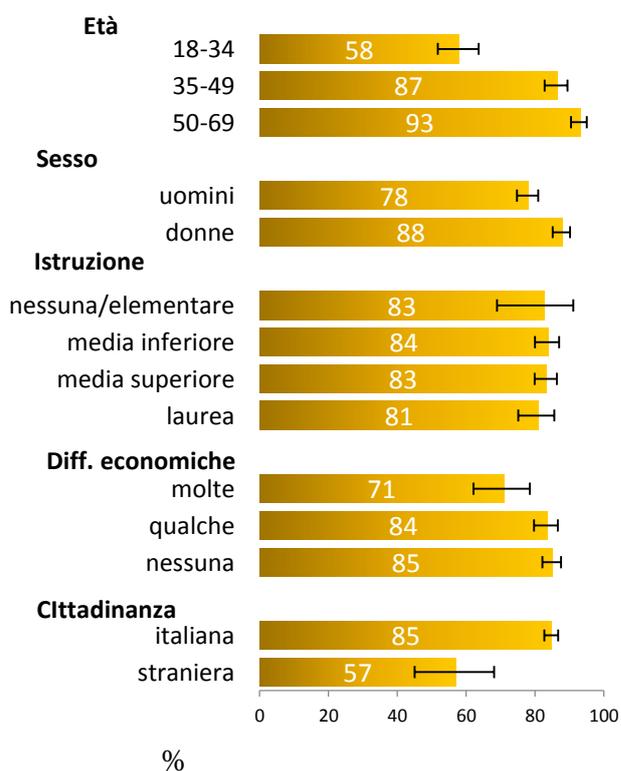
- Nella AAS1 "Triestina", lo 83% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 57% nel corso dell'ultimo anno
 - il 16% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 10% da oltre 2 anni.
- Il 17% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 58% della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone senza alcuna difficoltà economica
 - nei cittadini italiani

Le differenze rilevate per età, genere, cittadinanza e status economico risultano significative dal punto di vista statistico.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche AAS1 "Triestina" 2011-14 (n=1.147)

Totale **83,07%** (IC 95%: 80,9%-84,9%)



- La percentuale di persone in FVG a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (valore medio regionale) è del 78%, mentre nel Pool di ASL PASSI 2011-14 è quasi dello 80% .

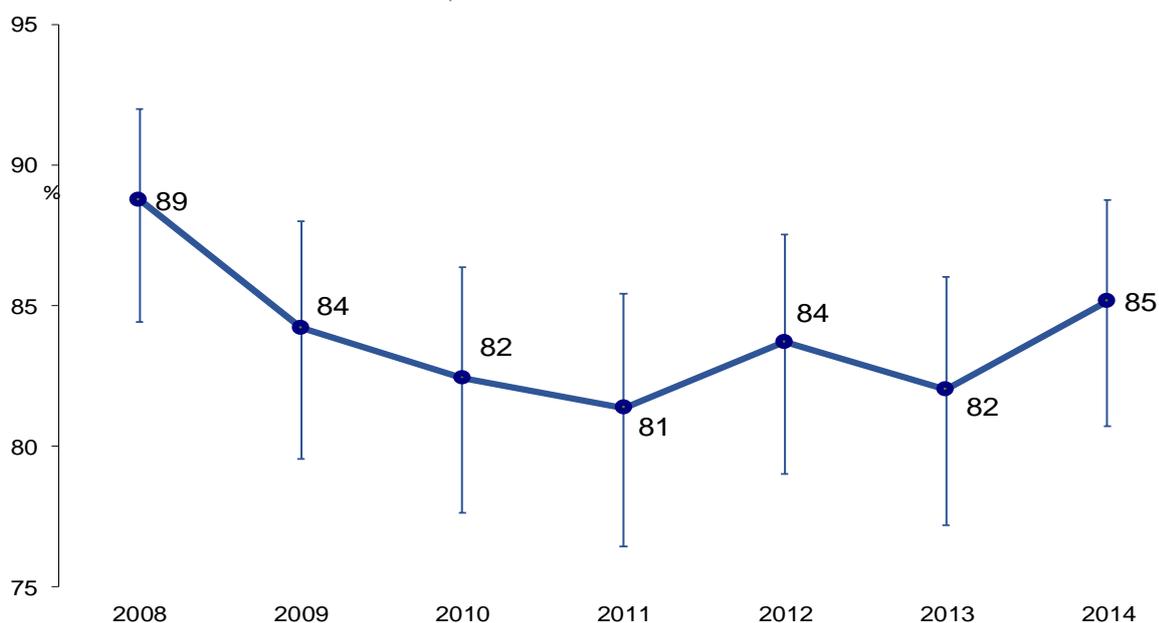
Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)
 Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14



Confronti temporali

- Nel corso del periodo in esame, la percentuale di persone che ha dichiarato la misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita non ha subito modifiche di rilievo negli anni.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia negli ultimi due anni
 Prevalenze per anno – PASSI AAS1 "Triestina" 2008-14

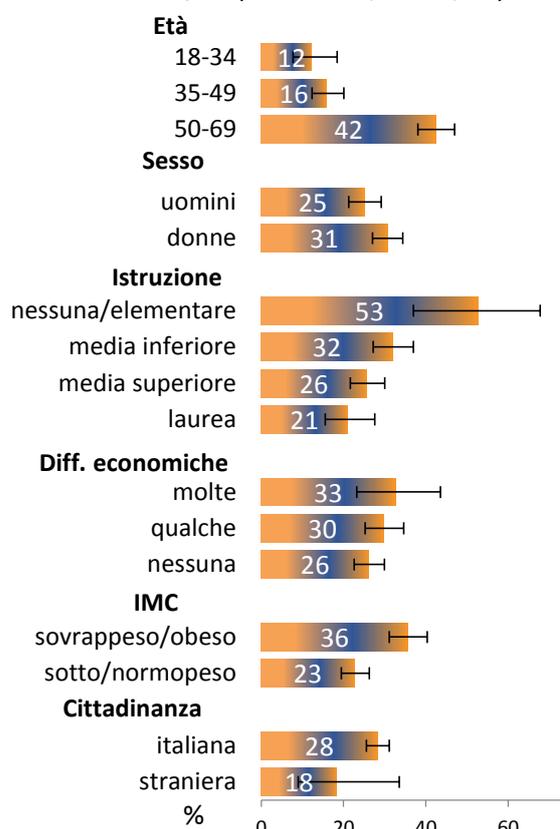


Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella AAS1 “Triestina”, il 28% 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
 - nel genere femminile
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con maggiori difficoltà economiche
 - fra le persone con eccesso ponderale.
- Le differenze rilevate per classi di età, livello di istruzione, stato nutrizionale sono significative dal punto di vista statistico
- Nel pool PASSI 2011-14, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale. La Sardegna registra il valore più alto (31%) di diagnosi riferita di ipercolesterolemia, mentre la Campania quello più basso (19%).

Personae con diagnosi riferita di ipercolesterolemia Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche AAS1 “Triestina” 2011-14 (n=951)

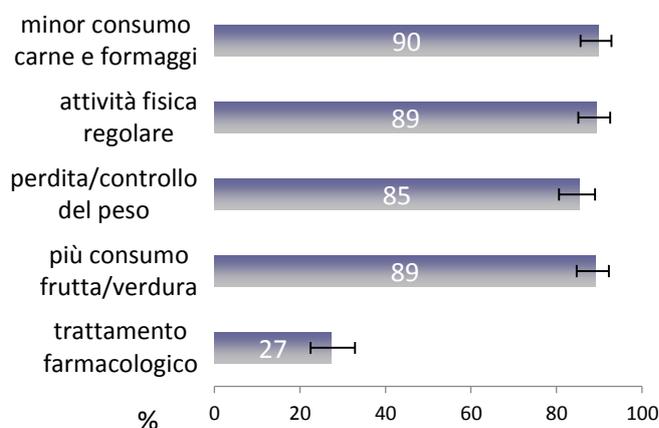
Totale 28,0% (IC 95%: 25,4%-30,8%)



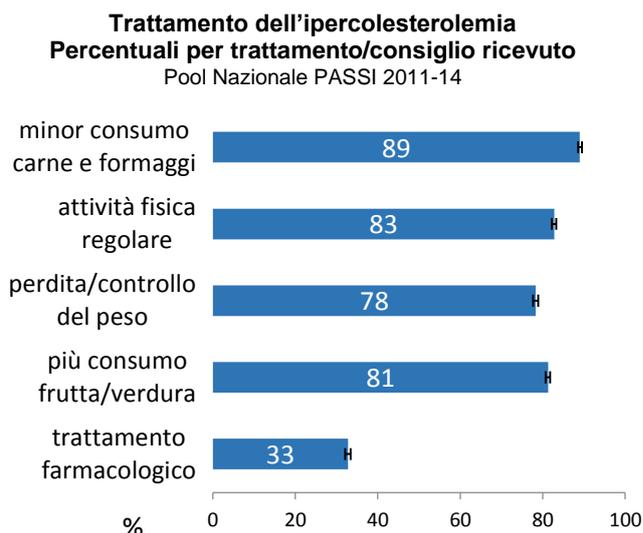
Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella AAS1 “Triestina”, il 27% 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 del medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (90%)
 - svolgere regolare attività fisica (89%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (85%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (89%).

Trattamenti consigliati dal medico AAS1 “Triestina” PASSI 2011-14 (n=266)



- Nel periodo 2011-14 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 33%.
- Indipendentemente dal trattamento farmacologico, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (89%)
 - svolgere regolare attività fisica (83%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (78%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (81%).



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella AAS1 "Triestina", nella fascia d'età 18-69 anni, più di una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a quattro persone su dieci 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 il 27% 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.

Oltre lo 80% di persone con ipercolesterolemia ha ricevuto da un medico il consiglio di adottare misure dietetiche e comportamentali, percentuale ancora suscettibile di miglioramento.

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.

Punteggio di rischio cardiovascolare – PASSI 2011-14 – Confronto AAS1 "Triestina" (n=821)- Pool Nazionale – Regione FVG

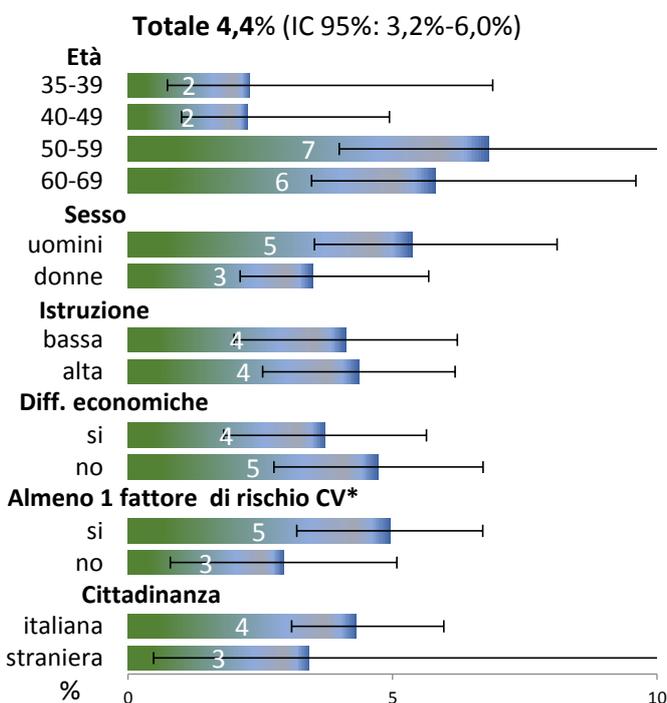
Rischio cardiovascolare PASSI 2011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone cui un medico ha calcolato il punteggio cardiovascolare	4,4 (3,2-6,0)	5,7 (5,5-5,9)	4,6 (4,0-5,3)

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

- Nella AAS1 "Triestina", 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 di età più avanzate;
 - nel genere maschile
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare
 - fra gli italiani

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

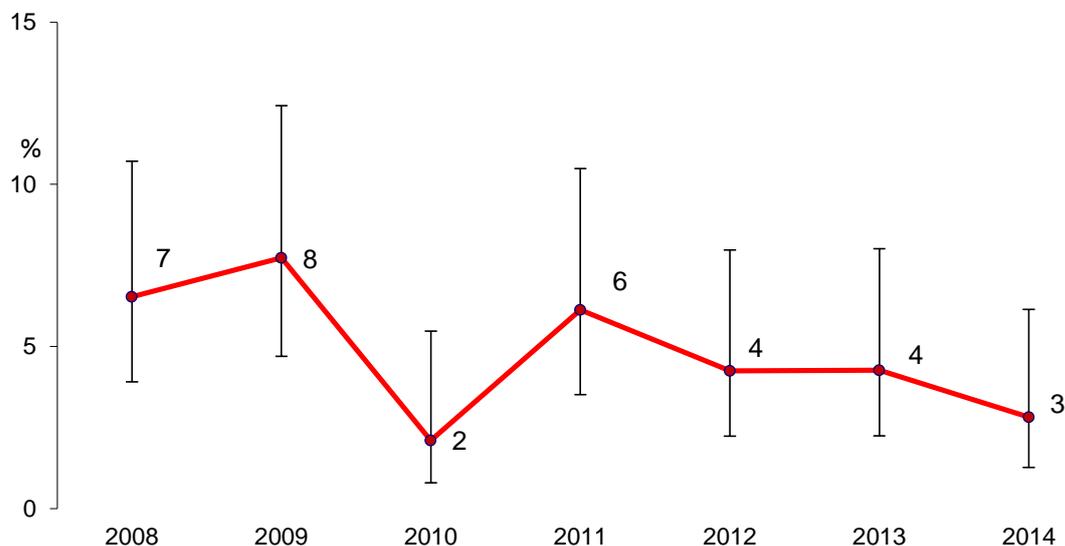
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche AAS1 "Triestina" 2011-14 (n=821)



Confronti temporali

- Il grafico sotto riporta l'andamento per anno della percentuale degli intervistati nella fascia di età 35-69 anni che ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- Le differenze rilevate fra gli anni considerati non risultano significative dal punto di vista statistico

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare
 Prevalenze per anno – PASSI AAS1 "Triestina" 2008-14



- La percentuale di persone che hanno riferito il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare rilevata in AAS1 "Triestina" non differisce dal valore medio della regione FVG dello stesso periodo, che corrisponde a 4,6%.
- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il valore più alto si registra in Basilicata (13%) e il più basso in Emilia Romagna (3,5%).

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

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.

Nella AAS1 “Triestina”, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.

Bibliografia

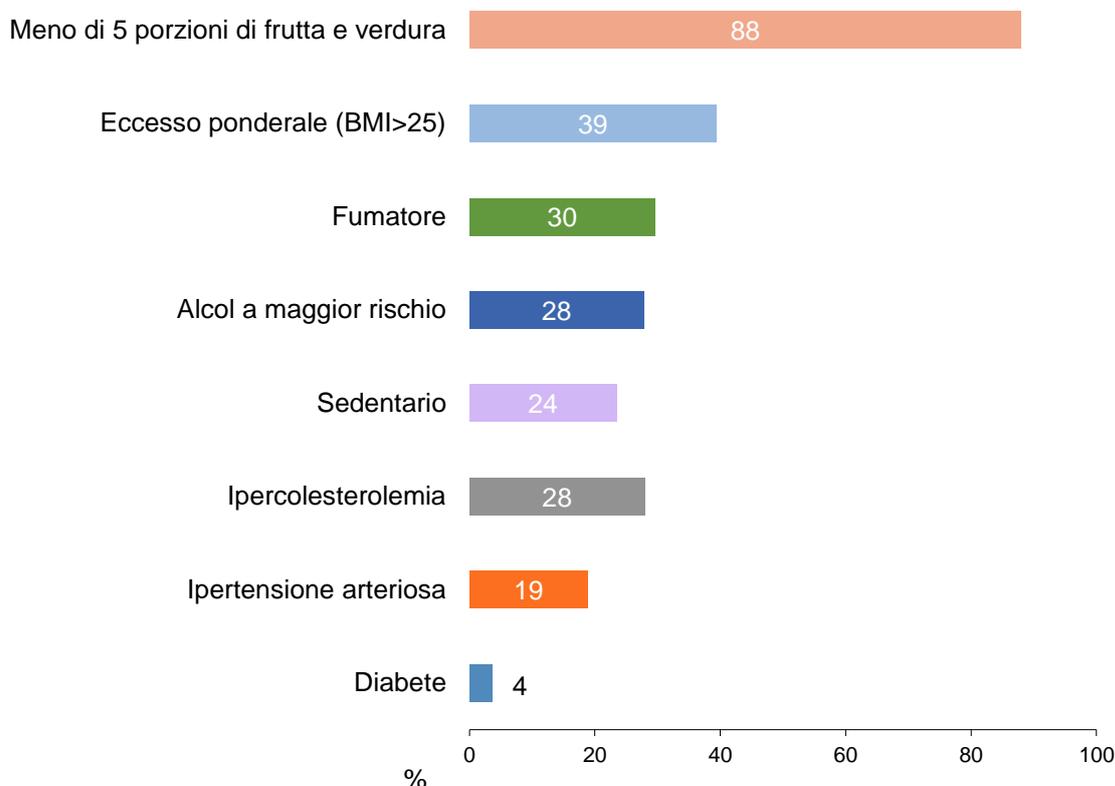
- 1 World Health Organization - The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf)
2. World Health Organization - Global Burden of Disease (GBD) - Disease and injury country estimates (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html)
- 3 Istituto Superiore di Sanità - Progetto CUORE: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari - Fattori di rischio (<http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp>)
- 4 Berry JD, Dyer A, Cai X, et al. Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2012;366:321-9.
- 5 World Health Organization - The Atlas of Heart Disease and Stroke (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)
- 6 Yusuf HR, Giles WH, Croft JB, Anda RF, Casper ML. Impact of Multiple Risk Factor Profiles on Determining Cardiovascular Disease Risk. Preventive Medicine 27, 1–9 (1998)
- 7 WHO Regional Office for Europe Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf)
- 8 Ministero della Salute. Il programma Guadagnare Salute (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)

La diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta della provincia di Trieste

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo consumo di sale e grassi saturi, ecc). Nel periodo 2011-2014, nell'AAS1, su 10 intervistati:

- 2 riferiscono ipertensione,
- 3 ipercolesterolemia,
- 4 risultano in eccesso ponderale,
- 3 fumano,
- più di 2 sono sedentari,
- 3 hanno una modalità di consumo di alcol a maggior rischio,
- quasi tutti (9 su 10) mangiano meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.
- Inoltre il 4% riferisce una diagnosi di diabete.

Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione adulta
 Passi 2011 – 2014 AAS1 Triestina (n=1.147)

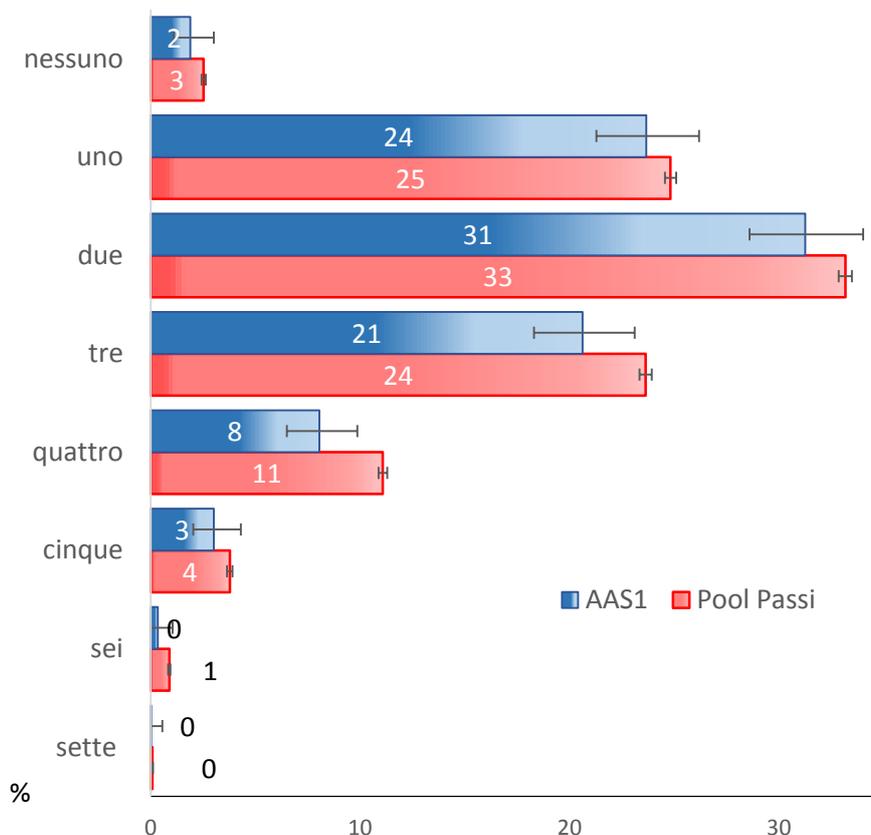


L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni ⁽⁶⁾.

Il 98% della popolazione adulta (18-69 anni) dell'AAS1 presenta almeno un fattore di rischio cardiovascolare; più di 1 persona su 3 ha almeno 3 fattori di rischio contemporaneamente presenti

Nel pool di ASL PASSI nazionale la distribuzione dei fattori di rischio multipli nella popolazione adulta segue un andamento simile a quello rilevato a livello locale.

Coesistenza di fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione adulta
 Passi 2011 – 2014 Confronto AAS1 - Pool nazionale



Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda per l'Assistenza Sanitaria (AAS) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n°1 "Triestina" (complessivamente 151.271 persone al 31/12/2013), Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie; la dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità.

Il campione complessivo dell'Azienda Sanitaria Triestina relativo al 2014 è risultato di 290 individui, mentre quello riferito al periodo 2011-2014 è di 1.147 persone.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dal Dipartimento di Prevenzione.

I dati raccolti sono stati riferiti 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 del Dipartimento di Prevenzione da gennaio a dicembre di ciascun anno di indagine, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 21 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo che utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), con crescente utilizzo di quest'ultima modalità di raccolta (dal 20% nel 2008 al 44% nel 2014), La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema

automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando STATA ed il software EPI Info 3,5,1.

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% (IC 95%) solo per le variabili principali.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante *regressione logistica*. Con questa analisi sono analizzati i vari fattori di studio "depurandoli" degli effetti delle altre variabili, principalmente l'età e il genere, che possono giocare un ruolo di confondente o di modificatore d'effetto.

Ove possibile, l'intervallo di confidenza regionale viene preso come riferimento per i confronti.

In alternativa i confronti sono fatti con il Pool nazionale 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).

Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

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

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

Il personale del Dipartimento di Prevenzione che svolge l'intervista ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento 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.

à

