



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

# Sistema di sorveglianza Passi

**Rapporto regionale**  
**Periodo giugno 2007 - marzo 2008**

## Valle d'Aosta





**A cura di:**

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

**Hanno contribuito alla realizzazione dello studio**

**- a livello nazionale:**

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

**- a livello regionale:**

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

**- a livello aziendale:**

Lina Pasqualotto (coordinatrice assistenti sanitarie), Marinella Ambrosi, Erika Arlian, Luisa Balagna, Carla Crescini, Rosilda Cuaz, Agnese Dondeynaz, Elisa Echarlod, Elena Filetti, Daniela Henry, Nadia Minerdo, Cinzia Morina, Laura Nicoletta, Stefania Peregò, 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. 5
Metodi e privacy.....	Pag. 8
Descrizione del campione.....	Pag. 10
Percezione dello stato di salute.....	Pag. 13
Attività fisica.....	Pag. 16
Abitudine al fumo.....	Pag. 19
Situazione nutrizionale.....	Pag. 24
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura.....	Pag. 28
Consumo di alcol.....	Pag. 30
Sicurezza stradale.....	Pag. 34
Rischio cardiovascolare.....	Pag. 36
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero.....	Pag. 45
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella.....	Pag. 49
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto.....	Pag. 53
Vaccinazione antirosolia.....	Pag. 58
Sintomi di depressione.....	Pag. 60
Infortuni domestici.....	Pag. 64
Sintesi del rapporto.....	Pag. 69
Appendice – Monitoraggio.....	Pag. 71

---

# 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 **267** individui.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 21.996 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. Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

## ***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 il periodo che va da giugno 2007 al primo trimestre del 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 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 (61,8%) 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 3.4.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per 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, utilizzando un'opportuna pesatura, mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi.

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

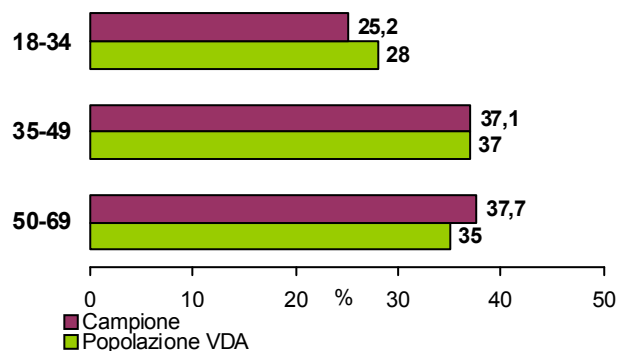
La popolazione in studio è costituita da circa 85 mila residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti dall'1/06/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL Valle d'Aosta. Sono state intervistate 267 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il tasso di risposta<sup>1</sup> (quota di persone effettivamente rintracciate ed intervistate telefonicamente) è stato del 68%, il tasso di sostituzione<sup>2</sup> è stato del 32%, quello di rifiuto<sup>3</sup> del 22% e quello di non reperibilità dell'10%.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

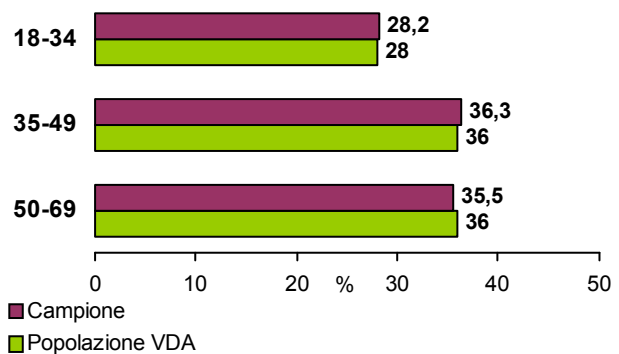
### L'età e il sesso

- In VdA il 53,6% del campione intervistato (143 persone) è costituito da uomini il 46,4% da donne e l'età media complessiva è di 44 anni (45 per gli uomini 43 per le donne).
- Il 26.6% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 36.7% in quella 35-49 e il 36.7% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=143)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=124)



<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)

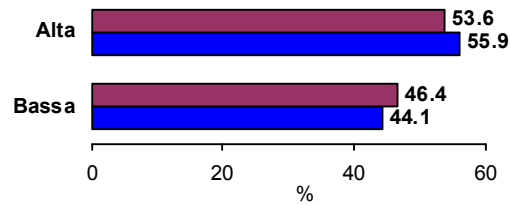
<sup>3</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

## Il titolo di studio

- In VdA il 12% del campione intervistato non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 34% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore e il 12% è laureato. Tra uomini e donne non è stata rilevata una differenza statisticamente significativa riguardo al livello di istruzione.

### Campione per livello di istruzione

PASSI 2007 (n=267)

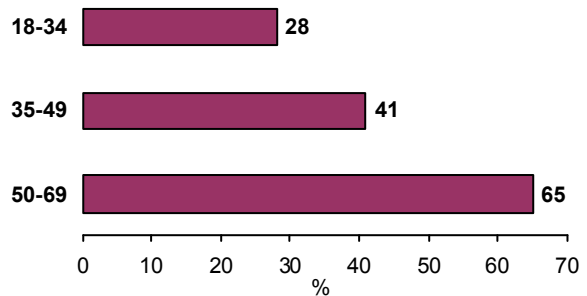


■ Campione VdA  
■ Campione nazionale

- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

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

ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)

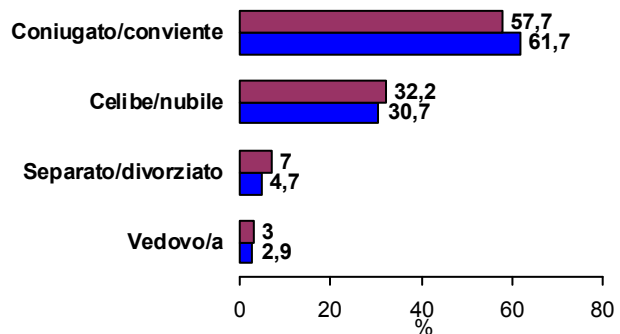


## Lo stato civile

- In VdA i coniugati/conviventi rappresentano il 58% circa del campione, i celibi/nubili il 32%, i separati/divorziati il 7% ed i vedovi/e il 3%.

### Campione per categorie stato civile

PASSI 2007 (n=267)



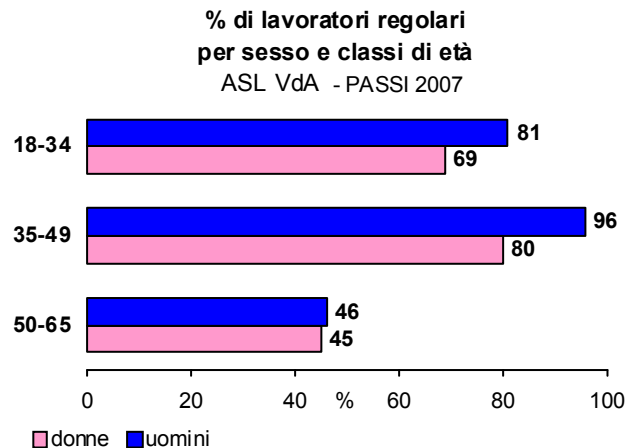
■ Campione VdA  
■ Campione nazionale

## Cittadinanza

- Nella ASL VDA il 98% del campione intervistato è italiano, il 2% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani e tra gli uomini, ad esempio non è stata intervistata nessuna donna straniera tra i 50-69 anni. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

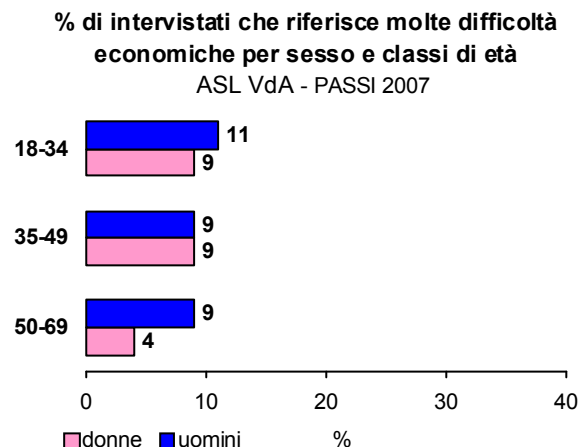
## Il lavoro

- Nella nostra Regione il 70% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (65% contro 75%). Gli intervistati più giovani, sotto i 50 anni, riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.



## Difficoltà economiche

- Nella ASL VDA quasi il 9% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 30% qualche difficoltà, poco più del 61% nessuna.
- Gli uomini dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto alle donne (10% contro 7%); è soprattutto la classe 18-34 anni che riferisce di avere molte difficoltà economiche. Tuttavia le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.



## Conclusioni

Il campione tratto dall'anagrafe della ASL VdA (unica ASL in Regione) è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

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

# Percezione dello stato di salute

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

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

## Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

		<b>Stato di salute percepito positivamente*</b>	
		ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)	
	<b>Totale</b>	<b>63,7 %</b> (IC95%: 57,6 – 69,4)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• In VdA il 64% circa degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 34% circa riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo poco più del 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).</li> </ul>	<b>Età</b>	18 – 34	80,3 %
		35 – 49	70,4 %
		50 – 69	44,9 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- i giovani nella fascia 18-34 anni</li> <li>- le donne</li> <li>- le persone con istruzione alta</li> <li>- le persone senza difficoltà economiche</li> <li>- le persone senza patologie severe.</li> </ul> </li> </ul>	<b>Sesso</b>	Uomini	60,8 %
		Donne	66,9 %
	<b>Istruzione**</b>	Bassa	56,5 %
		Alta	69,9 %
	<b>Difficoltà economiche***</b>	Sì	50,5 %
		No	72,0 %
	<b>Patologia severa****</b>	Presente	30,0 %
		Assente	69,6 %

Nel campione nazionale di ASL, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è del 64,7%, in linea col dato regionale.

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

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

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

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

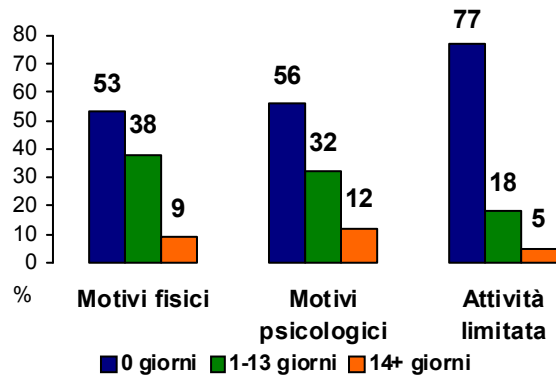
## Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

- In VdA la maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere stata bene tutti gli ultimi 30 giorni (53% in buona salute fisica, 56% in buona salute psicologica e 77% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Tuttavia il 9% ha avuto cattiva salute per più di 14 giorni in un mese per motivi fisici, il 12% per motivi psicologici e il 5% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è 3,8 e per motivi psicologici 4,5; mentre nelle attività abituali si è limitati per 1,9 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute soprattutto per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa), ma sono meno limitate nelle loro abituali attività rispetto agli uomini.

Nel campione nazionale le percentuali relative ai giorni in cattiva salute sono le seguenti:

0 gg 76,8%  
 1-13 gg 18,7%  
 14+ gg 4,5%

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



Giorni in cattiva salute percepita  
 ASL VdA - PASSI 2007

### Totale

Motivi fisici 3,8 gg/mese  
 Motivi psicologici 4,5 gg/mese  
 Attività limitata 1,9 gg/mese

### Classi di età

18 - 34

Motivi fisici 3,1 gg/mese  
 Motivi psicologici 3,9 gg/mese  
 Attività limitata 1,7 gg/mese

35 - 49

Motivi fisici 3,6 gg/mese  
 Motivi psicologici 3,8 gg/mese  
 Attività limitata 1,1 gg/mese

50 - 69

Motivi fisici 4,5 gg/mese  
 Motivi psicologici 5,6 gg/mese  
 Attività limitata 3 gg/mese

### Sesso

Uomini

Motivi fisici 3,6 gg/mese  
 Motivi psicologici 3,5 gg/mese  
 Attività limitata 2,3 gg/mese

Donne

Motivi fisici 4 gg/mese  
 Motivi psicologici 5,5 gg/mese  
 Attività limitata 1,4 gg/mese

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela, a livello regionale, da un lato uno stato di salute percepito positivamente in una percentuale di casi simile a quella nazionale, dall'altro un numero superiore di giorni al mese in cui ci si sente in cattiva salute. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per fasce d'età e sesso, mostra una più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne. Queste però, pur denunciando mediamente un numero maggiore di giorni in cattiva salute, alla domanda "Come va in generale la sua salute?" rispondono "bene" o "molto bene" in percentuale più alta rispetto agli uomini.

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

# Attività fisica

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

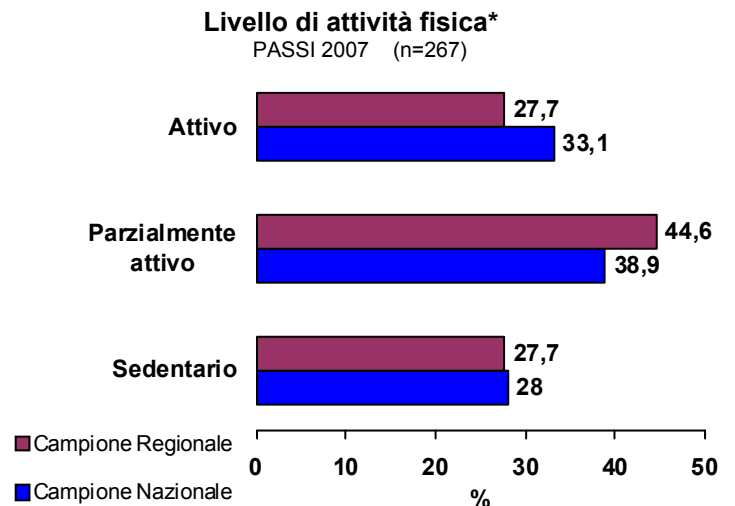
Lo stile di vita sedentario è in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

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

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- In VdA il 27,7% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 44,6% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 27,7% è completamente sedentario.

Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33,1% della popolazione è attiva, il 38,9% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.





## Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- In VdA non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne ma vi è un'importante differenza tra le diverse fasce d'età e soprattutto tra le persone con differente livello di istruzione.
- I completamente sedentari sono per lo più persone meno giovani e con basso livello di istruzione.

**Totale**

**Sedentari**  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)  
**27,7 %**  
(IC95%: 22,4-33,5)

**Caratteristiche dei sedentari**

**Classi di età**

18 – 34	22,5 %
35 – 49	22,4 %
50 – 69	36,7 %

**Sesso**

Uomini	26,6 %
Donne	29,0 %

**Istruzione\***

Bassa	38,7 %
Alta	18,2 %

**Difficoltà economiche\*\***

Sì	30,1 %
No	26,2 %

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

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

- Nella nostra Regione solo il 29,6% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 24,3% dei casi.
- Tra le altre ASL partecipanti al sistema il 33,2% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 30% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

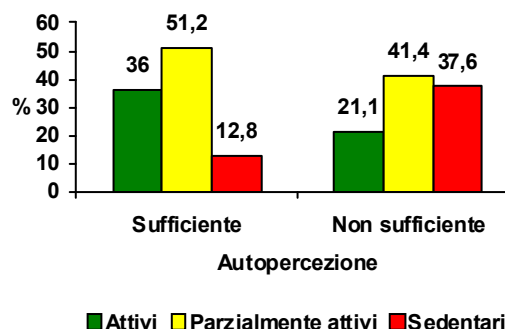


## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

Nella nostra Regione quasi il 12,8% delle persone che percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente, è in realtà sedentario.

L'insieme delle altre ASL partecipanti la percentuale persone che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente pur essendo sedentarie è del 25,8%

Autopercezione e livello di attività fisica praticata  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in VdA poco più di un quarto della popolazione (27,7%) raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre altrettante persone fanno poco o per niente esercizio fisico e possono essere definite sedentarie.

La scarsa attività fisica risulta più diffusa tra le persone anziane (fascia d'età 50-69 anni) con il 36,7%.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio ma, in meno di un terzo dei casi i medici valdostani si informano sull'attività fisica dei loro pazienti e la percentuale di chi ha ricevuto da loro il consiglio di svolgere una maggiore attività risulta inferiore alla media delle altre ASL. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percentuale di sedentarietà assimilabile a quella del resto del Paese.

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

# Abitudine al fumo

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

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

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

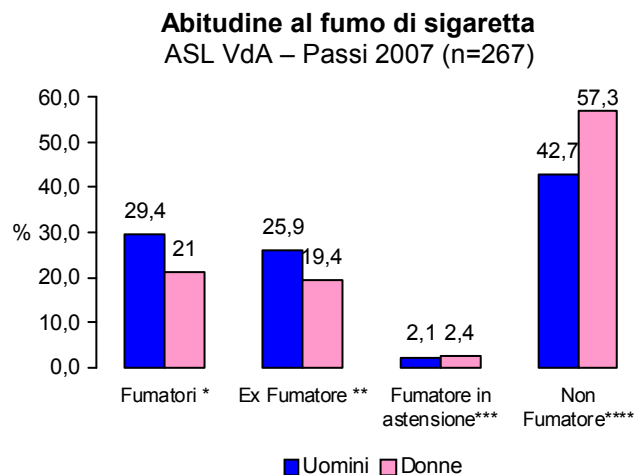
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- In Valle d'Aosta i fumatori sono il 25,5%, gli ex fumatori il 22,8%, e i non fumatori il 49,4%. A questi si aggiungono 6 persone (poco più del 2%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (29,4% versus 21%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (57,3% versus 42,7%).

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 30,7%, gli ex fumatori il 19,1% e i non fumatori il 50,2%.



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

\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da più di 6 mesi

\*\*\* Fumatore in astensione: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da meno di 6 mesi

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

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i giovani e tra gli uomini; c'è significatività statistica tra istruzione (bassa) e difficoltà economiche (si) e percentuale di fumatori.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 15 sigarette al giorno. Tra loro, il 13% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Anche a livello nazionale la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i giovani di 18-34 anni (36,4%), tra gli uomini (35,2%), tra chi ha un basso livello di istruzione (32,3%) e chi ha difficoltà economiche (33,9%); la media di sigarette fumate al giorno è di 14.

Fumatori	
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)	
<b>Totale</b>	<b>27,7%</b> (IC95%: 22,4-33,5)
<b>Caratteristiche dei fumatori*</b>	
<b>Età, anni</b>	
18 – 34	36,6%
35 – 49	20,4%
50 – 69	28,6%
<b>Sesso</b>	
M	31,5%
F	23,4%
<b>Istruzione**</b>	
Bassa	33 %
Alta	23 %
<b>Difficoltà economiche***</b>	
Si	37%
No	22%

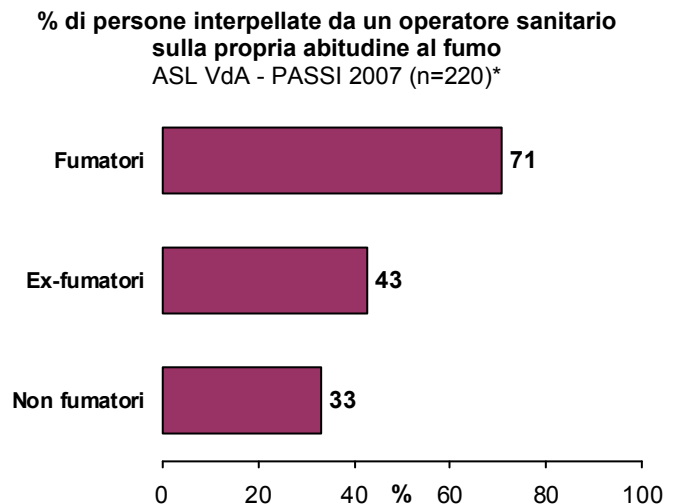
\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

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

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

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

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, circa il 46% ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 71% dei fumatori, il 43% degli ex fumatori e il 33% dei non fumatori.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 65,5% dei fumatori e il 42% di tutto il campione.

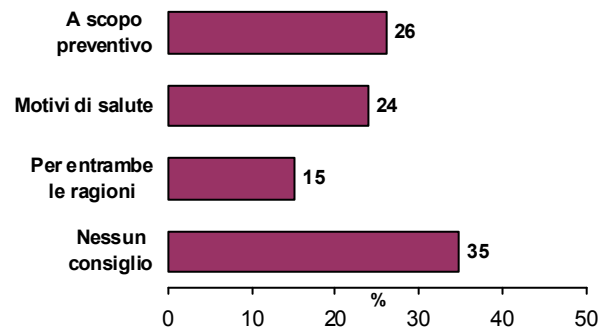


\* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

- Il 65% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (26%)
- Il 35% dei fumatori circa dichiara quindi di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 60,4% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da un operatore sanitario.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione  
ASL VdA Passi 2007 \*(n. 220)

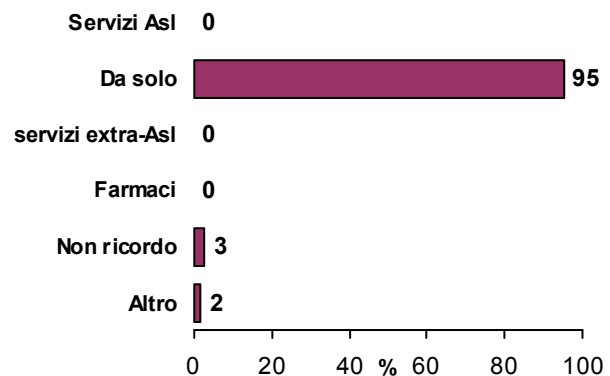


\* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

- Fra gli ex fumatori il 95% ha smesso di fumare da solo (dato sovrapponibile a quello nazionale del 95,7%) e nessuno riferisce di aver fruito di servizi Asl.
- Il 35% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

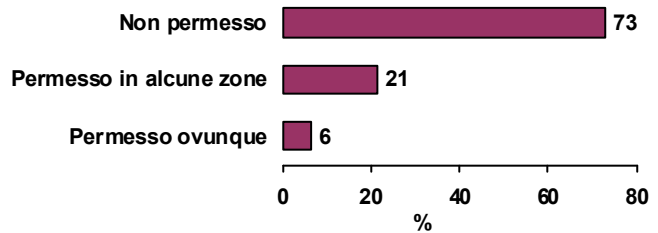
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori  
ASL VdA - Passi 2007



## L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 73% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 27% dei casi si fuma: ovunque nel 6%, in alcuni luoghi nel 21% dei casi.

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

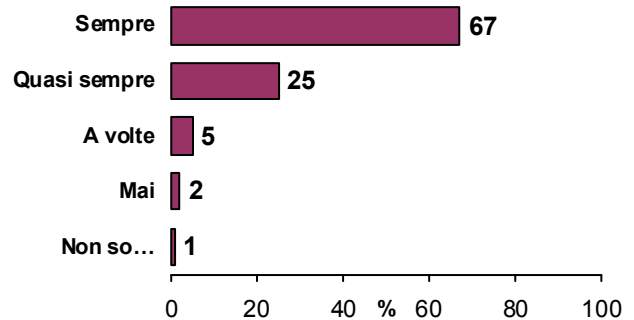


## L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- Le persone intervistate che riferiscono di aver frequentato locali pubblici negli ultimi 30 giorni, nel 92% dei casi dichiarano che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre. A livello nazionale la percentuale è dell'84,3%.
- Solo il 7% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

ASL VdA - Passi 2007 \*(n= 255 intervistati)



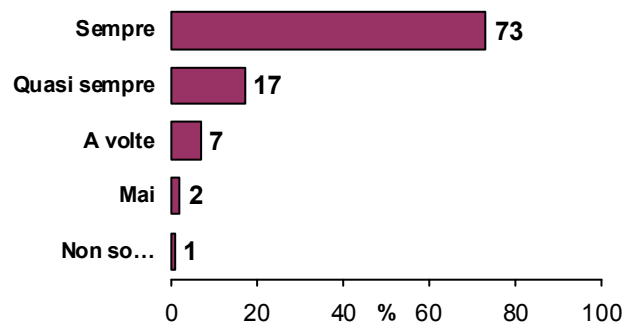
\* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 91% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre. A livello nazionale la percentuale è dell'84,6%.
- Solo il 9% dichiara quindi che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 184 lavoratori) \*

ASL VdA - Passi, 2007



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

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella nostra Regione un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 18-34 anni, in cui il 36,6% (quasi 4 persone su 10) riferisce di essere fumatore.

Più della metà dei fumatori (65%) ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Non ci sono comunque fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e anche nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

# Situazione nutrizionale

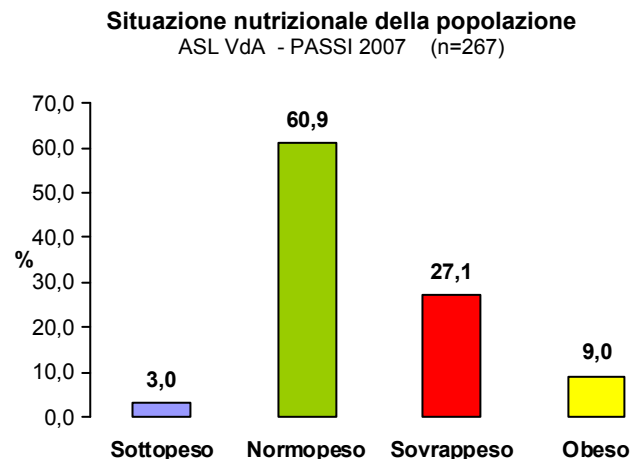
La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

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

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In VdA il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 60,9% normopeso, il 27,1% sovrappeso e il 9% obeso.
- Complessivamente si stima che circa il 35% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.

Tra tutte le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 42,7% degli intervistati presenta un eccesso ponderale e in particolare il 31,9% è in sovrappeso e l'11,1% è obeso.



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (49% vs 21%) e nelle persone con basso livello di istruzione (47% vs 27%), con differenze tutte statisticamente significative.

**Eccesso ponderale**  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)

**Totale**  
**36.1%**  
(IC95% 30,3 – 42,2)

**Caratteristiche delle persone in eccesso ponderale**

Classi di età	Percentuale (%)
18 – 34	18,3%
35 – 49	34,0%
50 – 69	51,0%

Sesso	Percentuale (%)
Uomini	49,0%
Donne	21,0%

Istruzione*	Percentuale (%)
Bassa	46,8%
Alta	26,8%

Difficoltà economiche**	Percentuale (%)
Sì	35,9%
No	36,2%

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

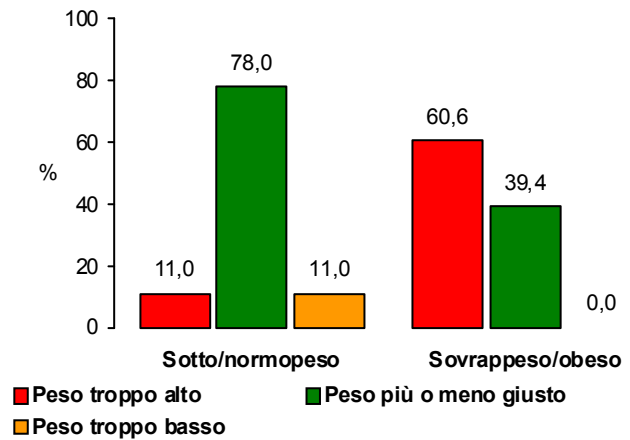
\*\* con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"



## Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella nostra Regione la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (78%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 60% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 73%, rispetto all'85% degli uomini, considera il proprio peso più o meno giusto, mentre tra quelle soprappeso/obese per le donne l'8% rispetto al 51% degli uomini.

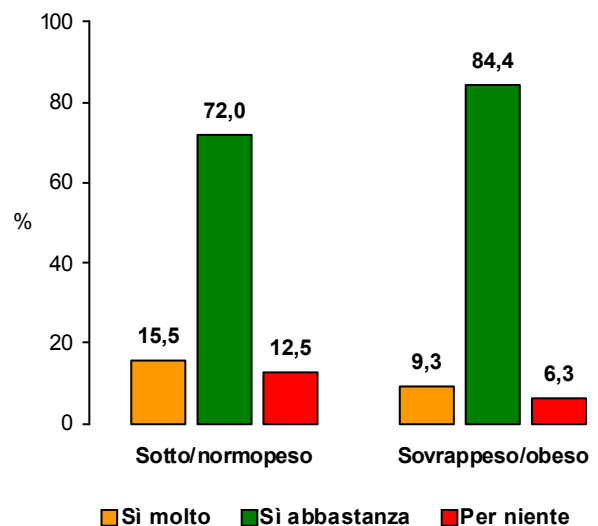
Percezione della propria situazione nutrizionale  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)



## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In VdA quasi il 90% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare: l'88% dei sottopeso/normopeso, il 94% dei soprappeso/obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)



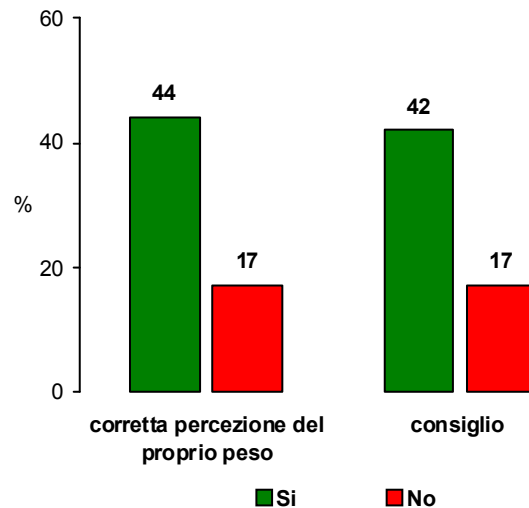
## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Il 31% circa delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne più negli uomini (46% vs il 26%)
- nelle persone in sovrappeso che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" più che tra quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (44% vs il 17%).
- tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario più che tra quelli che non lo hanno ricevuto (42% vs 17%).

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=94)



- Nella nostra Regione il 64% circa delle persone in eccesso ponderale (sia delle persone in sovrappeso che delle persone obese) ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario. In particolare lo ha ricevuto il 60% delle persone in sovrappeso e il 76,5% degli obesi.
- A livello nazionale il Sistema di Sorveglianza ha rilevato che, tra le persone in eccesso ponderale, ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario il 48,4% delle persone in sovrappeso e l'81% degli obesi.

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

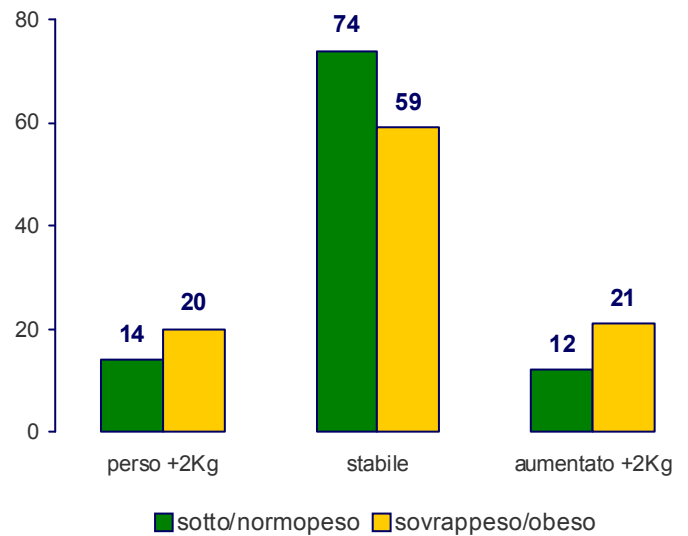
- In VdA il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (17% dei sovrappeso e 42% degli obesi).
- Il 43% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 39% delle persone in sovrappeso e il 57% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 78% pratica un'attività fisica almeno moderata, la stessa percentuale di chi non l'ha ricevuto.

Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 30% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario.

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

- Nella nostra Regione il 16% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è:
  - nella fascia d'età di 18-34 anni il 16%, in quella 35-49 anni il 14%, nella fascia 50-69 anni il 16%.
  - nelle persone in eccesso ponderale (obesi/sovrappeso) il 21%, nei normopeso il 12%.
  - nelle donne il 20%, negli uomini l'11%.

**Cambiamenti negli ultimi 12 mesi**  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)



## Conclusioni e raccomandazioni

Seppur meno che nel resto del Paese, in VdA l'eccesso ponderale è abbastanza diffuso e costituisce un problema di salute pubblica. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 61% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte, il 94%, giudica la propria alimentazione in senso positivo e il 21% è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 31% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (78%).

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

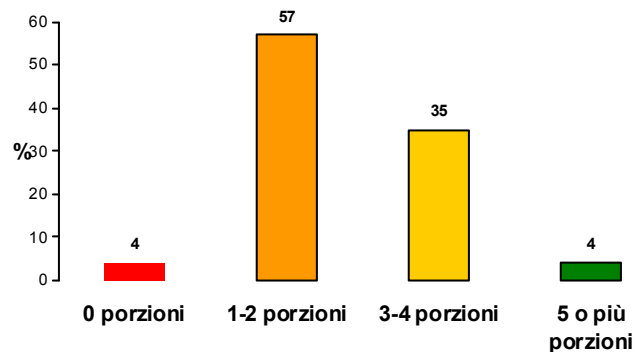
# Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

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

- In VdA il 96% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo meno del 4% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 35% mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)



- L'abitudine al consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura è leggermente più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (6%), tra gli uomini (5%) e tra le persone con alto livello d'istruzione (5%); non emergono differenze legate alla condizione economica. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia un po' più diffusa tra le persone sovrappeso/obese.

**Consumo di frutta e verdura**  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)

**Caratteristiche adesione al "5 a day"**<sup>\*</sup>

<b>Totale</b>	<b>3,7%</b> (IC95% 1,8 - 6,8)	
<b>Classi di età</b>	18 – 34	1,4%
	35 – 49	3,1%
	50 – 69	6,1%
<b>Sesso</b>	Uomini	4,9
	Donne	2,4
<b>Istruzione</b> <sup>**</sup>	Bassa	2,4
	Alta	4,9
<b>Difficoltà economiche</b> <sup>***</sup>	Sì	3,9
	No	3,7 %
<b>Stato nutrizionale</b>	sotto/normopeso	3,5 %
	sovrappeso/obeso	4,3 %

- A livello nazionale le persone che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura ammontano al 10,4%

\* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

\*\*\*"Con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

## Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa il 39% ne assume oltre 3 porzioni, ma di queste solo il 3,7% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. Il dato regionale di adesione al "five a day" è quindi decisamente al di sotto della media nazionale che è del 10,4%.

# Consumo di alcol

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

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

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

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

## Quante persone consumano alcol?

- In VdA la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 62,7%. Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61,3%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età più basse. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini 72,5% rispetto al 51,6% delle donne.
- Tra coloro che consumano alcol, il 56% lo consuma durante tutta la settimana mentre il 44% prevalentemente durante il fine settimana.

### Consumo di alcol (ultimo mese)

ASL VdA - PASSI 2007 (n=260)

Caratteristiche delle persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*		
<b>Totale</b>	<b>62,7%</b>	
	(IC95%:56,5 - 68,6)	
<b>Classi di età</b>		
	18 – 34	67,2%
	35 – 49	62,5%
	50 – 69	59,8%
<b>Sesso</b>		
	Uomini	72,5%
	Donne	51,6%
<b>Istruzione**</b>		
	Bassa	58,3%
	Alta	66,4%
<b>Difficoltà economiche***</b>		
	Sì	54,9%
	No	67,7%

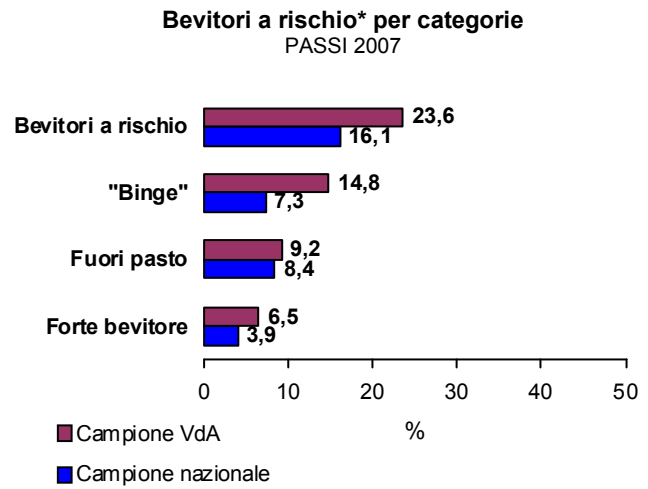
\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

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

## Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente quasi il 24% degli intervistati (incluso anche gli astemi) può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o bevitore "binge").
- Il 9% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 15% circa è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Più del 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16,1% degli intervistati è bevitore a rischio (3,9% consumo forte, 7,3% consumo "binge", 8,4% consumo fuori pasto)



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

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

### Consumo "binge" (ultimo mese)

ASL VdA - PASSI 2007 (n=260)

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda quasi il 15% degli intervistati (circa il doppio che nel resto d'Italia) e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, negli uomini; mentre non risulta statisticamente significativa la differenza tra i giovani rispetto ai più anziani, tra coloro che hanno un livello di istruzione più alto e quelli con livello più basso, e tra chi ha o non ha difficoltà economiche.

#### Caratteristiche demografiche dei bevitori "binge"\*

<b>Totale</b>	<b>14,8%</b> (IC95%: 10,7 – 19,7)	
<b>Classi di età</b>		
	18 – 34	22,7%
	35 – 49	12,6%
	50 – 69	11,5%
<b>Sesso</b>		
	Uomini	20%
	Donne	9%
<b>Istruzione**</b>		
	Bassa	11,8%
	Alta	17,2%
<b>Difficoltà economiche***</b>		
	Sì	13,7%
	No	15,5%

\*consumatore "binge": ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

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

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

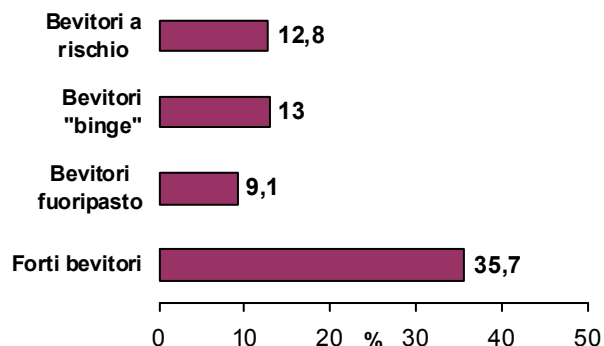
## A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In VdA il 24,5% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale è del 15,8%.
- In Regione, tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 12,8% (8,7% il dato nazionale), tra i bevitori "binge" del 13,0%, tra quelli che bevono fuori pasto del 9,1% e tra i forti bevitori del 35,7%.

#### Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

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

ASL VdA - PASSI 2007 (n=204)





## **Conclusioni e raccomandazioni**

In VdA si stima che quasi i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quarto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Il numero di persone che assumono alcol non si discosta molto dalla media nazionale ma, dagli altri dati ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI, nella nostra Regione si rileva una percentuale ben più alta di bevitori a rischio, soprattutto tra gli uomini e relativamente ai bevitori "binge".

I risultati dell'indagine evidenziano che gli operatori sanitari in VdA si informano più che nel resto del paese sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol ma, solo raramente (ad es. solo a poco più di un terzo dei forti bevitori) consigliano di moderarne l'uso.

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

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

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

# Sicurezza stradale

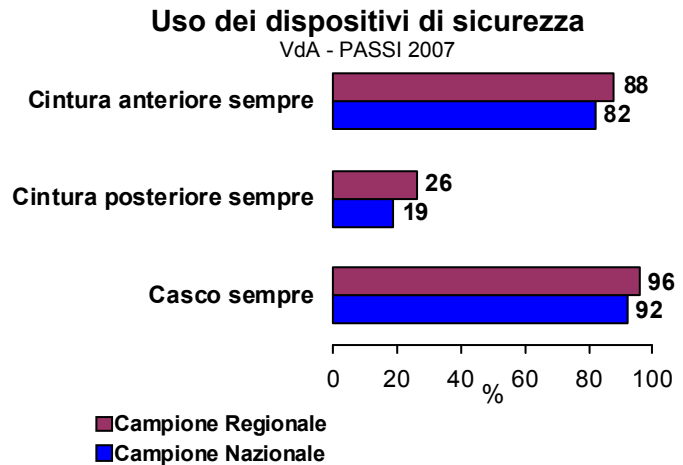
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Secondo fonti ISTAT nel 2006 si sono verificati in Italia oltre 238 mila incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. Nella Regione Valle d'Aosta nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 393 con 6 morti e 561 feriti.

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

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In VdA tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'88%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (26%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 96% riferisce di usare sempre il casco.

Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore al dato regionale, essendo del 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco.



## Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- In VdA tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 12% circa; questa abitudine sembra essere nettamente più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne (differenza statisticamente significativa) e tra le persone con meno difficoltà economiche.
- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 7% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Il 8% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, mentre quella di coloro che riferiscono di essere stati trasportati da conducenti sotto l'effetto dell'alcol è del 9,5%; tali valori pur non discostandosi in modo significativo, sul piano statistico, rimangono superiori a quelli regionali.

### Guida sotto l'effetto dell'alcol\* ASL VdA - PASSI 2007 (n=154)

#### Caratteristiche di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol\*\*

<b>Totale</b>		<b>11,7%</b> (IC95%: 7,1-17,8)
<b>Classi di età</b>		
	18 – 34	16,7%
	35 – 49	8,6 %
	50 – 69	11,1%
<b>Sesso</b>		
	Uomini	17,9 %
	Donne	1,7 %
<b>Istruzione</b>		
	Bassa	9,6 %
	Alta	13,0 %
<b>Difficoltà economiche***</b>		
	Sì	7,5 %
	No	13,9 %

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

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

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

## Conclusioni e raccomandazioni

In Valle d'Aosta si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza superiore alla media nazionale ma non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce ancora un problema piuttosto diffuso.

Tuttavia dai primi dati PASSI, tale fenomeno, nonostante l'alto numero di bevitori a rischio (forti bevitori e/o bevitori "binge") in Regione, non sembra essere più diffuso che nel resto del Paese.

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

# Rischio cardiovascolare

---

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

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

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

## Ipertensione arteriosa

---

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

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

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

## A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In VdA, il 78,7% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 7,1% più di 2 anni fa. Il restante 14,2% non ricorda o non l'ha misurata.
- Si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età (fasce 35-49 e 50-69 più controllate rispetto a 18-34). Non risultano differenze in base al sesso, al livello di istruzione e alla disponibilità economica.

### Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ASL VdA (n= 267) - PASSI 2007

#### Caratteristiche delle persone che dichiarano di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

<b>Totale</b>		<b>78,7 %</b>
		(IC95%: 73,2 - 83,4 %)
<b>Classi di età</b>		
	18 – 34	64,8 %
	35 – 49	82,7%
	50 – 69	84,7%
<b>Sesso</b>		
	Uomini	79,7 %
	Donne	77,4 %
<b>Istruzione*</b>		
	Bassa	77,4 %
	Alta	79,7 %
<b>Difficoltà economiche***</b>		
	Sì	78,6 %
	No	78,7 %

Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 82,7%

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

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

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

## Quante persone sono ipertese?

- In VdA il 26,2% degli intervistati, che ha misurato la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente in modo significativo dal punto di vista statistico con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni quasi il 44% riferisce di essere iperteso; allo stesso modo le persone ipertese con livello di istruzione basso sono maggiori di quelle con un livello più elevato.
- Si osserva un valore più alto di ipertesi tra i maschi e tra le persone senza difficoltà economiche.
- Tra le ASL del campione nazionale la quota di persone che riferisce di essere ipertesa è del 21,6%

		<b>Ipertesi</b>	
<b>Totale</b>		ASL VdA - PASSI 2007 (n= 229)	
		<b>26,2 %</b>	
		(IC95%: 20,6 - 32,4 %)	
<b>Caratteristiche demografiche degli ipertesi</b>			
<b>Età</b>			
	18 – 34		11,3 %
	35 – 49		17,2 %
	50 – 69		43,8 %
<b>Sesso</b>			
	M		29,8 %
	F		21,9 %
<b>Istruzione*</b>			
	Bassa		33,7 %
	Alta		20,0 %
<b>Difficoltà economiche **</b>			
	Sì		22,1 %
	No		28,7 %

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

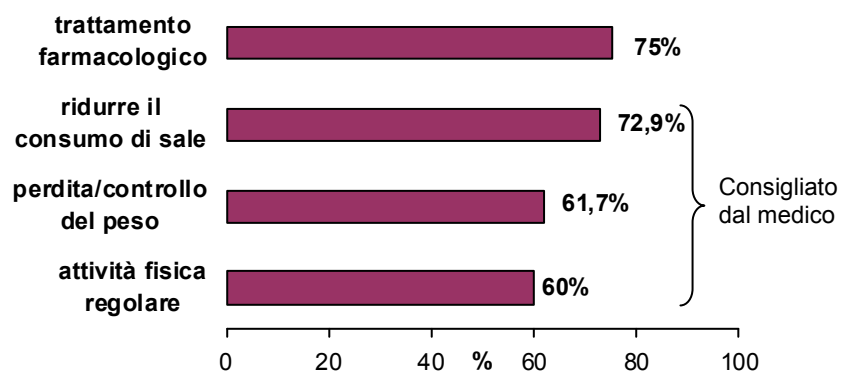
\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

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

- Nella nostra Regione il 75% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale nel 72,9 % dei casi, di ridurre o mantenere il peso corporeo nel 61,7 % e svolgere regolare attività fisica nel 60 %.

### Treatmento dell'ipertensione e consigli del medico \*

ASL VdA - PASSI 2007



\* ognuno considerato indipendentemente

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella nostra Regione si stima che sia iperteso circa il 26% della popolazione tra 18 e 69 anni (21,6% il dato nazionale), circa il 44% degli ultracinquantenni e circa il 11% dei giovani con meno di 35 anni.

La proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi ammonta al 21% circa, contro il 17% circa a livello nazionale; è importante ridurre la quota di persone che non misurano la loro P.A. al fine di migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

## Colesterolemia

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

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

- Il 73,4% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 54,6% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 12,4% tra 1 e 2 anni fa, il 6,4% più di 2 anni fa, mentre il 26,6% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età passando dal 50,7% nella classe 18-34 anni all'87,8% nei 50-69enni (differenza statisticamente significativa), nelle donne e nelle persone con meno difficoltà economiche.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 76,8%

#### Colesterolo misurato almeno una volta nella vita ASL VdA - PASSI 2007 (n= 267)

##### Totale

**73,4%**  
(IC95%: 67,7% 78,6%)

#### Caratteristiche demografiche di chi ha misurato almeno il colesterolo

##### Classi di età

18 – 34	50,7%
35 – 49	75,5%
50 – 69	87,8%

##### Sesso

Uomini	70,6%
Donne	76,6%

##### Istruzione\*

Bassa	74,2%
Alta	72,7%

##### Difficoltà economiche\*\*

Sì	70,9%
No	75,0%

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

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

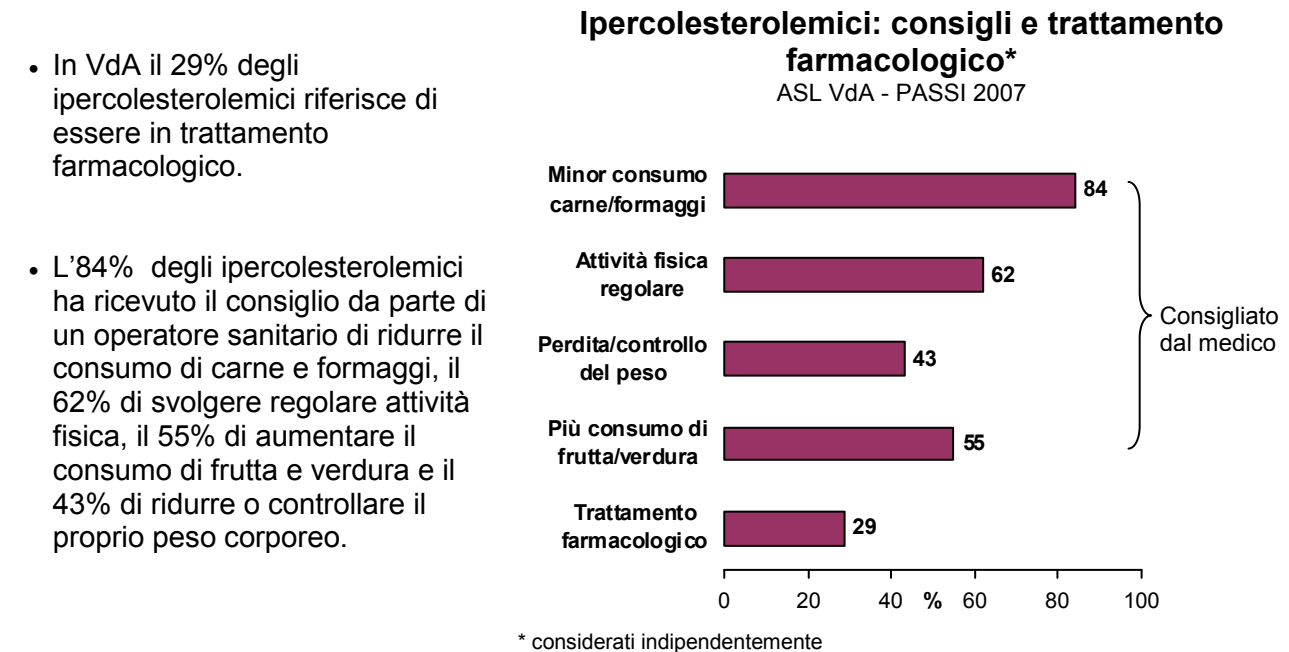


## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

<ul style="list-style-type: none"> <li>Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 32% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.</li> </ul>	<b>Totale</b>	<b>Ipercolesterolemici</b> ASL VdA - PASSI 2007 (n= 196) <b>32,1%</b> (IC95%: 25,7 - 39,2 %)	
		<b>Caratteristiche demografiche di chi riferisce ipercolesterolemia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nella classe d'età più alta (50-69 anni) (differenza statisticamente significativa), nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.</li> </ul>	<b>Età</b>	18 – 34	22,2%
		35 – 49	20,3%
		50 – 69	46,5%
	<b>Sesso</b>	Uomini	33,7%
		Donne	30,5%
	<b>Istruzione*</b>	Bassa	35,9%
		Alta	28,8%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tra le ASL del campione nazionale, per quanto concerne le persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia la percentuale ammonta al 25,2%</li> </ul>	<b>Difficoltà economiche**</b>	Sì	37,0%
		No	29,3%

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

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



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che al 27% circa della popolazione di 18-69 anni della Regione VdA non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 32% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia (dato nazionale 25,2%); questa quota sale al 46,5% tra le persone di 50-69 anni.

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

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

## Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>Nella nostra Regione la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 8,4%</li> </ul>	<b>Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare</b> ASL VdA (n=190) - PASSI 2007		
	<b>Caratteristiche demografiche</b>		
	<b>Totale</b>	<b>8,4%</b> (IC95%: 4,9 % - 13,3 %)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate (differenza statisticamente significativa), e presente nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.</li> </ul>	<b>Classi di età</b>		
		35 – 49	4,1 %
		50 – 69	13,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6,6%</li> </ul>	<b>Sesso</b>		
		M	9,7 %
		F	6,9 %
	<b>Istruzione*</b>		
		Bassa	11,0 %
		Alta	5,6%
	<b>Difficoltà economiche**</b>		
		Sì	12,2 %
		No	6,0%
	<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***</b>		
		Sì	12,1%
		No	0,0%

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

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

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

## **Conclusioni e raccomandazioni**

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici, sia in Regione che nel resto del Paese.

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

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

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

# Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

In Valle d'Aosta il programma è attivo per le donne dai 25 ai 64 anni.

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

- In Valle d'Aosta circa il 90% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe esserci omogeneità tra le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo sia per quel che riguarda l'età, lo stato civile, la convivenza e lo status economico; solo una differenza statisticamente significativa riguarda il grado di istruzione: le donne con grado di istruzione elevato si sottopongono al Pap test nel 95% dei casi contro l'84% di chi ha un basso livello di istruzione.

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73,1% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

### Donne (25-64 anni) che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni\*

ASL VdA - PASSI 2007 (n=102)

<b>Totale</b>	<b>90,2%</b> (IC95%:82,7 -95,2)	
<b>Classi di età</b>	25 – 34	90,9%
	35 – 49	88,9%
	50 – 64	91,4%
<b>Stato civile</b>	Coniugata	93,9%
	Non coniugata	83,3%
<b>Convivenza</b>	Convivente	90,0%
	Non convivente	90,6%
<b>Istruzione**</b>	Bassa	84,1%
	Alta	94,8%
<b>Difficoltà economiche***</b>	Sì	92,5%
	No	88,7%

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

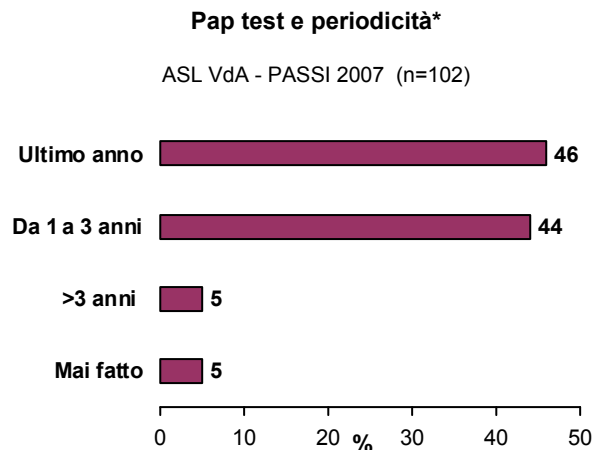
\*\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

## Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

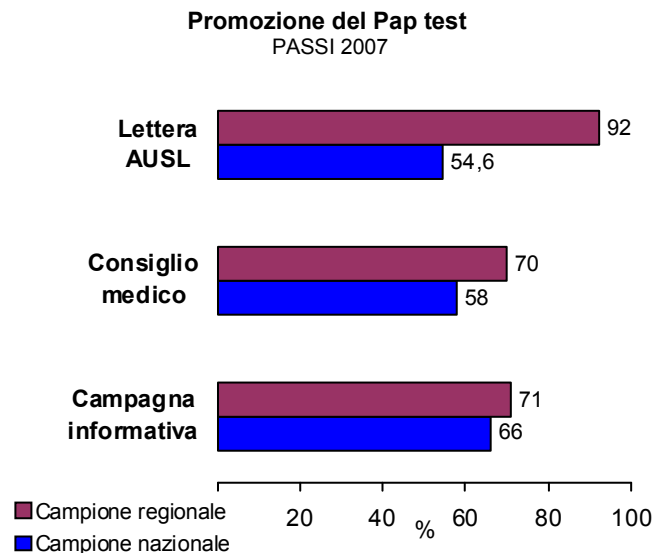
- il 46% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 44% da uno a tre anni
- il 5% da più di tre anni.
- Il 5% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



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

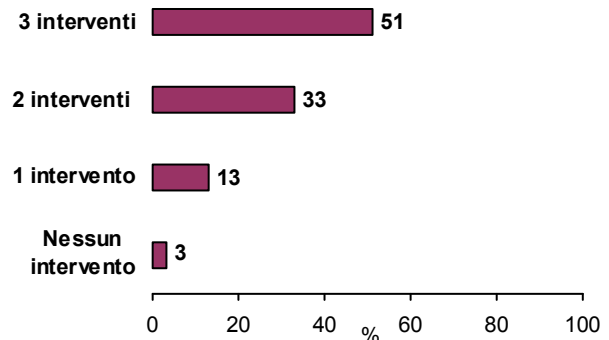
## Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- In VdA:
  - il 92% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate\*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL.
  - il 70% ha riferito di avere avuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.
  - il 71% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 54,6% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.
- Il 51% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 33% due interventi di promozione, il 13% uno solo. Solo il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



### Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test

ASL VdA - PASSI 2007

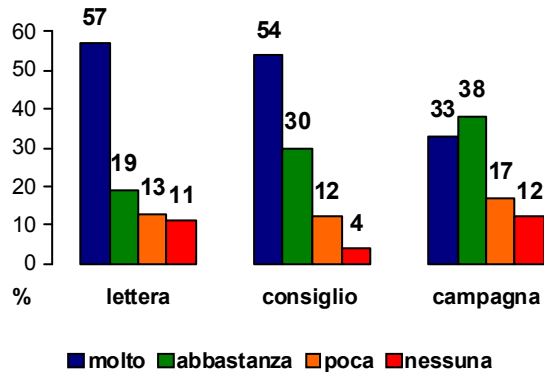


\*L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

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

- In VdA il 76% delle donne di 25-64 che riferisce di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (57% molta e 19% abbastanza), mentre il 13% poca influenza sulla scelta e l'11% nessuna; tra le ASL del campione nazionale l'influenza positiva si è avuta nel 65,1% dei casi.

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

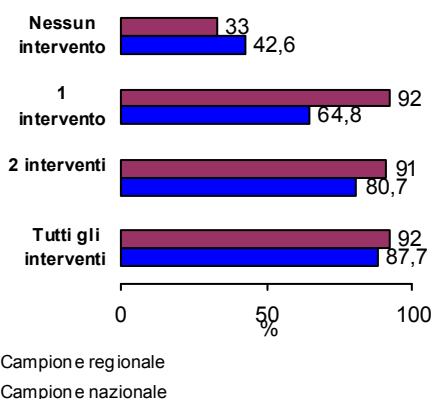


- L'84% delle donne di 25-64 che riferisce di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (54% molta e 30% abbastanza), mentre il 12% poca influenza sulla scelta ed il 4% nessuna; tra le ASL del campione nazionale l'influenza positiva dell'operatore sanitario si è avuta nel 76,9% dei casi.
- Il 71% delle donne che riferisce di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (33% molta e 38% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta ed il 12% nessuna; tra le ASL del campione nazionale l'influenza positiva della campagna comunicativa si è avuta nel 61,9% dei casi.

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

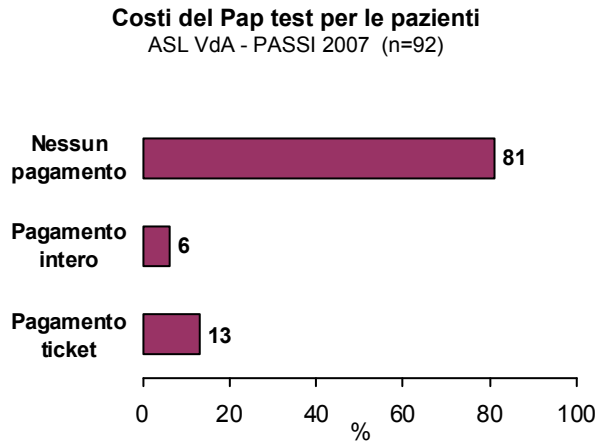
- Nella nostra Regione, tra le donne intervistate di 25-64 anni che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, 1 su 3 ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati (33%); la percentuale sale al 42,6% nelle donne che hanno ricevuto almeno 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna),
- Tra le Asl partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale le percentuali sono del 42,6% di chi non ha ricevuto nessun intervento, del 64,8% di chi ha ricevuto 1 intervento, del 80,7% di chi ha ricevuto 2 interventi e del 87,7% di chi ne ha ricevuti 3.

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



## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- In VdA l'81% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 13% ha pagato solamente il ticket e il 6% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).



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

- In Regione, il 5% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test e un altro 5% di averlo effettuato da oltre 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida è per il 46% (5 persone su 11) "penso di non averne bisogno".

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra Regione la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (90,2%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (81%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente. Il 46% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 13% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché ha fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni).

I risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, sono considerevoli. Tuttavia considerata l'alta influenza che hanno avuto, nella decisione di sottoporsi all'esame, le lettere ricevute dall'ASL e i consigli da parte del medico, sarebbe opportuno puntare a raggiungere l'8% delle donne che sostiene di non avere ricevuto l'avviso e il 30% che non ha avuto un consiglio specifico da un operatore sanitario.

A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (81%) e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenti una significativa conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa.



# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

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

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

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

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

- In VdA circa il 77% 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.
- Si osserva che la percentuale di donne che ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni è più alta per le donne meno anziane (in modo significativo sul piano statistico), coniugate o conviventi, con grado di istruzione alto e senza difficoltà economiche.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 59% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 42 anni.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 67,6% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

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

#### Caratteristiche di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni\*

ASL VdA- PASSI 2007 (n=44)

<b>Totale</b>	<b>76,7%</b>
	(IC95%:61,4-88,2)
<b>Classi di età</b>	
50 – 59	88,0 %
60 – 69	61,1 %
<b>Stato civile</b>	
Coniugata	78,8%
Non coniugata	70,0%
<b>Convivenza</b>	
Convivente	78,1%
Non convivente	72,8%
<b>Istruzione**</b>	
Bassa	73,3%
Alta	84,6%
<b>Difficoltà economiche***</b>	
Sì	66,7%
No	86,4%

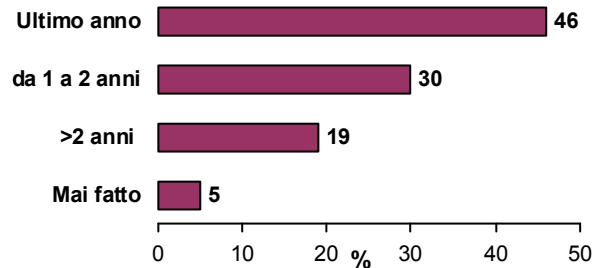
\* chi ha eseguito la mammografia in assenza di segni o sintomi  
 \*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
 \*\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

## Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Rispetto all'ultima mammografia effettuata, tra le donne di 50-69 anni:

- il 46% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 30% da uno a due anni
- il 19% da più di due anni.
- Il 5% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

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



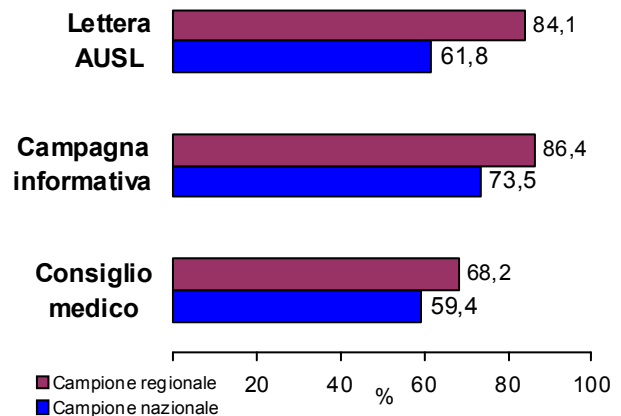
\* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

## Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- In VdA
  - l'84% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
  - l'86% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 68% ha riferito di avere avuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.

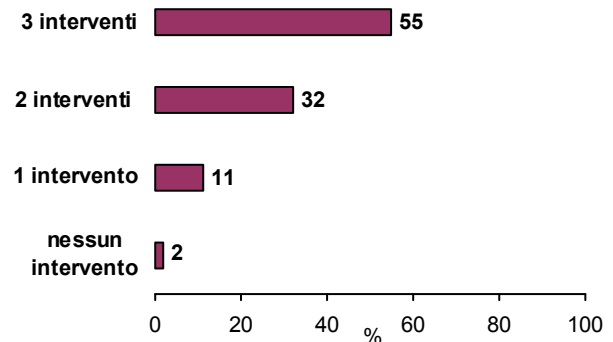
Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 61,8% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 59,4% il consiglio dell'operatore sanitario e il 73,5% ha visto una campagna informativa.

**Promozione della mammografia**  
PASSI 2007



- In VdA il 55% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 32% due interventi di promozione, il 11% uno solo.
- Solo il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

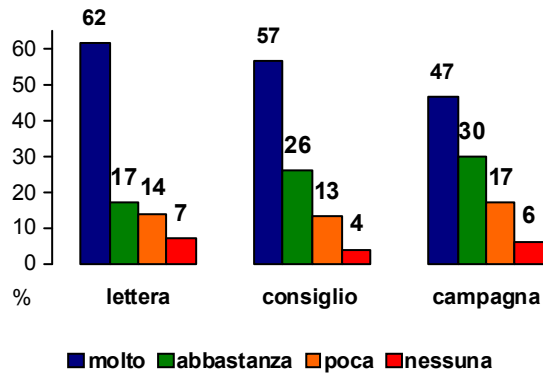
**Interventi di Promozione dell'ultima mammografia**  
ASL VdA - PASSI 2007



## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia?

- Nella nostra Regione il 79% delle donne di 50-69 anni che riferisce di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (62% molta e 17% abbastanza), mentre il 14% poca influenza sulla scelta ed il 7% nessuna; tra le ASL del resto di Italia la lettera ha avuto influenza positiva nel 72% dei casi.

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

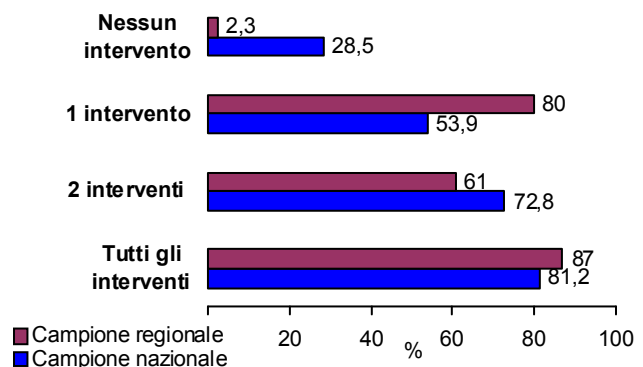


- L'83% delle donne di 50-69 anni che riferisce di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (57% molta e 26% abbastanza), mentre il 13% poca influenza sulla scelta ed il 4% nessuna; tra le ASL dell'intero pool nazionale l'operatore ha avuto influenza positiva nell'81,4% dei casi.
- Il 77% delle donne di 50-69 anni che riferisce di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (47% molta e 30% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta ed il 6% nessuna; tra le Asl partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 66,6% per la campagna comunicativa.

## Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia?

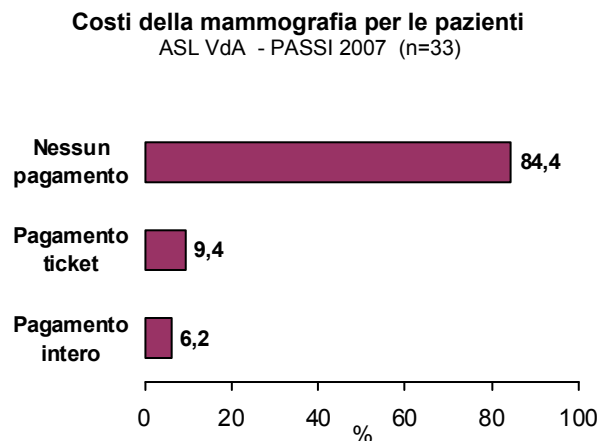
- Tra le 44 donne di 50-69 intervistate solo una non ha ricevuto alcun intervento di promozione e questa non ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; mentre si è sottoposto allo screening l'80% di chi ha ricevuto un intervento dei tre considerati (lettera, consiglio o campagna), il 61% di chi ha ricevuto due interventi e l'87% di chi ne ha avuti 3; tra le Asl partecipanti queste percentuali sono rispettivamente del 53,9%, del 72,8% e del 81,2%.

Effettuazione della mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione  
PASSI 2007 (n= 44)



## Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- Nella nostra Regione l'84% circa delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 9% ha pagato solamente il ticket e il 6% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).



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

- In VdA il 5% delle donne di 50-69 anni intervistate ha riferito di non aver effettuato mai la mammografia e il 19% di averla effettuata da oltre 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "penso di non averne bisogno" 33%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 22%
  - "ho paura dei risultati dell'esame" 22%
  - "è difficile prenotare l'esame" 11%
  - "altro" 11%

## Conclusioni e raccomandazioni

In Valle d'Aosta la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (77% circa) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste quasi la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno e indicativamente l'85% lo ha fatto all'interno del programma regionale di screening.

L'età media della prima mammografia di 44 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Secondo i risultati di PASSI, tra tutte le ASL il 67,6% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia seguendo la periodicità consigliata. La sovrapposizione di tale percentuale e quella dei flussi regionali di screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 48.000 persone e i decessi sono circa 16.500.

In Valle d'Aosta gli ultimi dati disponibili (stime per il 2008) indicano 82 nuovi casi all'anno (82/100.000 negli uomini e 61/100.000 nelle donne) [fonte ISS]. Queste neoplasie sono responsabili dell'11-12% dei decessi per tumore. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 58%. Si stima che nel 2008 le persone viventi in Italia con diagnosi di tumore al colon-retto siano circa 295.000, in Valle d'Aosta circa 537.

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, quindi di ridurre il tasso di mortalità.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Nella Regione Valle d'Aosta il programma di screening è stato avviato nel maggio 2006.

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

- Nella ASL VdA circa il 59% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).

- Il 50% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato. L'analisi statistica indica una maggior prevalenza di coloro che si sottopongono all'esame di screening nella classe 60-69 anni, negli uomini, nelle persone con un maggior livello di istruzione e senza difficoltà economiche, questa l'unica caratteristica statisticamente significativa.

- Il 10,5% riferisce aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida			
Colon-retto (50-69 anni)			
ASL VdA - PASSI 2007 (n=98)			
Totale	Ricerca sangue occulto fecale o colonscopia		
	<b>59,2%</b>		
	(IC95% 48,8-69,0)		
	<b>Ricerca sangue occulto fecale</b>		
	<b>50,0%</b>		
	(IC95% 39,6-60,4)		
	<b>Colonscopia</b>		
	<b>10,5%</b>		
	(IC95% 5,2-18,5)		
Classi di età			
50 – 59	Sangue occulto fecale	44,2%	Colonscopia
			10,2%
60 – 69	Sangue occulto fecale	56,8%	Colonscopia
			10,9%
Sesso			
Uomini	Sangue occulto fecale	55,8%	Colonscopia
			7,7%
Donne	Sangue occulto fecale	43,2%	Colonscopia
			14,0%
Istruzione*			
Bassa	Sangue occulto fecale	44,4%	Colonscopia
			9,5%
Alta	Sangue occulto fecale	60,6%	Colonscopia
			12,5%

- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19,1% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 8,5% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

**Difficoltà economiche\*\***

<b>Si</b>	Sangue occulto fecale 30,6%	Colonscopia 10,8%
<b>No</b>	Sangue occulto fecale 61,7%	Colonscopia 10,3%

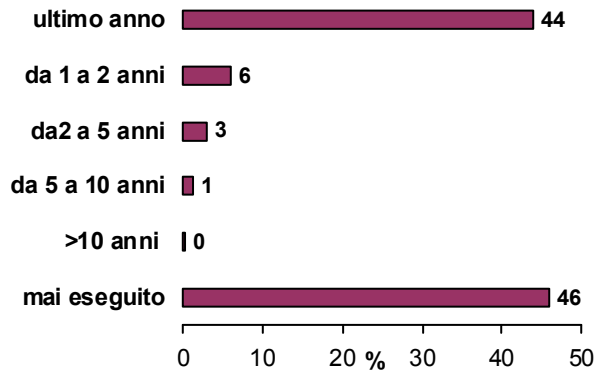
\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
 \*\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il 44% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 6% da uno a due anni
- il 3% da più di tre anni
- l'1% da 5 a 10 anni
- Il 46% non ha mai eseguito il test.

**Sangue occulto e periodicità\***  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=96)

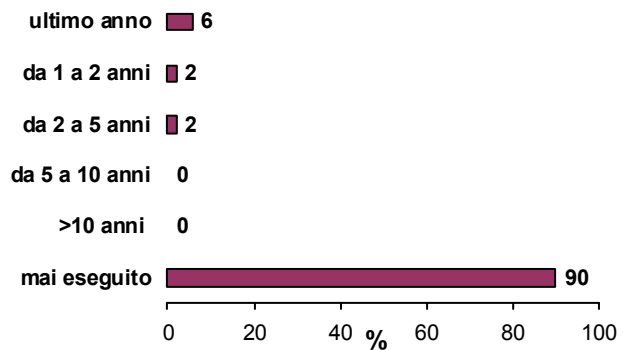


\*il test viene effettuato alle persone di 50-69 anni ogni due anni

Rispetto alla colonscopia:

- il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 2% da uno a due anni
- il 2% da due a cinque anni
- il 90% mai eseguito

**Colonscopia e periodicità**  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=95)

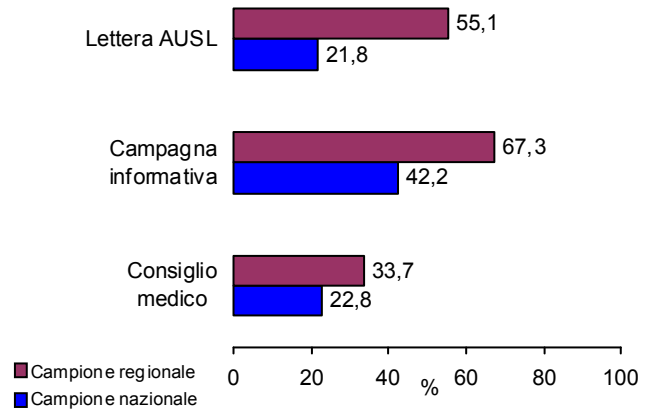


## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

- In VdA:
  - il 55% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
  - il 34% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
  - il 67% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 21,8% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 42,2% ha visto una campagna informativa e il 22,8% ha avuto il consiglio dell'operatore sanitario.

Promozione dello screening colorettaale  
ASL VdA -PASSI 2007

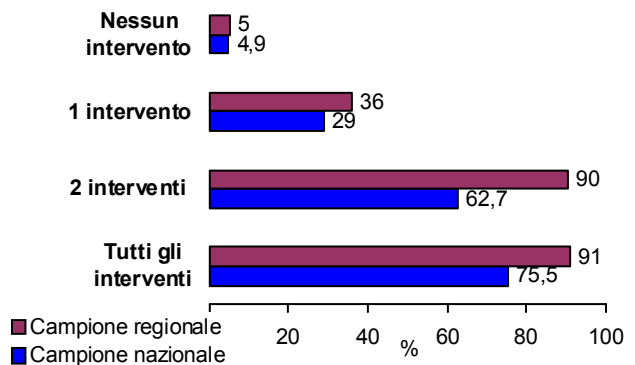


## Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

In VdA, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati il 36% delle persone che ha ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), più del 90% di chi ha avuto due o tre interventi e solo il 5% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione.

Tra le Asl partecipanti a livello nazionale le percentuali sono del 4,9% (nessun intervento) del 29% (1 intervento), 62,7% (2 interventi), 75,5% (tutti gli interventi).

Interventi di promozione e effettuazione dello screening colorettaale secondo le Linee Guida  
VdA - PASSI 2007 (n=98)

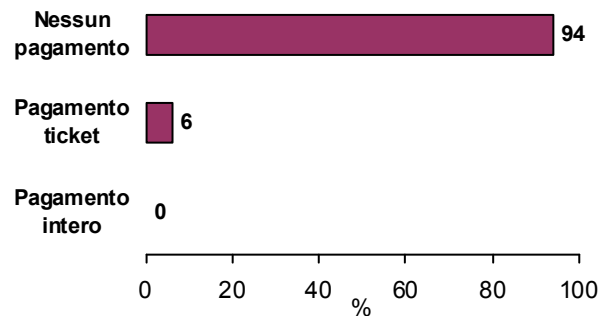


## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

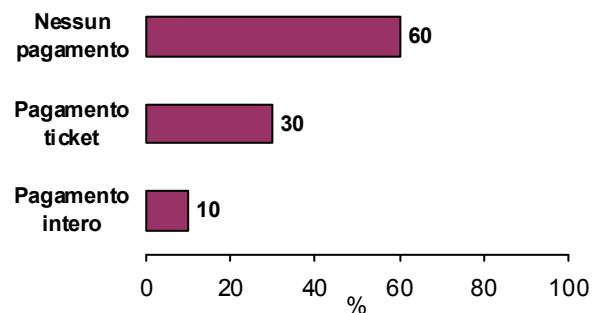
- In VdA il 94% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 6% ha pagato solamente il ticket e nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 60% non ha effettuato alcun pagamento, il 30% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 10% ha pagato per intero il costo dell'esame.

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

Costi della ricerca di sangue occulto  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=48)



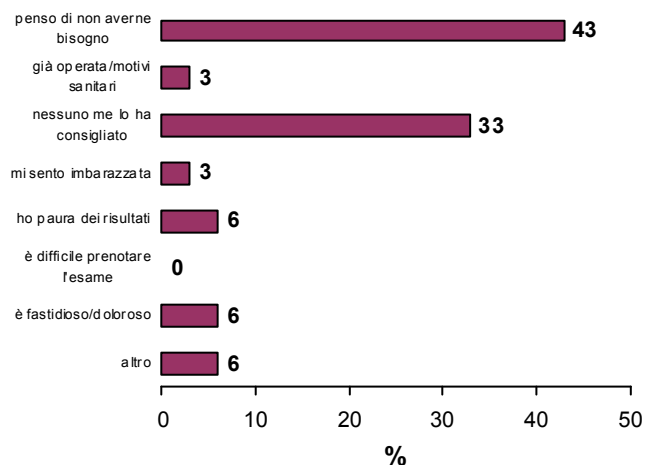
Costi della colonscopia  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=10)



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

- Nella nostra Regione circa il 37% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
  - "penso di non averne bisogno" 43%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 33%
  - "ho paura dei risultati dell'esame" 6%
  - "è fastidioso/doloroso" 6%
  - "altro" 6%
  - "sono già stata operata/per motivi sanitari" 3%
  - "mi sento imbarazzato" 3%

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida  
ASL VdA - PASSI 2007 (n=33)





## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che in Valle d'Aosta più della metà di persone tra i 50 e i 69 anni, 59% circa, si è sottoposto a scopo preventivo allo screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto. Il dato regionale è nettamente superiore a quello del resto d'Italia (19,1%) anche grazie alla capillare offerta attiva e alle campagne educative rivolte alla popolazione target effettuate anche con l'intervento congiunto dei medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia.

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

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

		<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni;)</b>	
		<b>Caratteristiche demografiche delle donne Vaccinate</b>	
		ASL VdA - Passi 2007 (n=78)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella Regione Valle d'Aosta solo il 14% circa delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.</li> </ul>	<b>Totale</b>	<b>14,1 %</b> (IC95%: 7,3 – 23,8)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La percentuale di donne vaccinate varia con l'età (passando dal 30,8% tra 18-24 anni, al 4,5% tra 25-34 anni al 14,0% tra 35 -49 anni).</li> </ul>	<b>Età</b>	18-24
		25-34	4,5 %
		35-49	14,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32,4 %.</li> </ul>	<b>Istruzione*</b>	Bassa	15,4 %
		Alta	13,5 %
	<b>Difficoltà Economiche**</b>		
		Sì	17,9 %
		No	12,0 %

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

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- In VdA il 53,8% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (14,1%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (39,7%).
- Il 6,4% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinato e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 39,8% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne suscettibili è del 44,5%.

### Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=78)

ASL VdA - Passi 2007	
Immuni	53,8%
Vaccinate	14,1%
Non vaccinate con rubeotest negativo	6,4%
Non vaccinate con rubeotest positivo	39,7%
Non vaccinate con rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2,6%
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	37,2%
Suscettibili (non vaccinate o con stato immunitario sconosciuto o rubeotest negativo)	<b>46,2%</b>

## Conclusioni e raccomandazioni

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

Nella nostra Regione le donne di 18-49 anni che risultano essere vaccinate per la rosolia sono in percentuale molto inferiore rispetto alla media nazionale (14,1% vs 32,4%).

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

# Sintomi di depressione

---

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

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

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

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

- In VdA il 9% circa delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.

- I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:

- le più colpite siano le donne (quasi due volte più degli uomini), le persone con molte difficoltà economiche, quelle che lavorano regolarmente e quelle con almeno una malattia cronica.

Nel campione di pool di ASL partecipanti le persone che presentano sintomi di depressione ammonta al 9,4%.

Le donne presentano tali sintomi nel 12,8% dei casi, gli uomini nel 5,9%.

Sintomi di depressione per classi d'età:

18 – 34	6,7%
35 – 49	9,2%
50 – 69	12,1%

### Caratteristiche delle persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)

ASL VdA - PASSI 2007 (n=262)

**Totale** **9,2%**  
(IC95%: 6,0-13,3)

#### Classi di età

18 – 34	8,6%
35 – 49	8,2%
50 – 69	10,5%

#### Sesso

Uomini	6,4%
Donne	12,3%

#### Istruzione\*

Bassa	8,3%
Alta	9,9%

#### Difficoltà economiche\*\*

Sì	14,7%
No	5,6%

#### Stato lavorativo

Lavora	10,7%
Non lavora	5,9%

#### Malattie croniche

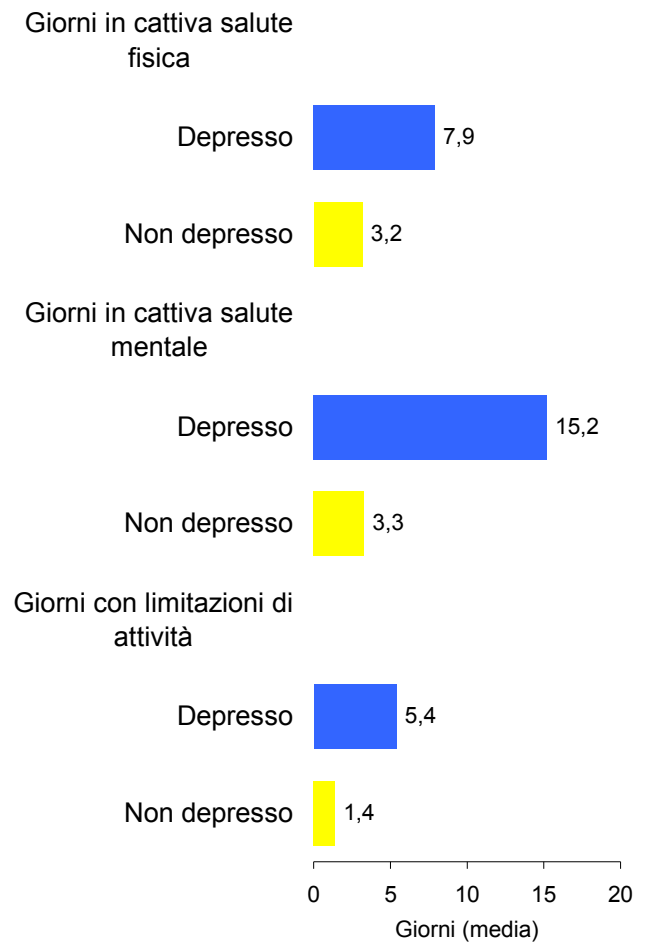
Almeno una	15,8%
Nessuna	8,0 %

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

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 42% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", contro il 66% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- Anche la media di giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.

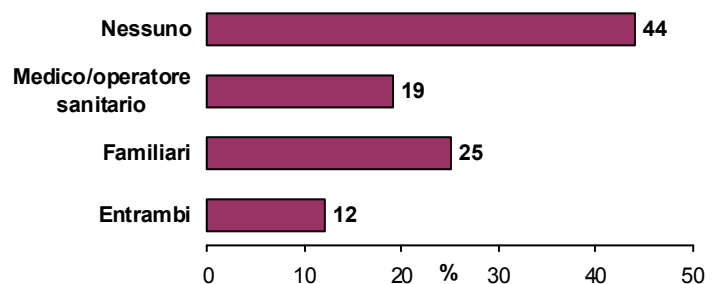


## A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- In Regione tra le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che hanno chiesto aiuto a qualcuno risulta del 56%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, il 44% non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 19%.

### Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione

ASL VdA – PASSI 2007



## **Conclusioni e raccomandazioni**

I risultati del PASSI evidenziano, sia a livello nazionale che regionale, come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche e chi ha difficoltà economiche.

Il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi come significativa la quota di persone che non richiedono aiuto per la loro condizione (44%) e di conseguenza la parte di bisogno non trattato.

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

# Infortunati domestici

---

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

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Probabilmente una parte di questo incremento è da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

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

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



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

- In VdA la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti circa il 90% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne (95% vs 83%), non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ne ha meno. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza positivamente la percezione del rischio.
- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91,2%.

### Bassa percezione del rischio infortunio domestico

ASL VdA (n=267) - PASSI 2007

#### Caratteristiche demografiche di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico \*

<b>Totale</b>		<b>89,5%</b>
		(IC 95%: 85,2-92,9)
<b>Età</b>		
	18 – 34	90,1%
	35 – 49	89,8%
	50 – 69	88,8%
<b>Sesso</b>		
	Uomini	95,1 %
	Donne	83,1 %
<b>Istruzione**</b>		
	Bassa	87,9 %
	Alta	90,9 %
<b>Difficoltà economiche ***</b>		
	Si	88,3 %
	No	90,2%
<b>Persone potenzialmente a rischio ****</b>		
	Si	83,9 %
	No	92,2 %

\*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

\*\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

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

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

- Nella nostra Regione solo il 32% circa degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno inoltre tra gli uomini e tra coloro che hanno un'istruzione superiore.

### **Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi** ASL VdA - PASSI 2007 (n=267)

#### **Caratteristiche demografiche di persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**

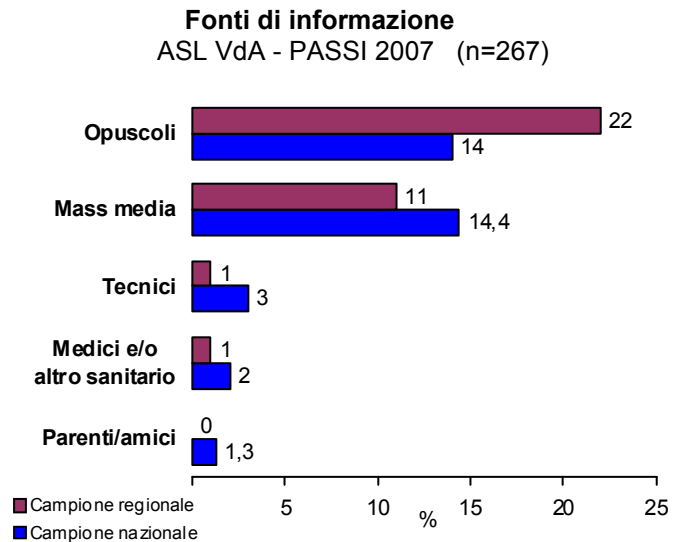
<b>Totale</b>		<b>31,8%</b>
		(IC 95%: 26,3 -37,8)
<b>Età</b>		
	18 – 34	25,4 %
	35 – 49	28,6 %
	50 – 69	39,8 %
<b>Sesso</b>		
	Uomini	35,0 %
	Donne	28,2 %
<b>Istruzione*</b>		
	Bassa	29,8 %
	Alta	33,6 %
<b>Difficoltà economiche**</b>		
	Si	31,1 %
	No	32,3 %
<b>Persone potenzialmente a rischio***</b>		
	Si	29,9 %
	No	32,8 %
<b>Percezione del rischio</b>		
	Alta	28,6 %
	Bassa	32,2 %

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

\*\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

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

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (33% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che dichiara di avere ricevuto informazioni sugli infortuni domestici è del 27,6%.



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

- In VdA, tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 18% circa ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra i più giovani e chi convive con persone potenzialmente a rischio. Tra le persone che hanno un'alta percezione del rischio nessuno ha dichiarato di avere adottato misure preventive.
- Nel campione nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30,1%.

### **Caratteristiche demografiche di persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione** ASL VdA (n=51) - PASSI 2007

<b>Totale</b>	<b>17,6 %</b> (IC 95%: 8,4 -30,9)	
<b>Età</b>	18 – 34	27,3 %
	35 – 49	21,4 %
	50 – 69	11,5 %
<b>Sesso</b>	Uomini	19,4 %
	Donne	15,0 %
<b>Istruzione*</b>	Bassa	20,0 %
	Alta	16,1 %
<b>Difficoltà economiche**</b>	Si	22,2 %
	No	15,2 %
<b>Persone potenzialmente a rischio***</b>	Si	25,0 %
	No	14,3 %
<b>Percezione del rischio</b>	Alta	0,0 %
	Bassa	19,1 %

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

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione come arriva a fine mese?"

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

## **Conclusioni e raccomandazioni**

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

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

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da opuscoli e mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. In VdA, tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, meno di un quinto (17,6%) ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura (30,1% il dato nazionale).

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

---

# Sintesi del rapporto regionale

---

Quali sono i risultati principali?

**Descrizione del campione aziendale:** In Regione Valle d'Aosta è stato intervistato un campione casuale di 267 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 53,6% degli intervistati è rappresentato da uomini e il 46,4% da donne. L'età media è di 44 anni. Il 53,6% ha un livello di istruzione alto e il 70% un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 36,3% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute, mentre solo il 30% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 27,7% del campione e la stessa quota 27,7% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 29,6% dei casi i medici si informano sul grado di attività fisica praticata e nel 24,3% dei casi consigliano genericamente di svolgerla.

**Abitudine al fumo:** Il 27,7% degli intervistati è fumatore e il 22,8% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e nessuno ha dichiarato di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 91% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 27% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare: "ovunque" (6%) o in "alcune zone" (21%).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** Il 27,1% del campione valdostano è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 31% dei casi con dieta e nel 78% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta scarso: solo il 3,7% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando almeno cinque razioni al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni, nelle donne e nelle persone con bassa istruzione.

**Consumo di alcol:** Si stima che il 62,7% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 24% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 9% beve fuori pasto, il 15% è bevitore "binge" e il 6% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano nel 24,5% dei casi sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano di moderarne il consumo al 12,8% dei bevitori a rischio.

**Sicurezza stradale:** l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta soddisfacente: l'88% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 26% degli intervistati. L'11,7% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre l'8% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Infortuni domestici:** Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Valle d'Aosta, non è elevata: l'89,5% 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 31,8%: tra questi, il 17,6% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Vaccinazione antirosolia:** Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 46,2%.

**Rischio cardiovascolare:** Si stima che sia iperteso il 26,2% della popolazione valdostana, tra i 18 e 69 anni; il 75% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 14,2% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa un terzo della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (32,1%) e, tra questi, il 29% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Più di una persona su quattro (26,6%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo l'8,4% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

**Sintomi di depressione:** In Valle d'Aosta il 9% circa delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 95% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita e il 90,2% lo ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 95% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, e il 76,7% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

**Screening tumore del colon retto:** Il 50% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; una colonscopia a scopo preventivo è stata effettuata nel 10,5% dei casi.

# APPENDICE

## Monitoraggio

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

<b>Tasso di risposta</b>	<b>Tasso di sostituzione</b>	<b>Tasso di rifiuto</b>	<b>Tasso di non reperibilità</b>	<b>Tasso di eleggibilità</b>
68%	32%	22%	10%	95%

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:

$$RR1 = \frac{n \text{ interviste}}{n \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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

#### • Tasso di sostituzione

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

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

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

#### • Tasso di rifiuto

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

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

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

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

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

#### • Tasso di non reperibilità

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

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

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

#### • Tasso di eleggibilità "e"

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

$$\frac{n \text{ int.} + \text{rif.}}{n \text{ int} - \text{rif} - \text{resid. altrove} + \text{istruz.} - \text{tec.} - \text{no italiano} + \text{disabili} - \text{fuori dal range di età}} * 100$$