

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale quadriennio 2007-2010



Progetto realizzato con il supporto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

- **a livello aziendale le assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione**

Intervistatori: Patricia Belletti, Luisa De Carlo, Daniela Fabbro, Anna Clara Guastafarro, Frasson Clara, Sabrina Lalla, Beatrice Lazzaro, Viviana Pighin, Sandra Polese, Manola Sgrulletti, Immacolata Torricella.

Coordinatore: Luisa De Carlo

Vice-coordinatore: Daniela Fabbro

- **a livello regionale**

Coordinatore: Tolinda Gallo

- **a livello nazionale**

Il gruppo tecnico nazionale: Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Paolo D'argenio, Angelo D'argenzio, Barbara De Mei, Pirous Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Stefano Menna, Valentina Minardi, Giada Minelli, Massimo Oddone Trinito, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso, Stefania Vasselli.

Un ringraziamento particolare:

- ai Cittadini intervistati per la cortesia e la disponibilità mostrate;
- ai Medici di Medicina Generale per la loro collaborazione;
- al Direttore del Dipartimento di Prevenzione dott. Lucio Bomben;
- al Coordinatore regionale dott.ssa Tolinda Gallo.

Redazione e impaginazione a cura di:

Luisa De Carlo e Daniela Fabbro con la preziosa collaborazione del Dott. Michele Minuzzo (Dipartimento di Prevenzione ASS n.6 "Friuli Occidentale")

Per informazioni sul sistema di sorveglianza PASSI e-mail.: luisa.decarlo@ass6.sanita.fvg.it

Il rapporto PASSI 2007-2010 aziendale e regionale è scaricabile dal sito: www.ass6.sanita.fvg.it

Per maggiori informazioni e approfondimenti visita il sito www.epicentro.iss.it/passi

Il sistema di sorveglianza Passi

Gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche, responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità in Europa. La prevenzione già da tempo è stata individuata come l'elemento essenziale per il futuro della nostra salute, tuttavia tradurre in pratica la necessità di prevenzione e soprattutto identificare e valutare gli interventi di prevenzione che producono l'effetto desiderato può non essere affatto semplice.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione.

Nel 2006, quindi, il Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (ISS) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

PASSI è concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti tra le ASS e le Regioni partecipanti e fornire elementi utili per le attività programmatiche locali.

Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e 2006 in molte Regioni con il coordinamento del Cnesps, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare il Behavioral Risk Factor Surveillance System americano –BRFSS).

Nel 2007, dopo la fase di sperimentazione, PASSI è diventato un sistema di sorveglianza nazionale sui principali comportamenti che influenzano la salute e sull'adozione di misure preventive all'interno della comunità. PASSI si inserisce pienamente tra le azioni di sorveglianza dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie regionali.

Funzionamento del sistema

Assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione dell'ASS n.6, specificamente formate, intervistano telefonicamente un campione di persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche dell'ASS mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età.

La rilevazione (in genere 36 interviste al mese) avviene in maniera continuativa durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande relative a :

- principali fattori di rischio per le malattie croniche inseriti nel programma *guadagnare salute*: sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo;
- rischi cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio;
- programmi di prevenzione oncologica per tumore cervicale, mammario e coloretale;
- vaccinazioni contro influenza e rosolia;
- sicurezza stradale e sicurezza in ambito domestico;
- percezione dello stato di salute e presenza di sintomi depressivi.

Sono disponibili, inoltre, moduli opzionali adottabili dalle Regioni per rispondere a specifiche esigenze informative.

INDICE

	Pagina
Sintesi dei risultati principali	8
<i>Profilo socio-demografico</i>	
Descrizione del campione aziendale	15
<i>Benessere</i>	
Percezione dello stato di salute	21
Sintomi di depressione	24
<i>Guadagnare salute</i>	
Attività fisica	29
Abitudine al fumo	32
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	40
Consumo di alcol	45
<i>Rischio cardiovascolare</i>	
Iperensione arteriosa	51
Ipercolesterolemia	54
Calcolo del rischio cardiovascolare	58
<i>Sicurezza</i>	
Sicurezza stradale	61
Sicurezza domestica	65
<i>Programmi di prevenzione:</i>	
Screening dei tumori del collo dell'utero	69
Screening dei tumori della mammella	73
Screening dei tumori del colon-retto	78
Vaccinazione antirosolia	79

Sintesi dei risultati

Sistema di sorveglianza PASSI 2007-2010

Campione n = 1346

PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO

Descrizione del campione ASS6 " Friuli Occidentale" (%)

	2010
Numerosità	216.452
Uomini	50,7%
Donne	49,3%
Età media	44 anni
18-34	28,3 anni
35-49	34,9 anni
50-69	36,8 anni
Titolo di studio	
nessuno/elementare	13,1%
media inferiore	30,8%
media superiore	43,3%
Laurea	12,9%
Livello di istruzione	
alto ¹	56,1%
basso ²	43,9%
Stato civile	
Coniugati	63,1%
celibi/nubili	27,0%
vedovi/e	4,0%
separati/divorziati	5,9%
Cittadinanza straniera	11,8%
Lavoro regolare ³	69,2%
Difficoltà economiche	
Molte	10,5%
Qualche	34,7%
Nessuna	54,8%

BENESSERE

Percezione dello stato di salute ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2010
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	67,0 (64,4 – 69,5)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica	
0 giorni	57,2,0 (54,5-59,9)
1-13 giorni	34,7 (32,2-37,3)
14+ giorni	8,0(6,7-9,7)

¹ licenza media superiore o laurea

² licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

³ campione compreso tra 18 e 65 anni

Sintomi di depressione ASS6" Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2007-2010
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane ⁴	6,6 (5,3-8,1)
<i>Donne</i>	8,4
<i>Uomini</i>	5,0
<i>18-34 anni</i>	5,3
<i>35-49 anni</i>	6,4
<i>50-69 anni</i>	7,8
<i>almeno 1 patologia cronica</i>	11,2
Ha cercato aiuto da qualcuno ⁵	53,2 (41,5 - 64,7)
Figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>Nessuno</i>	46,8 (35,3 - 58,5)
<i>medico/operatore sanitario</i>	33,8 (23,4 - 45,4)
<i>famiglia/amici</i>	13,0(6,4- 22,6)
<i>Entrambi</i>	6,5 (2,1-14,5)

GUADAGNARE SALUTE**Attività fisica ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)**

	2007-2010
Livello di attività fisica	
<i>attivo</i> ⁶	37,8 (35,2-40,5)
<i>parzialmente attivo</i> ⁷	40,6 (38,0-43,3)
<i>sedentario</i> ⁸	21,6 (19,4-23,9)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁹	32,8 (30,0-35,7)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁹ <small>Errore. Il segnalibro non è definito.</small>	31,6 (28,9-34,5)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	15,3

⁴ score calcolato sulla base al numero di giorni nelle ultime 2 settimane con poco interesse o piacere nel fare le cose o giu' di morale, depresso/a o senza speranza

⁵ Tra le persone depresse, ma la domanda non è stata fatta a tutte le persone che vengono in seguito classificate come depresse utilizzando lo score

⁶ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

⁷ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

⁸ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁹ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Abitudine al fumo ASS6 " Friuli Occidentale" (%- IC 95%)

	2007-2010
Abitudine al fumo	
<i>fumatori</i> ¹⁰	25,6 (23,3-28,1)
<i>Uomini</i>	30,2
<i>Donne</i>	20,9
<i>ex fumatori</i> ¹¹	21,8
<i>non fumatori</i> ¹²	52,6
Fumatore	
<i>Occasionale</i>	6,5 (4,2-9,9)
<i>Quotidiano</i>	88,0 (83,9-91,3)
<i>forte</i>	5,6 (3,4 - 8,8)
Fumatori	
18-24	34,9
25-34	30,8
35-49	27,9
50-69	19,0
Livello di istruzione	
<i>Nessun titolo/elementare</i>	15,9
<i>Scuola media inferiore</i>	30,9
<i>Scuola media superiore</i>	24,9
<i>Laurea</i>	24,9
Difficoltà economiche	
<i>Molte</i>	31,9
<i>Qualche</i>	29,4
<i>Nessuna</i>	22,0
Numero medio di sigarette fumate al giorno	12 sigarette
Chiesto se fuma	
<i>a tutto il campione</i>	45,4 (42,5-48,4)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori)	57,1 (49,9-64,3)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	49,2 (43,9-54,4)
Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):	
<i>sempre o quasi sempre</i>	90,4 (88,2 - 92,3)
Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici:	
<i>sempre o quasi sempre</i>	93,5 (91,9-94,8)

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari ASS6 " Friuli Occidentale" (%- IC 95%)

	2007-2010
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>Sovrappeso</i>	32,3(29,9-34,9)
<i>Obeso</i>	11,0 (9,4-12,8)
<i>sovrappeso/obeso</i>	43,3(40,7- 46,0)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹³	
<i>Sovrappeso</i>	48,6
<i>Obeso</i>	76,5
<i>sovrappeso/obeso</i>	28,1
Consigliato di fare attività fisica da un medico o operatore sanitario ¹¹	
<i>Sovrappeso</i>	77,7
<i>Obeso</i>	69,6

¹⁰ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

¹¹ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

¹² meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

¹³ solo tra chi e' andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no

<i>sovrappeso/obeso</i>	40,3 (35,9-44,9)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10,4

Consumo di alcol ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2007-2010
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ¹⁴	68,6 (66,0 - 71,0)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	11,7 (10,1-13,6)
Bevitori binge ¹⁵	7,7 (6,1-9,7)
Forti bevitori ¹⁶	13,4(11,7 - 15,4)
Bevitori a rischio ¹⁷	19,8 (17,3-22,5)
Bevitori a rischio ¹⁸	27,8 (23,5-32,6)
Chiesto dal medico sul consumo	19,5 (17,2-21,9)

RISCHIO CARDIOVASCOLARE**Ipertensione arteriosa ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)**

	2007-2010
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85,9 (83,9 - 87,7)
Personche riferiscono di essere ipertese ¹⁹	21,7 (19,4- 24,1)

Colesterolemia ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2007-2010
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	79,3 (78,8-79,8)
Personche riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²⁰	22,1 (19,7 - 24,8)

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni) " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2007-2010
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ²¹	4,6 (3,4 - 6,2)

SICUREZZA**Sicurezza stradale ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)**

	2007-2010
Personche utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ²²	
<i>casco sempre</i>	91,9 (90,3-93,3)
<i>cintura anteriore sempre</i>	37,1 (34,2-40,1)
<i>cintura posteriore sempre</i>	37,1 (34,2-40,1)
Guida sotto effetto dell'alcol ²³	14,0 (11,8-16,4)

¹⁴ una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

¹⁵ nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

¹⁶ più di due unità/gg per gli uomini e più di una per le donne (nuova definizione)

¹⁷ bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

¹⁸ bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori (nuova definizione)

¹⁹ tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa

²⁰ tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

²¹ su tutte le persone ≥ 35 anni, senza patologie CV

²² calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

Sicurezza domestica ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2007-2010
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	88,3 (86,5 – 90,0)
Dichiarano di aver modificato comportamenti o adottato misure preventive ²⁴	30,8 (29,4-32,2)
Dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	24,0 (23,5-24,5)

PROGRAMMI DI PREVENZIONE**Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni)ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)**

	2007-2010
Effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni	85,0 (81,6 – 87,7)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	61,2 (56,9 – 65,3)
Donne che hanno effettuato il test di screening spontaneamente	38,8 (34,7-43,1)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	86,8 (83,5 – 89,4)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	62,9 (58,6 – 66,9)
Donne che hanno visto una campagna informativa	75,7 (71,8 – 79,3)
Donne che hanno effettuato un pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)	
0 interventi	50,0
1 intervento	78,0
2 interventi	86,8
tutti e 3 gli interventi	89,7

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50-69 anni) ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

	2007-2010
Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	82,0 (76,7 – 86,6)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	50,7 (45,4 – 56,0)
Donne che hanno effettuato il test di screening spontaneamente	21,1 (17,0 - 25,8)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	65,5 (59,9 – 70,8)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	64,3 (58,8 – 69,9)
Donne che hanno visto una campagna informativa	84,1 (79,6 – 87,9)
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)	
0 interventi	3,2 (1,6 - 6,0)
1 intervento	18,2 (14,2 – 23,0)
2 interventi	39,9 (34,5 – 45,6)
tutti e 3 gli interventi	38,7(33,3 – 44,3)

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni) ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)

²³ aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg

²⁴ Calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

2007-2010

Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	45,9 (37,6 – 54,3)
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	6,3 (2,9 – 11,5)
Ha ricevuto la lettera dell' ASL	56,8 (48,4 – 65,0)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	31,0 (23,6 – 39,2)
Ha visto una campagna informativa	53,4 (45,0 – 61,7)
Personale che hanno eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o una colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa)	
<i>0 interventi</i>	16,4 (10,8 – 23,5)
<i>1 intervento</i>	37,7 (29,8 – 46,1)
<i>2 interventi</i>	34,2 (26,6 – 42,5)
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	11,6 (6,9 -18,0)

Vaccinazione antirosolia " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)**2007-2010**

Donne vaccinate (18-49 anni)	39,0 (34,3 – 43,9)
Donne suscettibili ²⁵ (18-49 anni)	37,5 (32,9 – 42,4)

Vaccinazione antinfluenzale ASS6 " Friuli Occidentale" (% - IC 95%)**2007-2010**

Vaccinati 18-64 (campagna antinfluenzale 2007-08)	11,0 (8,5 – 14,21)
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia cronica	30,6

²⁵ Donna suscettibile = non e' stata vaccinata o non ha effettuato mai il rubeotest

- Il campione aziendale 2010 pag. 15



Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 216.452 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2009 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASS6 " Friuli Occidentale" della regione F.V.G..

Da gennaio 2010 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 396 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

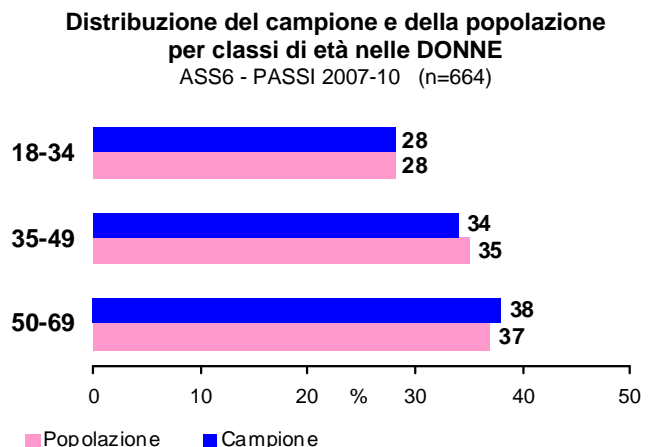
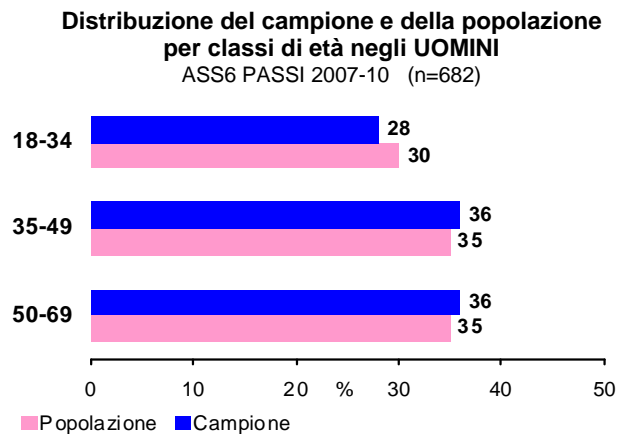
La ASS6 hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati il 6% delle persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta²⁶ è risultato del 92%, il tasso di sostituzione²⁷ del 8% e quello di rifiuto²⁸ del 5% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- Nella ASS6, il campione intervistato (1346 persone) è risultato composto in maniera quasi sovrapponibile da donne e uomini (51% uomini, 49% donne); l'età media complessiva è di 45 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 28% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 37% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale²⁹, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.



²⁶ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

²⁷ Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

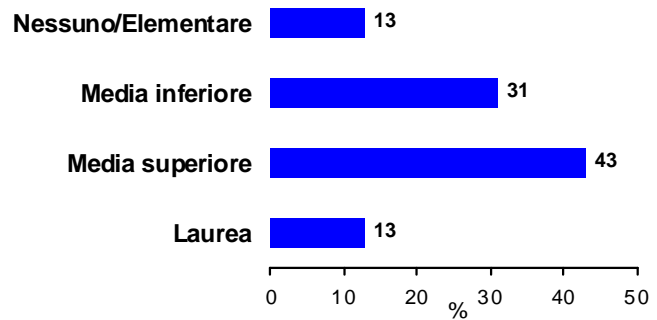
²⁸ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

²⁹ relativa al 2010.

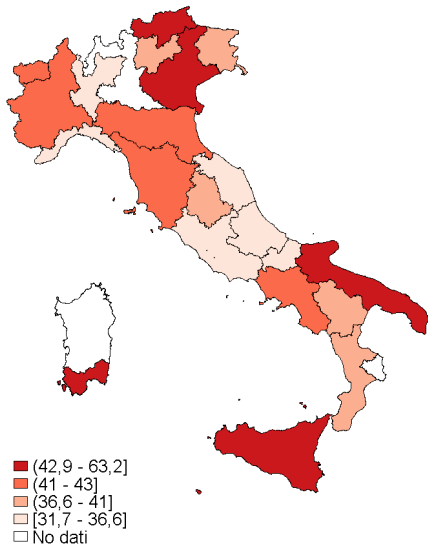
Il titolo di studio

- Nella ASS6 il 13% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 13% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

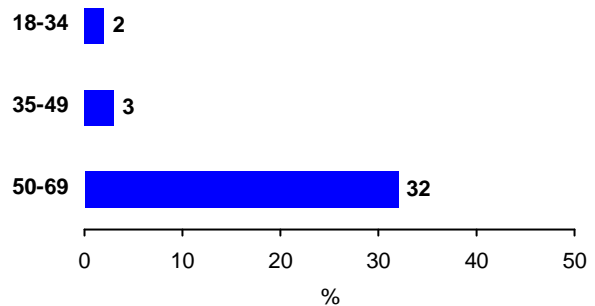
Campione per titolo di studio
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1346)



Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2010



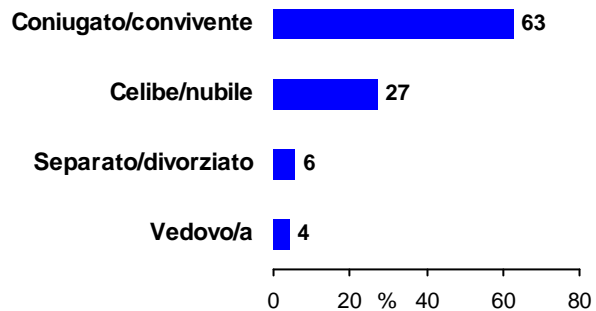
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1345)



Lo stato civile

- Nella ASS6 i coniugati/conviventi rappresentano il 63% del campione, i celibi/nubili il 27%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi il 4%.
- A livello regionale, queste percentuali sono rispettivamente del 57%, 32%, 7% e 4%, mentre a livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale risultano 61%, 31% e 5%.

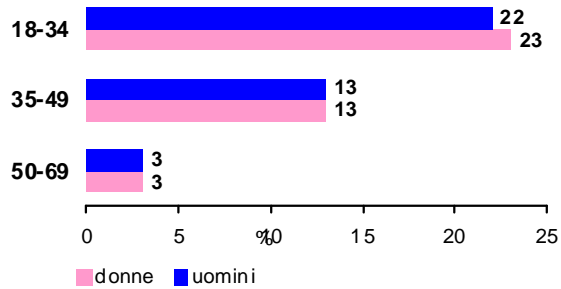
Campione per categorie stato civile
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1346)



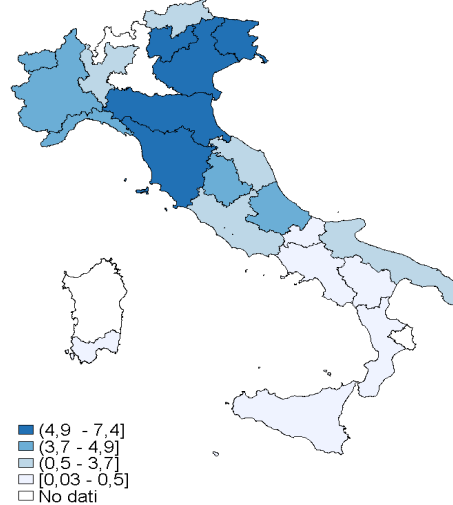
Cittadinanza

- Nella ASS6 la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 12% della popolazione. Nel campione il 12% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani : in particolare nella fascia 18-34 anni l'23% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- A livello regionale e delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato rispettivamente il 7% e il 3% degli intervistati.

% di stranieri per sesso e classi di età
ASS6 - PASSI 2007-10 (n = 1346)



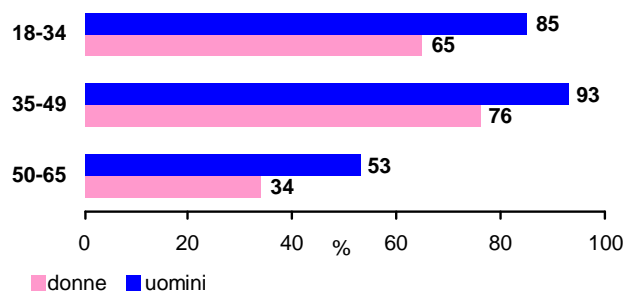
% di stranieri
Pool PASSI 2010



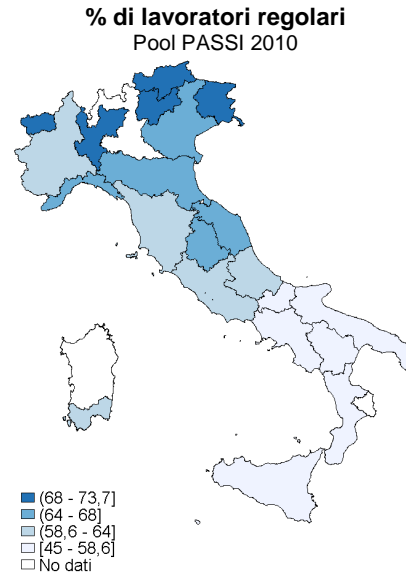
Il lavoro

- Nella ASS6 il 69% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (60% contro 78%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel campione regionale e nel pool delle AUSL partecipanti a livello nazionale.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASS6 - PASSI 2007-10



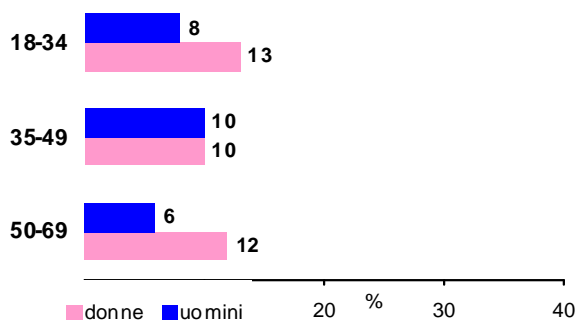
- A livello regionale e delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente rispettivamente il 69% e il 60% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.



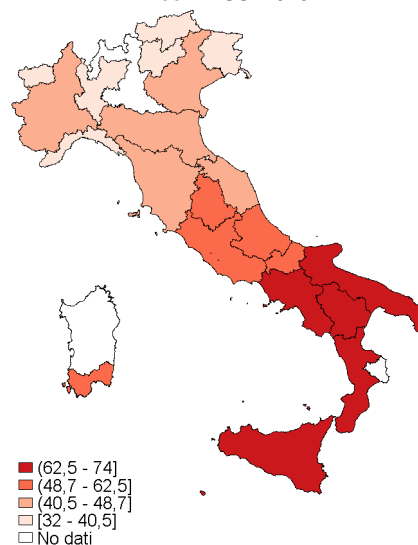
Difficoltà economiche

- Nella ASS6:
 - il 55% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 35% qualche difficoltà
 - il 11% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente minori difficoltà economiche rispetto agli uomini (9% contro 12%). Infatti nella classe 35-49 hanno maggiori difficoltà gli uomini (12% vs 5%).
- A livello regionale
 - il 59% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 33% qualche difficoltà
 - il 7% molte difficoltà economiche.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
 - il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 41% qualche difficoltà
 - il 14% molte difficoltà economiche.
 La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASS6 - PASSI 2007-10 (N = 470)



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2010



Conclusioni

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

Il confronto del campione con la popolazione della ASS6 indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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

BENESSERE

- Percezione dello stato di salute pag. 21
- Sintomi di depressione pag. 24



Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASS6 “ Friuli Occidentale” il 67% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 30% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente*

ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1346)

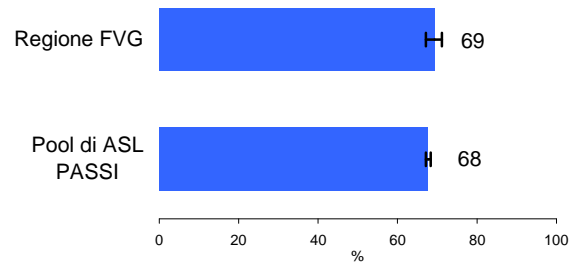
Caratteristiche	%
Totale	67,0
Età	
18 - 34	83,4
35 - 49	71,9
50 - 69	49,8
Sesso	
uomini	69,6
donne	64,4
Istruzione	
nessuna/elementare	43,2
media inferiore	67,8
media superiore	70,2
laurea	78,6
Difficoltà economiche	
molte	57,4
qualcuna	65,5
nessuna	69,9
Patologie severe^{oo}	
almeno una	38,6
assente	73,0

*persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

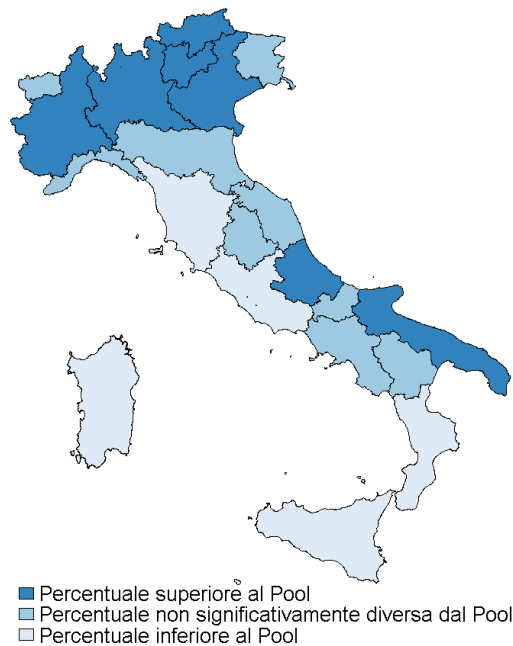
^{oo}almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Nelle ASL della Regione, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range dal 62% di ASS 5 al 73% di ASS 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 68% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



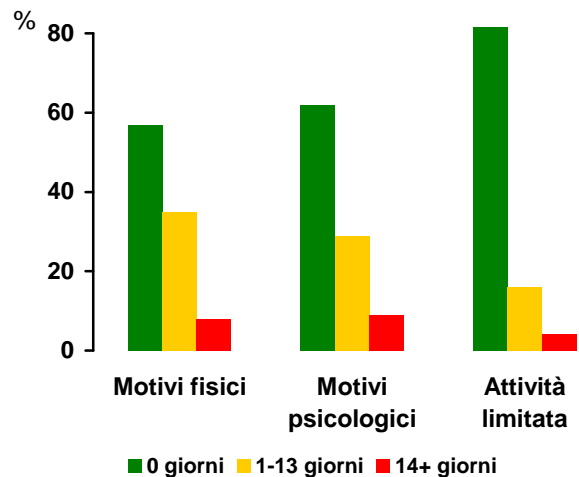
% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Pool PASSI 2007-10



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

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASS6 - PASSI 2007-10

- Nella ASS6 la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (57% in buona salute fisica, 62% in buona salute psicologica e 80% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8%), per motivi psicologici (9%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).



Giorni percepiti in cattiva salute al mese

ASS6 - PASSI 2009 (n=1346)

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

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 2 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie severe.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

Conclusioni e raccomandazioni

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe. Questi gruppi della popolazione, con una peggiore qualità della vita in relazione allo stato di salute, sono i più vulnerabili e consumano più risorse sanitarie: dovrebbero, quindi, ricevere un'attenzione dedicata nella sorveglianza, nella ricerca e nell'offerta dei servizi.

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

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

Sintomi di depressione

La depressione è un disturbo mentale che si presenta con umore caratterizzato con sentimenti di tristezza e sensazione di vuoto interiore, perdita di interesse e piacere, sensi di colpa e autosvalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e scarsa capacità di concentrazione. Questi problemi possono diventare cronici o ricorrenti e possono condurre ad una sostanziale compromissione della capacità di prendersi cura delle proprie responsabilità nella vita quotidiana. Nelle sue manifestazioni estreme la depressione può portare al suicidio, a causa del quale ogni anno muoiono in Italia circa 4 mila persone ogni anno. L'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

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

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

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

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASS6 circa l'7% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.

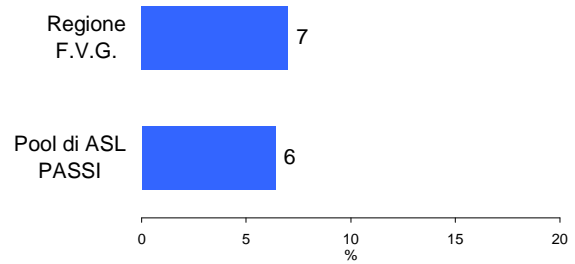
Sintomi di depressione	
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1336)	
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)
Totale	7
Classi di età	
18 - 34	5,3
35 - 49	6,4*
50 - 69	7,8*
Sesso	
uomini	5,0
donne	8,2
Istruzione	
nessuna/elementare	10,3
media inferiore	6,8
media superiore	5,7*
laurea	5,3
Difficoltà economiche	
molte	15,8
qualche	5,8
nessuna	5,3
Stato lavorativo	
lavora	5,0
non lavora	9,4
Patologie severe	
almeno una	11,2
nessuna	5,6

°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3

- Tra le ASS regionali, non emergono differenze statisticamente significative nelle persone con sintomi di depressione (range 4% ASS3 "Alto Friuli" 11% ASS2 "Isontina").
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 6%.

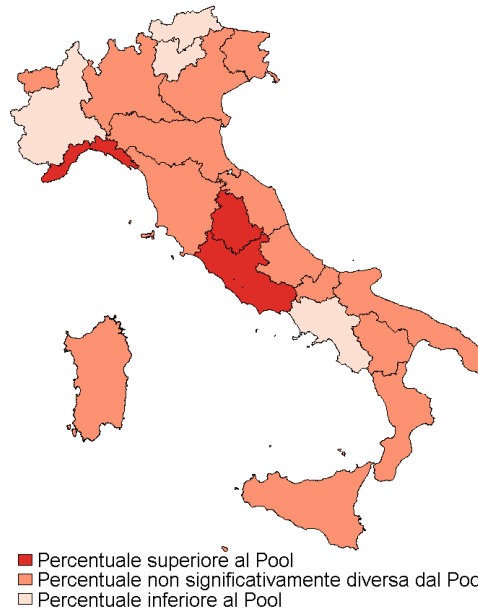
Persone con sintomi di depressione (%)

Regione F.V.G
e Pool PASSI 2010



Persone con sintomi di depressione (%)

Pool PASSI 2007-10



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

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - 38% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 64% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

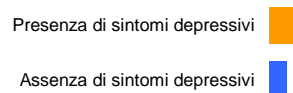
Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1336)

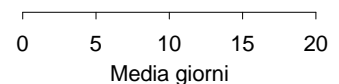
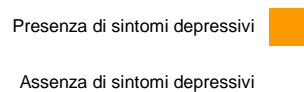
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



Giorni con limitazione di attività

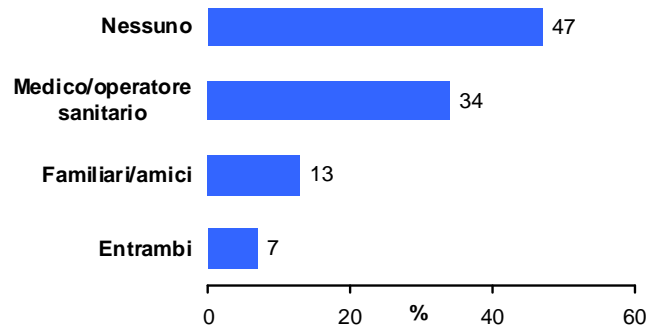


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 53% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (34%), a familiari/amici (13%) o ad entrambi (7%).

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

ASS6 - PASSI 2007-10 (n=88)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS6 "Friuli Occidentale" si stima che circa 1 persona su 14 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari. In tal senso sarebbe necessario promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità sulla depressione perché chi ne è affetto possa giovare delle informazioni e del supporto utili a risolvere il problema.

I TEMI DI "Guadagnare Salute"

- Attività fisica pag. 29
- Abitudine al fumo pag. 32
- Situazione nutrizionale e abitudini alimentari pag. 40
- Consumo di alcol pag. 45

Attività fisica

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

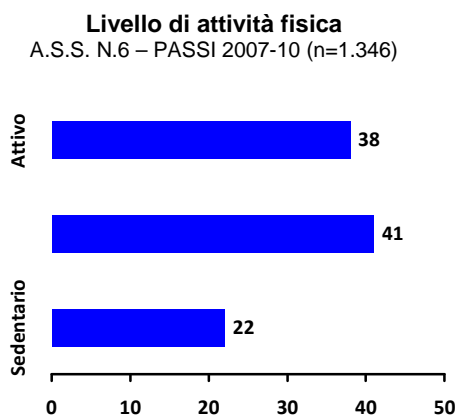
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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

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

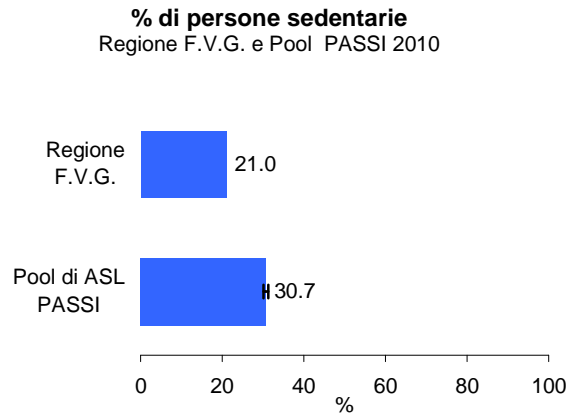
Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- Nella A.S.S. N.6 il 38% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 41% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 22% è completamente sedentario.
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.



Sedentari		
A.S.S. N.6 – PASSI 2007-10 (n=1.346)		
Caratteristiche	% (IC95%)	
Totale	21,6	19,4 – 23,9
Classi di età		
18-34		16,8
35-49		24,7
50-69		22,2
Sesso		
uomini		20,6
donne		22,6
Istruzione		
nessuna/elementare		27,3
media inferiore		23,9
media superiore		19,8
laurea		16,2
Difficoltà economiche		
molte		24,1
qualche		22,2
nessuna		20,4

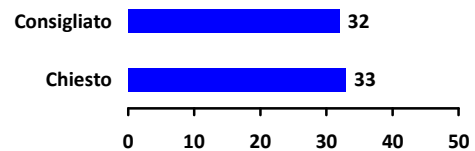
- Nella Regione F.V.G nel 2010, il 21% del campione è risultato essere sedentario.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



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

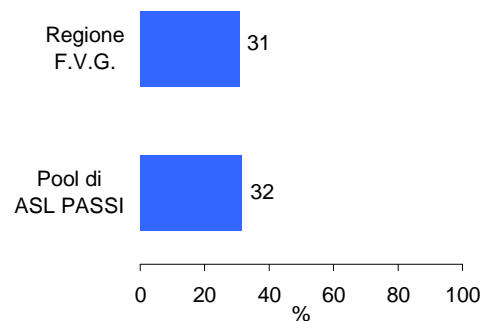
- Nella A.S.S. N.6 solo il 33% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
A.S.S. N.6 – PASSI 2007-10



- Nella Regione F.V.G., nel 2007-2010 la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 22% ASS 1 "Triestina" - 35% .ASS 6 "Friuli Occidentale".
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 32%, con un evidente gradiente territoriale.

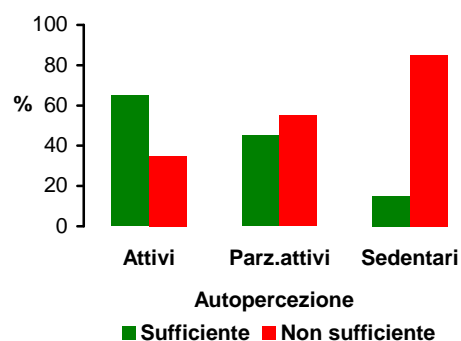
% di persone a cui l'operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 35% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 45% delle persone parzialmente attive ed il 15% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
A.S.S. N.6 – PASSI 2007-10 (n=1.346)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella A.S.S. N.6 si stima che solo una persona adulta su tre (33%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 22% può essere considerato completamente sedentario.

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

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

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

L'abitudine al fumo

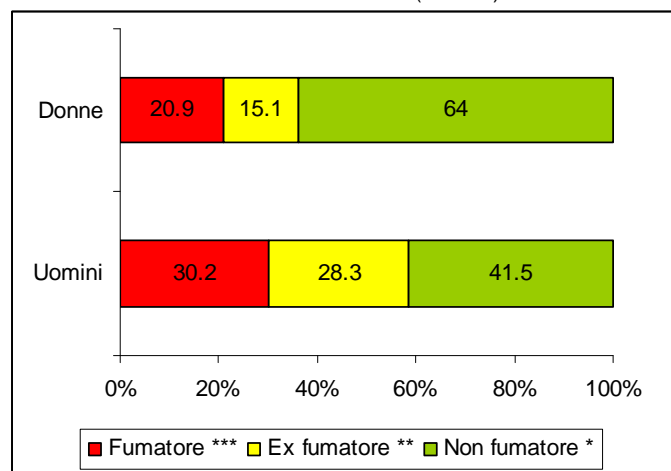
Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio di numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta nella ASS 6 "Friuli Occidentale" :
 - il 53% degli intervistati ha riferito di essere non fumatore
 - il 26% di essere fumatore
 - il 22% di essere un ex fumatore.
- Il 2% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono 7%.
- Nella ASL della Regione F.V.G. nel 2010 la % di fumatori è del 28% (di cui 1% è in astensione da meno di 6 mesi), il 26% è ex fumatore e il 48% è non fumatore.
- Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 54% è non fumatore.

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso

ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1346)



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

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

***Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

Fumatori

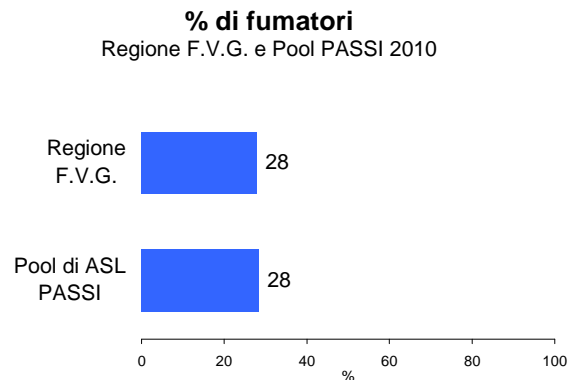
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto i 50 anni (soprattutto nella fascia 18-34 anni)
 - tra gli uomini
 - tra le persone con difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 27% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=1346)

Caratteristiche	Fumatori° % (IC95%)	
Totale	25,6	23,3 28,1
Classi di età		
18 - 24		34,9
25 - 34		30,8
35 - 49		27,9
50 - 69		19,0
Sesso		
uomini		30,2
donne		20,9
Istruzione		
nessuna/elementare		15,9
media inferiore		30,9
media superiore		24,9
laurea		24,9
Difficoltà economiche		
molte		31,9
qualcuna		29,4
nessuna		22,0

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 anche i *fumatori in astensione*)

- Tra le ASL regionali nel 2010 non emergono differenze significative per quanto riguarda la prevalenza di fumatori (range dal 23% dell'ASS3 "Alto Friuli" al 36% dell'ASS1 "Triestina").
- Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi).



Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

- Si è osservata una prevalenza più elevata di ex fumatori:
 - tra le persone tra i 50 anni e 69 anni
 - tra gli uomini
 - tra le persone senza difficoltà economiche.

Ex fumatori

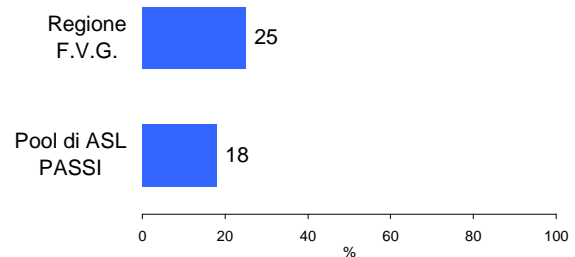
ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=1346)

Caratteristiche	Ex fumatori* % (IC95%)
Totale	21,8 19,6 24,1
Classi di età	
18 - 24	3,2
25 - 34	15,4
35 - 49	18,7
50 - 69	31,1
Sesso	
uomini	28,3
donne	15,1
Istruzione	
nessuna/elementare	22,7
media inferiore	21,3
media superiore	21,6
- - -	- - -

- Nella Regione F.V.G. la prevalenza degli ex fumatori è del 25% .
- Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 18% è ex fumatore

% ex di fumatori

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010

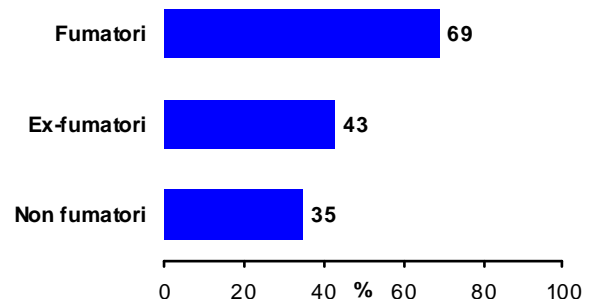


A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Circa il 45% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
 - il 69% dei fumatori
 - il 43% degli ex fumatori
 - il 35% dei non fumatori.

% di persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario

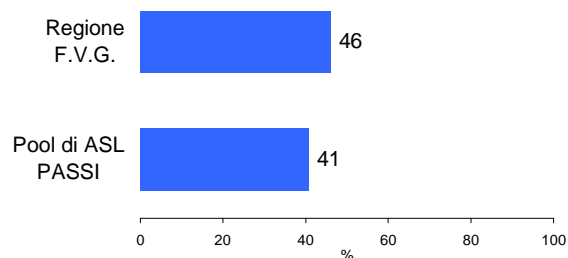
ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=1159)*



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

- Tra le ASL regionali nel 2010, al 46% delle persone è stato chiesto se fuma. Non ci sono differenze statisticamente significative tra le ASS regionali. (range dal 39% ASS1 al 51% dell'ASS6).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, la percentuale è pari al 41%.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
 Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010

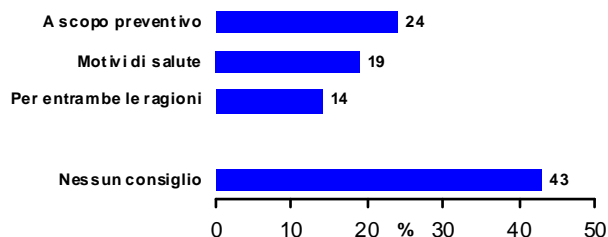


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Nell'anno 2010, tra i fumatori, il 57% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Per questo indicatore l'analisi si limita all'anno 2010 a causa di modifiche nel questionario nello stesso anno, che non consentono l'analisi di quadriennio.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (24 %).

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

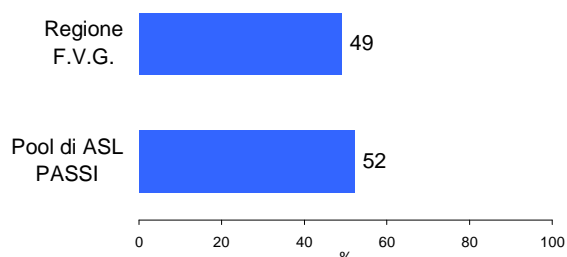
ASS 6 "Friuli Occidentale" - Passi 2010 (n=267)*



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

- Nelle ASL regionali nel 2010 non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare 49% (range dal 39% dell'ASS1 al 58% dell'ASS6).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, la percentuale è risultata pari al 52%.

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare
 Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



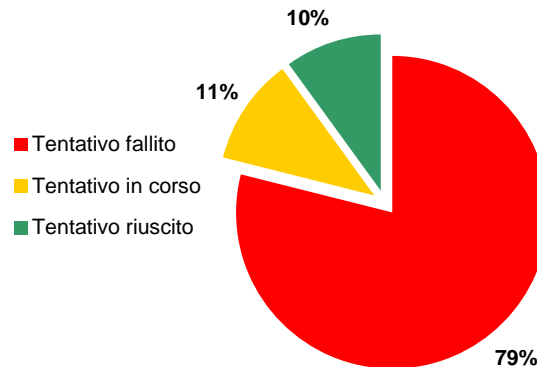
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 49% ha tentato di smettere.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASS6 - Passi 2007-10 (n=1346)

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'79% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- l'11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).



Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 95% l'ha fatto da solo, il 2% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

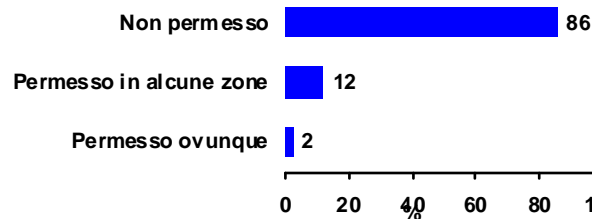
Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

Nel 2010 rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASS 6 "Friuli Occidentale":

- il 86% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 12% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 2% che si fuma ovunque.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ASS 6 "Friuli Occidentale" - Passi 2010 (n=396)



In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'92% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

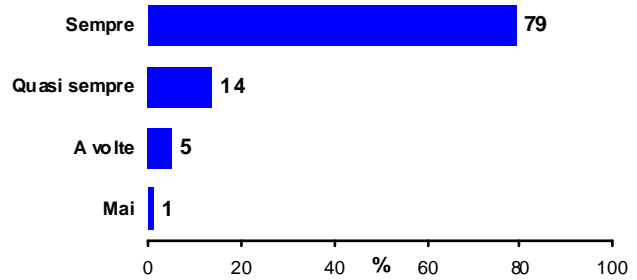
Nelle ASS della regione F.V.G. nel 2010 l'82% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (91% in presenza di minori di 15 anni).

Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel 2010 il 93% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (79%) o quasi sempre (14%).
- L'1% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (5%).
- Nelle ASL regionali nel 2010, il 96 % degli intervistati ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre . Senza differenze statisticamente significative tra ASS regionali.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

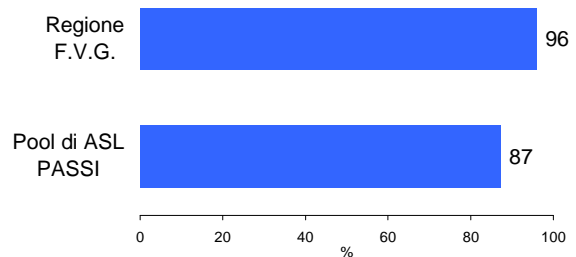
Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici ASS 6 "Friuli Occidentale"- Passi 2010* (n=368)



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

% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici

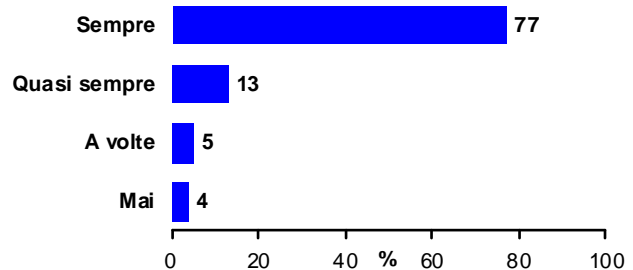
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 77% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre (13%).
- Il 4% a dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (5%).
- Nelle ASL regionali nel 2010, non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo sul luogo di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre (range dall'89% dell'ASS2 al 93% dell'ASS6).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

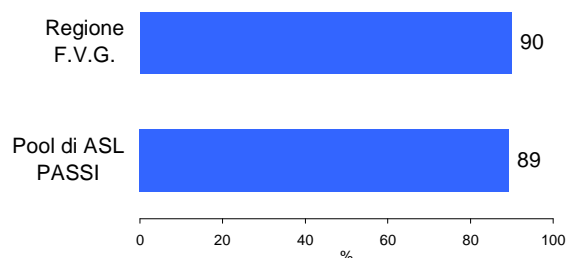
Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro ASS 6 "Friuli Occidentale" – Passi 2007-10 (n= 845)*



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

% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro

Regione F.V.G e Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS6 “ Friuli Occidentale” come a livello regionale (nazionale), si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

Più di un fumatori su due hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

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

L’esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

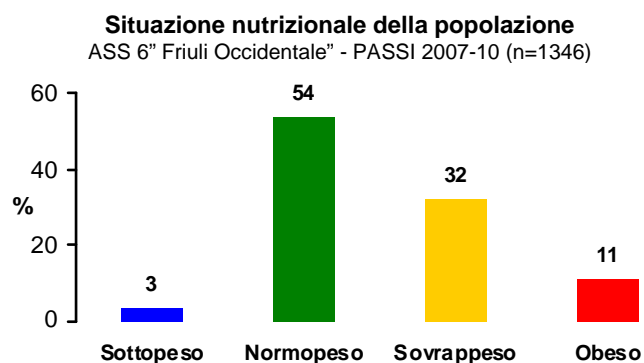
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato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

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54 normopeso, il 32% sovrappeso e 11% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



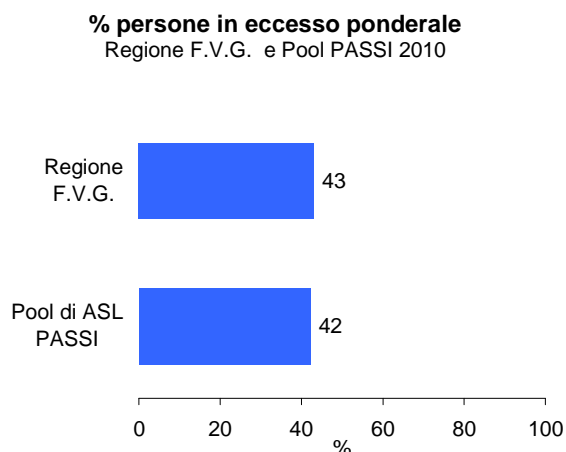
Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

- L'eccesso ponderale è più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (55% vs 31%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
- Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.

Popolazione con eccesso ponderale
ASS6 - PASSI 2007-10 (n = 1345)

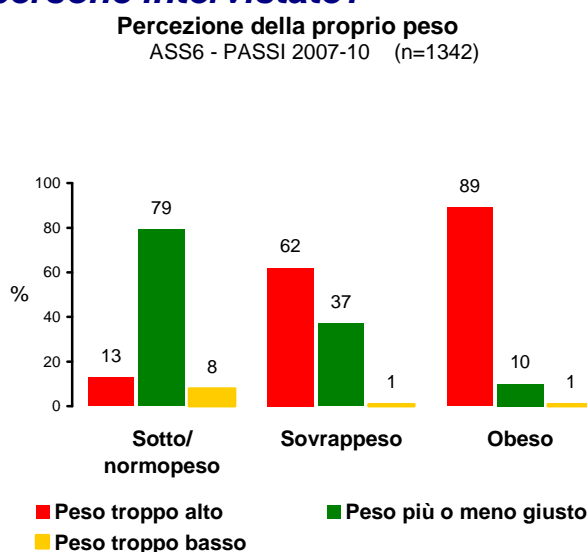
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC95%)		Obesi % (IC95%)	
Totale	32,3	29,9-34,9	11,0	9,4-12,8
Classi di età				
18 - 34	22,6		5,8	
35 - 49	30,9		9,4	
50 - 69	41,3		16,6	
Sesso				
uomini	42,2		12,9	
donne	22,2		9,0	
Istruzione				
nessuna/elementare	41,5		18,8	
media inferiore	32,2		13,1	
media superiore	30,1		9,1	
laurea	31,2		4,6	
Difficoltà economiche				
molte	34,0		14,9	
qualche	31,1		11,2	
nessuna	32,9		10,1	

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (33% in sovrappeso e 10% obesi).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 10% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

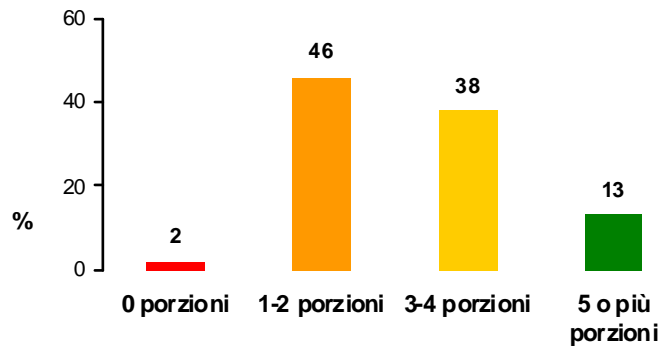
- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASS 6 “Friuli Occidentale” si osserva un’alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (89%) e nei normopeso (79%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 37% ritiene il proprio peso giusto e l’1% troppo basso.



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

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 46% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 38% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 13% le 5 porzioni raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=1346)



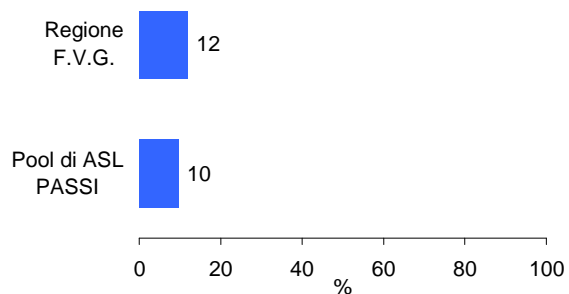
- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni
 - nelle donne (16%)
 - nelle persone con basso livello d'istruzione (21%)
 Non emergono differenze legate allo stato nutrizionale ed alla condizione economica.

Consumo di frutta e verdura
ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=1346)

Caratteristiche		Adesione al "5 a day"° % (IC95%)	
Totale		13,4	11,6- 15,37
Classi di età			
	18 - 34		8,7
	35 - 49		9,4
	50 - 69		20,8
Sesso			
	uomini		10,9
	donne		16,0
Istruzione			
	nessuna/elementare		20,5
	media inferiore		10,4
	media superiore		13,4
	laurea		13,3
Difficoltà economiche			
	molte		11,3
	qualche		13,1
	nessuna		13,8
Stato nutrizionale			
	sotto/normopeso		12,9
	sovrappeso		13,6
	obeso		15,5

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, la percentuale di persone intervistate che aderisce al "five a day" è del 12%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione (13% nel Nord-Est Italia).

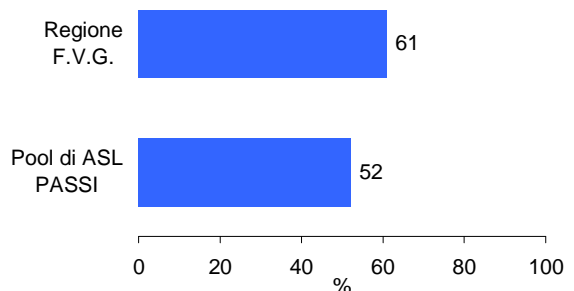
% persone che aderiscono al "five a day"
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



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

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 56% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 49% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese.
- Nella ASS della Regione F.V.G. nel 2010, l'54% di persone intervistate in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio del medico di perdere peso.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese).

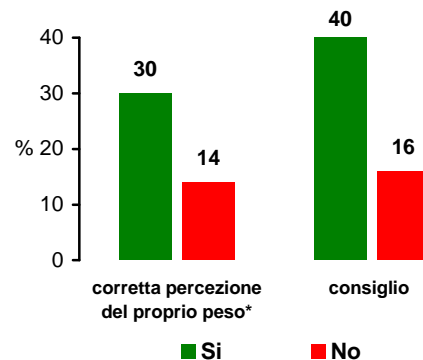
% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



- Il 28% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (24% nei sovrappeso e 40% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
 - nelle donne (38% vs 23% negli uomini)
 - negli obesi (40% vs 24% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (30%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (40% vs 16%).

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

ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=1346)



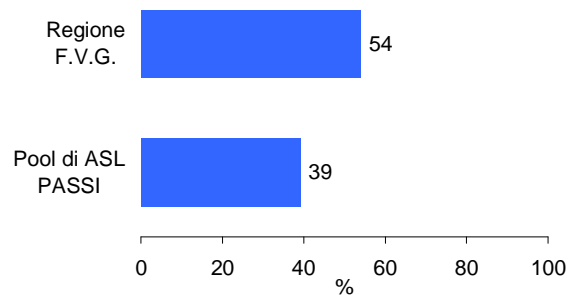
* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=429)

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

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 24% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (22% nei sovrappeso e 30% negli obesi). Il 40% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso e il 46% di quelle obese.
- Circa il 75% delle persone in eccesso ponderale praticano un'attività fisica moderata sia che abbiano ricevuto o meno il consiglio del medico.

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica è il 54% varia dal 44% dell'ASS1 al 61% dell'ASS5.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 36% delle persone in sovrappeso e il 49% degli obesi.

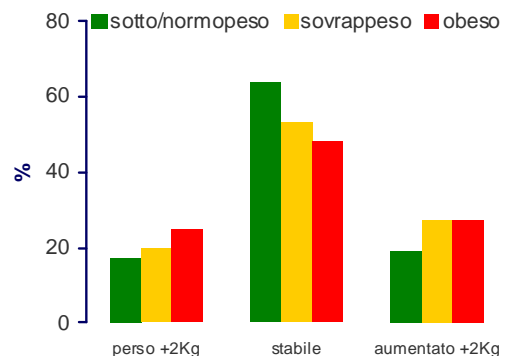
% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica.
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASS 6 “Friuli Occidentale” il 23% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia 18-34 anni (29% vs 23% 35-49 anni e 17% 50-69 anni)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (27% obesi e il 27% sovrappeso vs 19% normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra donne (25%) e uomini (21%).

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1346)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nella ASS 6 “Friuli Occidentale” quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

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

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 40% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (75%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (13%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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

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

Consumo di alcol

L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile - dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia). Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (Daly). Si stima inoltre che le morti attribuibili all'alcol ammontino a circa 2.255. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

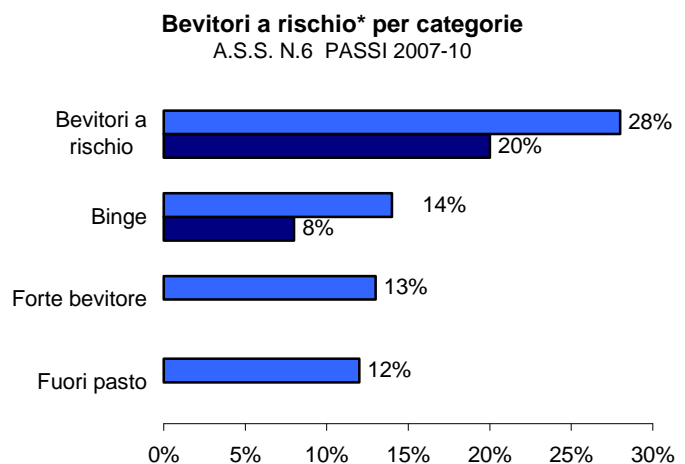
Nel presente rapporto vengono considerati comportamenti a rischio tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e il *binge drinking*, ossia il consumo almeno una volta al mese di 5 o più (per gli uomini) e 4 o più (per le donne) unità di bevanda alcolica in un'unica occasione.

La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono 3 o più unità alcoliche al giorno e le donne che bevono 2 o più unità (in passato 4 o più unità per gli uomini e 3 o più per le donne).

L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Quante persone consumano alcol?

- Nella A.S.S. N.6 la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 69%.
- Rispetto al consumo a rischio nel 2007-2010:
 - il 13% degli intervistati è classificabile come un **forte bevitore** (assunzione di 3 o più unità al giorno per gli uomini e di 2 o più per le donne);
 - il 11,7% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto.
 - Per quanto riguarda i bevitori *binge*, nel 2010, il 28% degli intervistati della A.S.S. N.6 può essere classificabile come bevitore binge. Questa percentuale è leggermente più alta rispetto a quella del triennio precedente, 2007-2009 (8%), perché nel 2010 i valori che definiscono il consumo binge sono variati da "aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche" a "5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne".
- Il 41% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.



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

- Complessivamente può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa:
 - nel 2007-09 il 20% degli intervistati;
 - nel 2010 il 28%.

L'incremento osservato per il binge drinking si ripercuote anche sulla percentuale di bevitori a rischio del 2010, definiti tali o perché consumatori binge o perché forti bevitori o perché bevitori fuori pasto oppure per una combinazione delle tre modalità

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

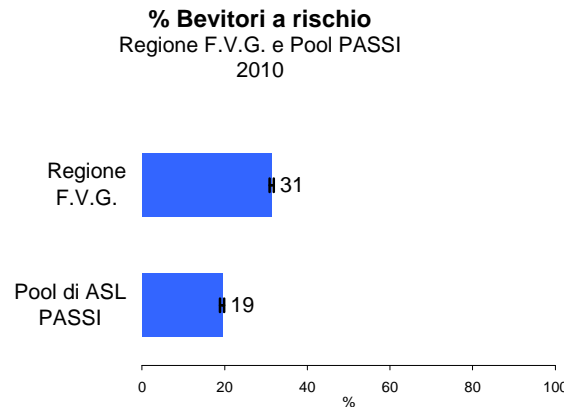
- Nel 2010 il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:
 - nelle classi di età più giovani 18-34 anni: nei 18-24enni quasi la metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (44%);

Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)
ASS 6 - PASSI 2010 (n=396)

Caratteristiche	Bevitori a rischio* % (IC95%)	
Totale	27,8	23,5 – 32,6
Classi di età		
18 - 24		44,4
25 - 34		42,9
35 - 49		20,6
50 - 69		22,6
Sesso		
uomini		34,8
donne		20,6
Istruzione		
nessuna/elementare		20,0
media inferiore		26,0
media superiore		29,7
laurea		34,7
Difficoltà economiche		
molte		30,6
qualche		25,0
nessuna		29,9

* Sono considerati a rischio i forti bevitori, i bevitori fuori pasti e i *binge*

- Nella Regione F.V.G. nel 2010 la percentuale di bevitori a rischio è stata del 31% (14% consumo forte, 16% consumo binge, 15% consumo fuori pasto).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19% (9% consumo forte, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.



Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

- Nel 2010, il 14% degli intervistati della ASS6 può essere classificabile come bevitore binge.
- Questa modalità di consumo di alcol risulta significativamente più diffusa:
 - negli uomini (20% vs 7% nelle donne).
- Non si rilevano differenze riguardo l'età, il livello di istruzione e le condizioni economiche.

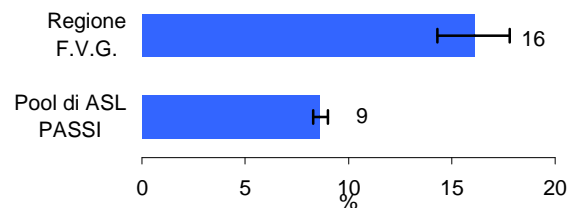
Consumo binge* (ultimo mese)		ASS6 - PASSI 2010 (n=396)	
Caratteristiche		Bevitori binge* % (IC95%)	
Totale		13,7	10,5 – 17,5
Classi di età			
	18 - 24		25,0
	25 - 34		16,9
	35 - 49		12,5
	50 - 69		10,3
Sesso			
	uomini		20,4
	donne		6,7
Istruzione			
	nessuna/elementare		8,0
	media inferiore		14,5
	media superiore		15,8
	laurea		10,2
Difficoltà economiche			
	molte		22,2
	qualche		12,9
	nessuna		12,8

* consumatore *binge*: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità di bevanda alcolica in una sola occasione

- Nella Regione F.V.G. nel 2010 la percentuale di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative (range dal 14% dell'ASS6 " Friuli Occidentale" al 21% dell'ASS2 "Isontina").
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, la percentuale di bevitori binge è risultata del 9%.

Percentuale di bevitori binge

Regione F.V.G e Pool PASSI
2010

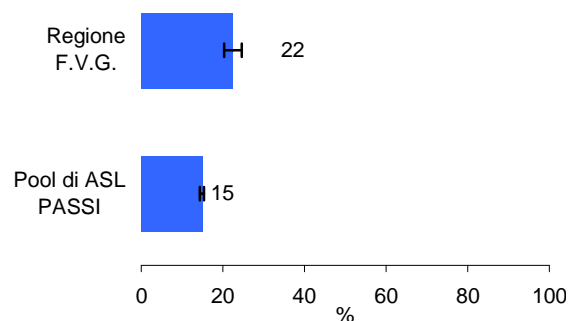


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nella ASS6 nel periodo 2007-10 solo il 20% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Nella Regione F.V.G. nel 2010 la percentuale di intervistati che ha riferito che un medico o operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol è del 22%; mentre il 6% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo.
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, nel 2010 il 15% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

Regione F.V.G e Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Il 31% dei residenti nella ASS6 “Friuli Occidentale” non beve alcol e il 70% delle persone che consumano alcool beve moderatamente. Tuttavia, si stima che più di un quarto degli adulti abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni quasi un giovane su due (44%) è classificabile come bevitore a rischio. A differenza di altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol non risulta maggiormente diffuso nelle persone con molte difficoltà economiche o con più bassi livelli di istruzione. I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) sia negli operatori sanitari. Nonostante la capacità del medico di affrontare l'argomento “alcol” con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente (OMS, 2009) e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, rimane scarso l'interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti: solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata (Lancet, 2009) l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare su prezzo e reperibilità del prodotto. Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali sui bevitori a rischio. Nell'ottica del programma Guadagnare Salute, infine, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista far diventare l'alcol più costoso e meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci nella riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Per approfondire:

- Rapporto nazionale Passi 2009: Attività fisica
http://www.epicentro.iss.it/passi/alcol/alcol_Passi09.pdf
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO, Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009
<http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>
- WHO, Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009
- The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 26 giugno 2009
- Ministero della salute “Piano nazionale alcol 2007-2009”, 2007
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organisation, 2009.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

- Ipertensione arteriosa pag. 51
- Ipercolesterolemia pag. 54
- Calcolo del rischio cardiovascolare pag. 58



Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta e verdura, e di pesce; negativo: eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, ecc.).

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità ed isolamento sociale.

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

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative ed amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma “Guadagnare salute”.

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

Passi monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene anche presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da Passi.

Ipertensione arteriosa

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

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

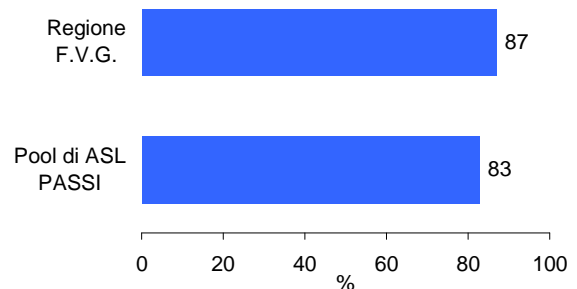
- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 86% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre il restante 7% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni
ASS6 PASSI 2007-2010 (n= 1346)

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
Totale	85,9	83,9 87,7
Classi di età		
18 - 34		78,7
35 - 49		85,3
50 - 69		91,9
Sesso		
uomini		86,1
donne		85,7
Istruzione		
nessuna/elementare		88,6
media		84,3
superiore		85,2
laurea		89,0
Difficoltà economiche		
molte		82,3
qualche		87,1
nessuna		85,8

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, l'87% di persone è stato controllato negli ultimi due anni.
- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Quante persone sono ipertese?

- Nella ASS6 "Friuli Occidentale" il 22% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (42% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nelle persone con eccesso ponderale.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*

ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-2010 (n= 1255)

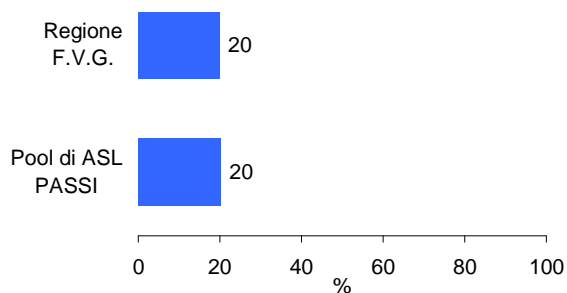
Caratteristiche	Ipertesi	
	% (IC95%)	
Totale	21,7	19,4 24,1
Classi di età		
18 – 34		5,2
35 – 49		12,0
50 – 69		42,2
Sesso		
Uomini		22,3
Donne		21,0
Istruzione		
nessuna/elementare		48,5
media inferiore		20,4
media superiore		17,1
laurea		12,1
Difficoltà economiche		
molte		28,1
qualcuna		19,3
nessuna		22,1
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso		10,3
sovrappeso/obeso		36,4

* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, il 20% di persone riferiscono una diagnosi di ipertensione.
- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



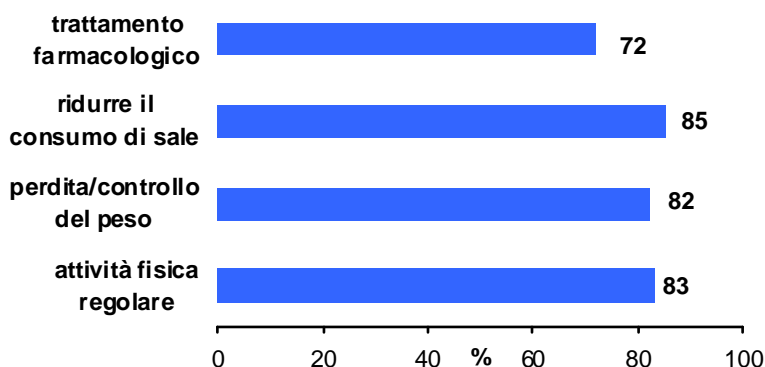
Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Nella ASS6 "Friuli Occidentale" il 72 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.

- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di sale (85%)
- ridurre o mantenere il peso corporeo (82%)
- svolgere regolare attività fisica (83%).

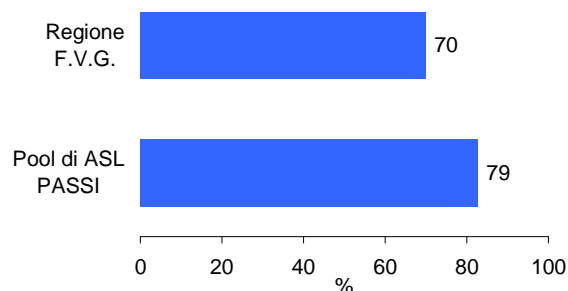
Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
ASS6 "Friuli Occidentale" PASSI, 2007-2010 (n=272)



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è dell'70%.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79%.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (%)
Regione F. e Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASS 6 "Friuli Occidentale", nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 40% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

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

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" si stima che circa una persona su sette non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ipercolesterolemia

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

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

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

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

- Nella ASS 6 “Friuli Occidentale” 77% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 53% nel corso dell'ultimo anno
 - il 15% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 8% da oltre 2 anni.

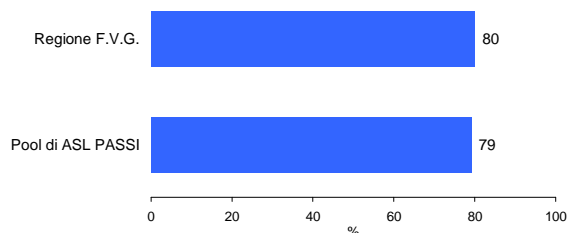
Il 23% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 59% della fascia 18-34 anni al 91% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone senza alcuna difficoltà economica.

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
ASS6 - PASSI 2007-2010 (n= 1346)

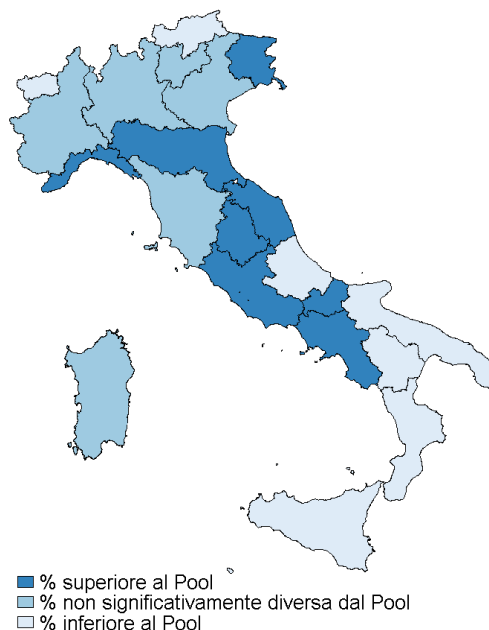
Caratteristiche	Colesterolo misurato	
	% (IC95%)	
Totale	76,6	74,2% 78,8%
Classi di età		
18 - 34		58,8
35 - 49		75,7
50 - 69		91,1
Sesso		
uomini		73,6
donne		79,6
Istruzione		
nessuna/elementare		87,5
media		70,0
superiore		75,9
laurea		83,2
Difficoltà economiche		
molte		61,7
qualche		75,1
nessuna		80,3

- Nella Regione F.V.G. nel 2010 la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 80%;
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 79%; è presente un evidente gradiente territoriale.

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Pool PASSI 2007-10



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 22% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone in sovrappeso vs quello sotto/normopeso.

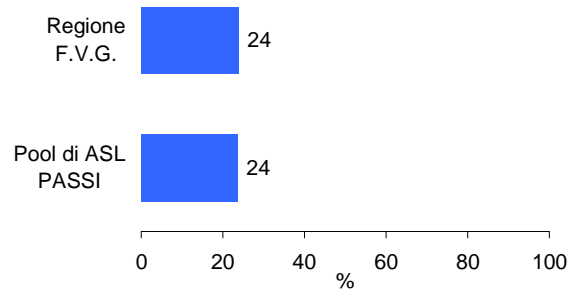
Ipercolesterolemia riferita*
ASS6 - PASSI 2007-2010 (n=1030)

Caratteristiche	Ipercolesterolemia	
	% (IC95%)	
Totale	22,1	19,7-24,8
Classi di età		
18 – 34	11,2	
35 – 49	15,8	
50 – 69	32,6	
Sesso		
Uomini	21,9	
Donne	22,3	
Istruzione		
nessuna/elementare	34,4	
Media	25,2	
Superiore	18,4	
Laurea	14,6	
Difficoltà economiche		
molte	18,4	
qualche	23,1	
nessuna	22,0	
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	15,2	
sovrappeso/obeso	30,1	

* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

- Nella Regione F.V.G. nel 2010 il 24% delle persone riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia.
- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010

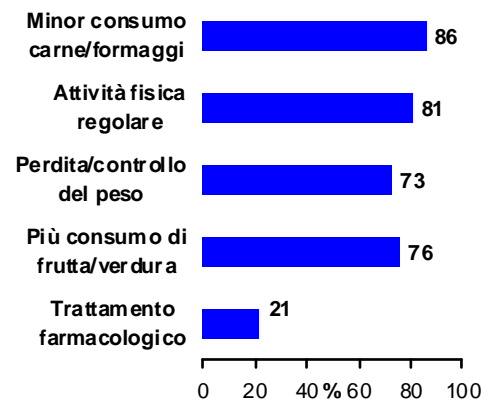


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASS "Friuli Occidentale" il 21% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (86%)
 - svolgere regolare attività fisica (81%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (73%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (76%).

Tattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*

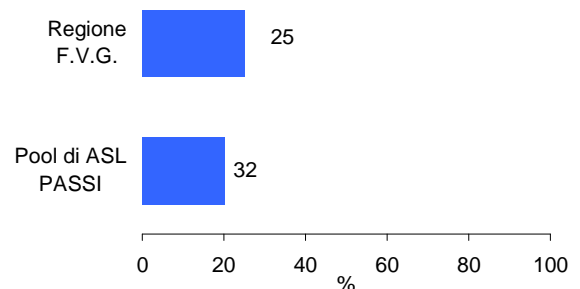
ASS6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-2010 (n=228)



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Nella Regione F.V.G. nel 2010 la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 25%.
- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 32%.

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASS 6 “Friuli Occidentale”, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su cinque abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni.

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

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

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 60 e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

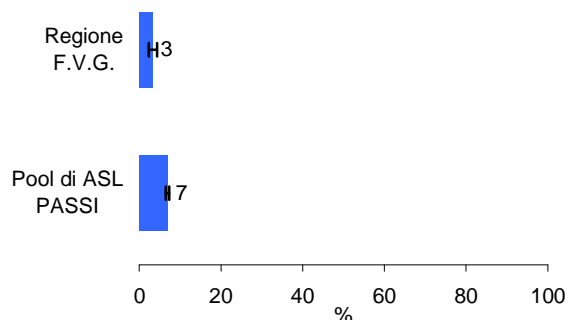
- Nella ASL 6 “Friuli Occidentale” solo il 5% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
 - nelle classi d'età più elevate
 - nelle donne vs uomini
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASS 6 “Friuli Occidentale” - PASSI 2007-2010 (n= 915)		
Caratteristiche Demografiche	Punteggio calcolato % (IC95%)	
Totale	4,6	3,4% 6,2%
Classi di età		
	35 – 39	1,6
	40 – 49	2,5
	50 – 59	4,5
	60 – 69	9,2
Sesso	Uomini	3,3
	donne	5,9
Istruzione	bassa	4,9
	alta	4,3
Difficoltà economiche	sì	5,7
	no	3,8
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*	si	5,4
	no	2,4

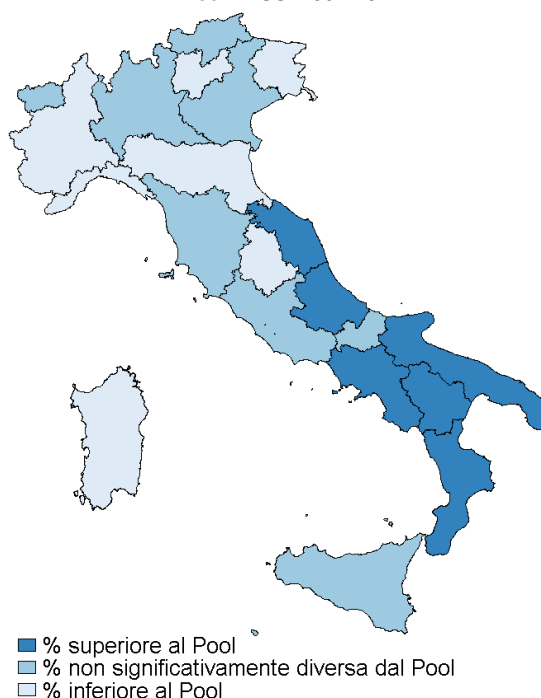
*Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

- Nella Regione F.V.G. nel 2010, la percentuale di persone controllate è pari al 3%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate è pari al 7%.

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Pool PASSI 2007-10



Conclusioni e raccomandazioni

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

Nella ASL 6 "Friuli Occidentale" come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

SICUREZZA

- Sicurezza stradale pag. 62
- Sicurezza domestica pag. 66



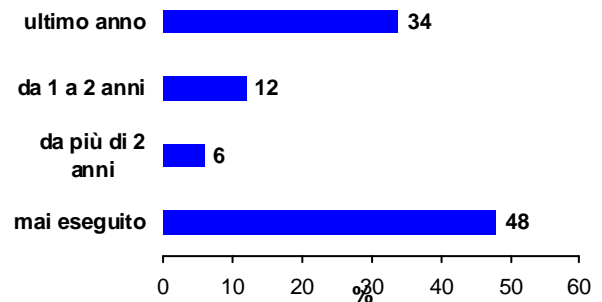
Sicurezza stradale

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000. Gli incidenti stradali rappresentano infatti la principale causa di morte e di disabilità sotto ai 40 anni. Gli eventi più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. In ambito preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e i controlli delle Forze dell'Ordine.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel periodo 2007-2010 nella ASS 6 "Friuli Occidentale" la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre il casco (98%) e la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (92%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 37% degli intervistati, infatti, la usa sempre.
- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nella classe d'età 25-34.

Uso dispositivi di sicurezza *
ASS6 - PASSI 2007-10



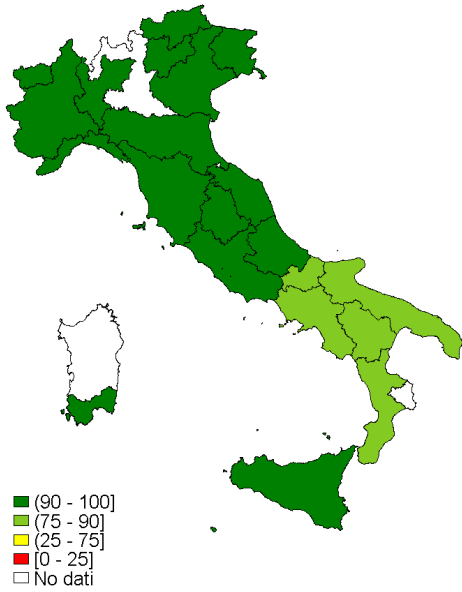
* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

Utilizzo sempre delle cinture posteriori
ASS 6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10

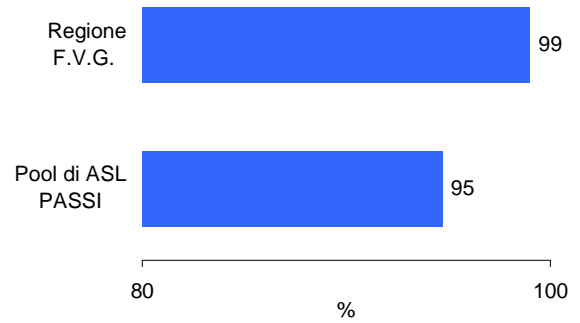
Caratteristiche	Cinture posteriori % (IC95%)
Totale	37,1 34,2 40,1
Classi di età	
18 – 24	31,7
25 – 34	24,2
35 – 49	38,9
50 – 69	45,4
Sesso	
Uomini	38,0
Donne	36,3
Istruzione	
nessuna/elementare	42,4
media inferiore	39,6
media superiore	36,1
Laurea	29,6
Difficoltà economiche	
molte	33,0
qualche	35,2
nessuna	38,9

Non emergono differenze statisticamente significative sull' utilizzo delle cinture di sicurezza anteriori e posteriori e sull'uso del casco nei confronti tra le ASS della Regione F.V.G..

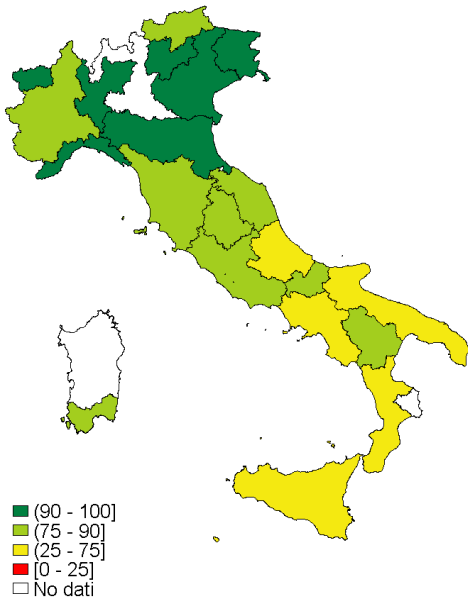
Uso del casco sempre
Pool di ASL - PASSI 2010



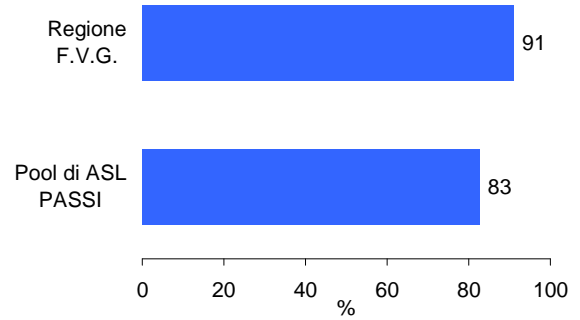
Uso del casco sempre
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Uso della cintura anteriore sempre
Pool di ASL - PASSI 2010

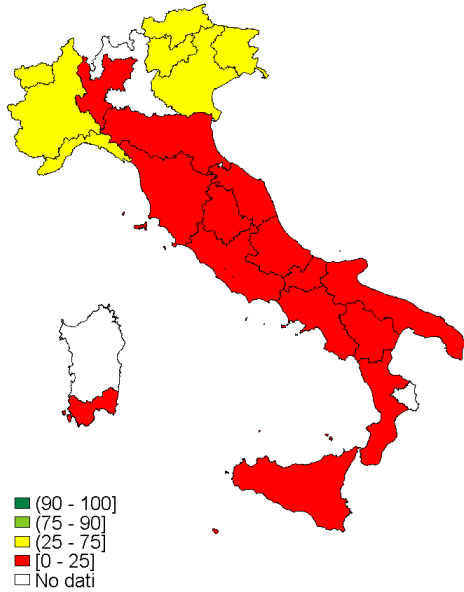


Uso della cintura anteriore sempre
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



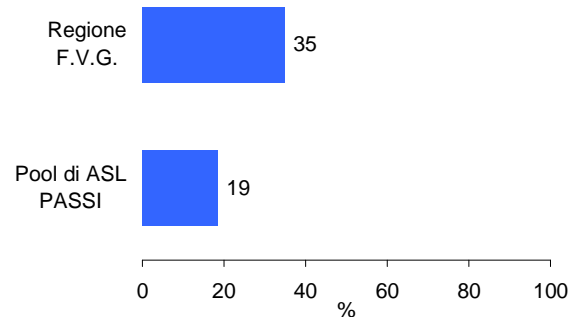
Uso della cintura posteriore sempre

Pool di ASL - PASSI 2010



Uso della cintura posteriore sempre

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



È presente un gradiente territoriale statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza, più frequente nelle Regioni del Nord e del Centro Italia.

Utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei minori

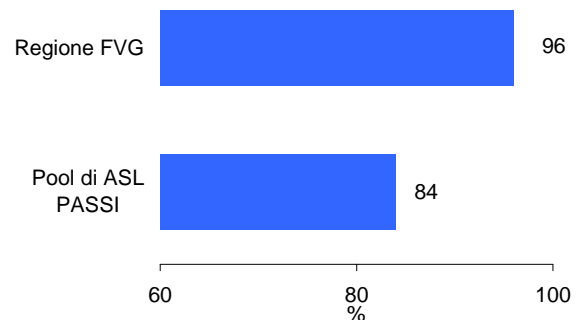
Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 94% degli intervistati nel periodo 2007-10 ha riferito di utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini.

Nel 2010 nella Regione non ci sono differenze statisticamente significative nell'utilizzo del dispositivo di sicurezza per bambino.

Nel pool di ASL partecipanti al sistema nel 2010 il valore è 84%. Anche per il ricorso al seggiolino esiste una grande variabilità tra le diverse Regioni: si passa dal 96% del Friuli-Venezia Giulia al 70% della Puglia e della Sicilia.

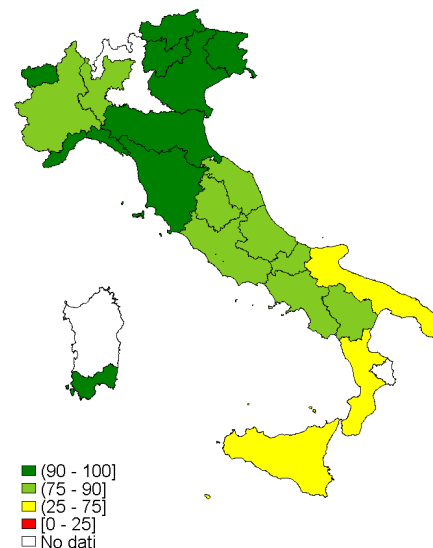
Uso dei dispositivi di sicurezza per bambini

Regione FVG e Pool PASSI 2010



Uso dei dispositivi di sicurezza per bambini

Pool di ASL - PASSI 2010



Due intervistati su tre (67%) hanno riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi.
Nel 2010 nella Regione F.V.G. non risultano differenze statisticamente significative, mentre il valore del pool di ASL partecipanti al sistema nel 2010 è di 57%.

Conclusioni e raccomandazioni

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Non indossare la cintura comporta l'aumento del rischio di morire in caso di incidente, non solo per chi guida, ma anche per tutti gli altri passeggeri. La maggior parte degli intervistati fa uso della cintura anteriore e del casco, ma solo una persona su tre utilizza la cintura sui sedili posteriori.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale e sono decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, ma occorre non dimenticare che per migliorare la sicurezza stradale rimangono fondamentali interventi strutturali ed ambientali. L'incremento del trasporto pubblico, car sharing e forme di trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza con piste ciclabili, interventi per la moderazione del traffico come le "zone 30", ecc.) determinano una riduzione del traffico privato con conseguente miglioramento della qualità dell'aria, riduzione degli incidenti stradali e incremento del livello di attività fisica della popolazione.

Per approfondire

- Rapporto nazionale Passi 2009: Sicurezza stradale

http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza_Passi09.pdf

- Who Global status report on road safety: time for action

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf

- Eurosafe Child Safety Report Card 2009

<http://www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/Eurosafe09.asp>

- Istat: incidenti stradali, statistiche in breve. 2008

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/testointegrale20091113.pdf

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

- Nella ASS6 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 88% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare la bassa percezione del rischio sembra più frequente tra:
 - gli uomini
 - le persone senza difficoltà economiche
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.
- A livello regionale nel 2010, la percentuale di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico varia dal 87% dell'ASS4 al 95% dell'ASS5.
- Nel pool di Asl PASSI 2010 questa percentuale è pari al 93%.

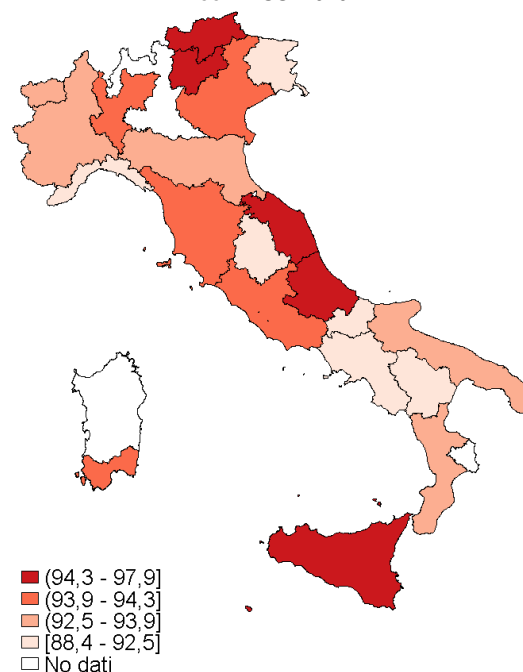
Bassa percezione del rischio infortunio domestico	
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=1346)	
Caratteristiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico[°]
	%
Totale	88.3
Età	
18 - 34	87.6
35 - 49	88.7
50 - 69	88.5
Sesso	
uomini	91.8
donne	84.8
Istruzione	
nessuna/elementare	92.6
media inferiore	89.6
media superiore	87.3
laurea	84.4
Difficoltà economiche	
molte	88.7
qualche	85.4
nessuna	90.1
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^{°°}	
si	86.8
no	89.4

[°] possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

^{°°} presenza di anziani e/o bambini

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

Pool PASSI 2010

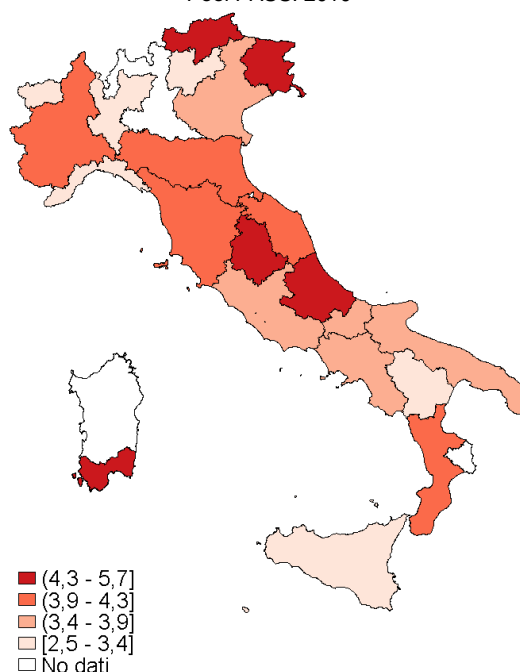


Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale sono dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

Nel 2010 (informazione disponibile solo a partire dal 2010), nella ASS6 il 6% degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. Nella regione questa percentuale è più elevata nell'ASS6 6% vs un 3% dell'ASS1, mentre nel pool di Asl PASSI corrisponde al 3,7%.

**% di persone che hanno subito un infortunio domestico
per il quale sono dovuti ricorrere al medico di famiglia,
al pronto soccorso o all'ospedale**

Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal [Sistema nazionale linee guida \(Snlg\)](#), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.

A livello della Regione F.V.G. esiste un tavolo di coordinamento per la prevenzione degli incidenti domestici nelle persone adulte ed anziane che abitano nei comuni del Distretto Nord. E' stato condiviso e co-progettato un programma di intervento triennale per la costruzione di una rete territoriale di soggetti portatori di interesse, l'attuazione di uno studio del fenomeno e la realizzazione di azioni di interventi partecipativi. Ultimamente il progetto è stato adottato dal Piano di Zona 2013-2015.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

- Screening dei tumori del collo dell'utero pag. 70
- Screening dei tumori della mammella pag. 74
- Screening dei tumori del colon retto pag. 76
- Vaccinazione antirosolia pag. 79

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante. Nel 2007, i decessi per cancro della cervice uterina in Italia sono stati 471.

In F.V.G. il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel biennio 2004-2005 è stato di 9 casi annui ogni 100.000 donne residenti; nel biennio 2004-2005 si sono stimati 114 nuovi casi. La mortalità per tutti i tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione. Nel 2005 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 18. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 59% (Registro Tumori F.V.G. 2004-2005).

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2009 le donne italiane di 25-64 anni, residenti in aree dove è attivo un programma di screening organizzato, erano più di 13 milioni (78,4% della popolazione target).

In F.V.G. il programma di screening è a regime in tutte le ASS e ha coinvolto nell'anno 2010 il 59,47% delle donne della popolazione femminile, pari a circa 51.336 donne.

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

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

- Nella ASS6, circa il 85% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

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

- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni
 - nelle donne coniugate e conviventi
 - con alto livello d'istruzione

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

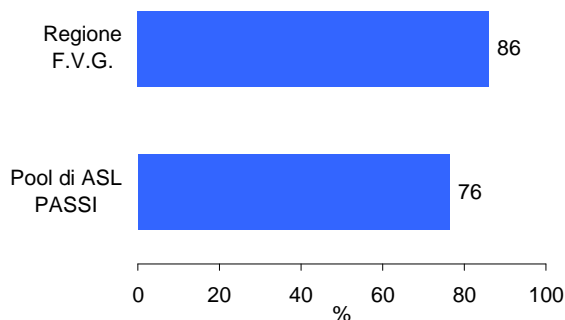
ASS6 – PASSI 2007-10 (n=545)

Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni % (IC95%)
Totale	85,0
Classi di età	
25 - 34	81,0
35 - 49	90,5
50 - 64	81,1
Stato civile	
coniugata	90,7
non coniugata	74,9
Convivenza	
convivente	89,5
non convivente	73,2
Istruzione	
nessuna/elementare	82,6
media inferiore	77,4
media superiore	89,7
laurea	87,8
Difficoltà economiche	
molte	79,2
qualche	84,2
nessuna	86,5

- Nelle ASS regionali la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è al di sopra del livello di copertura “desiderabile” (range dal 79% della ASS3 “ Alto Friuli” al 90% dell’ASS5 “ Bassa Friulana”).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 76% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

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

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



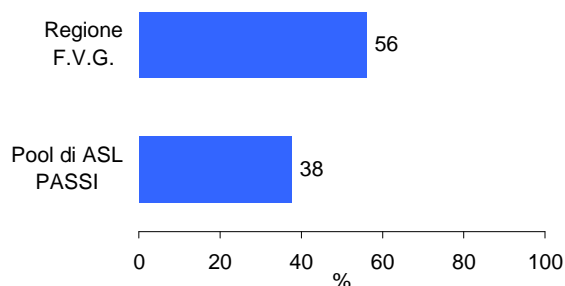
Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

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

Tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 56% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 30% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

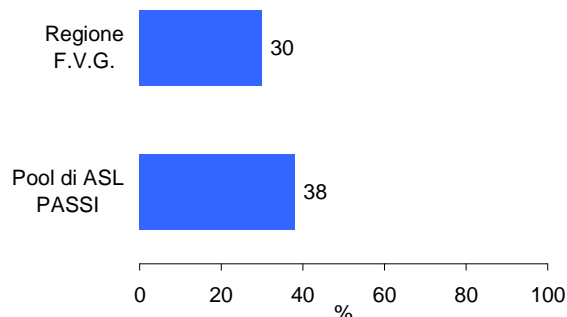
Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato (%)

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale (%)

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010

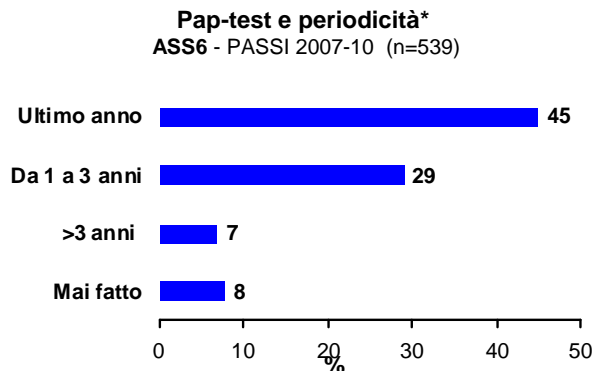


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, altrettante hanno dichiarato di aver aderito allo screening spontaneamente.

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 45% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 29% da uno a tre anni
 - l' 7% da più di tre anni
- L' 8% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

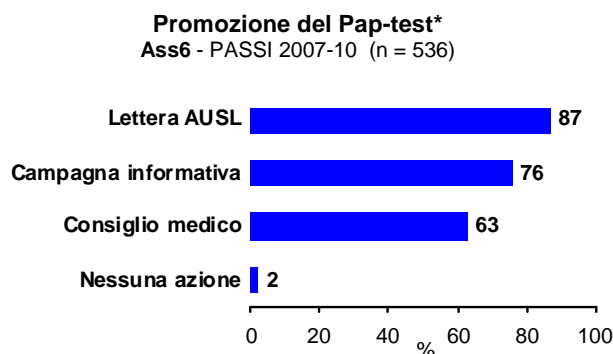
* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.



Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

Nella ASS6:

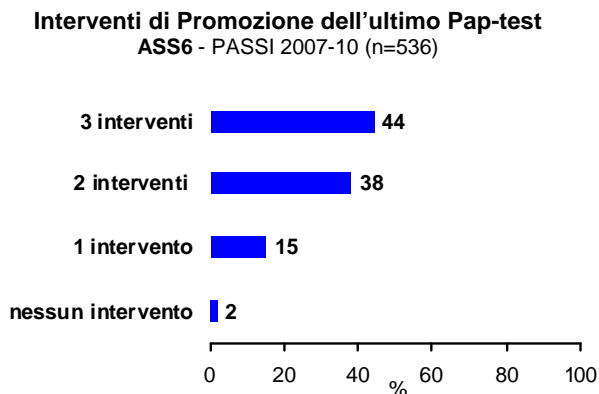
- Il 87% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL
- il 76% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- il 63% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.



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

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 68% ha visto una campagna informativa.

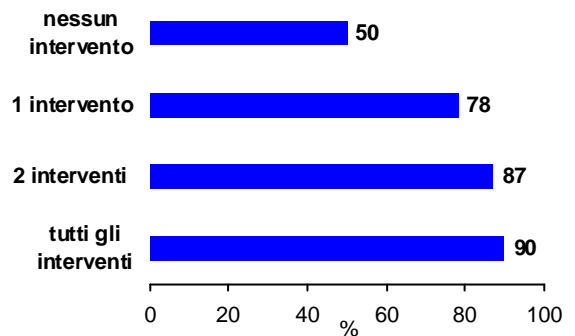
- Nella ASS6 il 44% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'AUSL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 38% da due interventi ed il 15% da un solo intervento; solo il 2% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 31%, 35%, 24% e 10%.



Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nella ASS6 la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è solo del 50% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 90% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

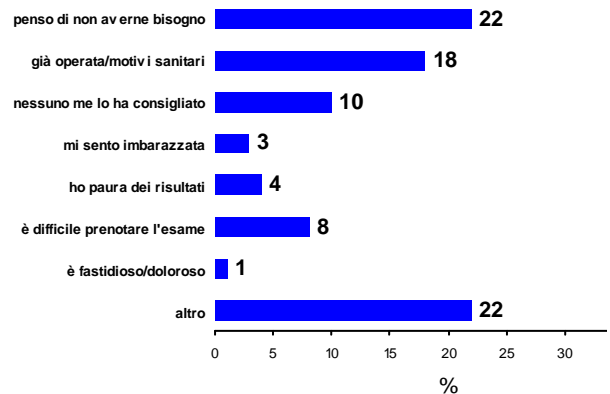
Interventi di promozione e effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni
ASS6 - PASSI 2007-10 (n = 536)



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

- Nella ASS6 il 15% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (8%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (7%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 22% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione del Pap-test secondo le linee guida
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=78)*



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS6 la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (85%) raggiunge e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (72%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (28%).

La percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali sono sovrapponibili (Dal 2006 al 2010 sono state invitate 73.053 per una compliance del 65%). La sostanziale corrispondenza tra i due dati rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

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

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

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

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

Nella ASS6 " Friuli Occidentale", secondo i dati 2004-2005 forniti dall'Agenzia Regionale della Sanità, si stimano circa 525 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno (corrispondenti a 359 casi per 100.000 donne), quasi un terzo di tutti nuovi casi di tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all' 86%, risultato tra i migliori a livello europeo. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è pari al 57% della popolazione interessata. In Regione il programma di screening è attivo in tutte le ASS dal 2006. Nel FVG 2010 l'adesione della popolazione femminile interessata è stata del 62 % pari a n. 54.855 donne screenate. Nell'ASS6 " Friuli Occidentale" l'adesione è stata del 65% con 14.468 donne screenate.

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

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

- Nella ASS6 " Friuli Occidentale" circa il 82% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

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

- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- senza rilevanti difficoltà economiche.

- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 46 anni.

- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 67% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

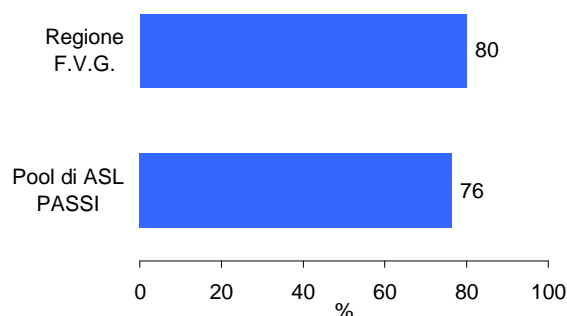
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)	
ASS6 " Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=251)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni* % (IC95%)
Totale	82,0
Classi di età	
50- 59	84,2
60 -69	80,6
Stato civile	
coniugata	83,5
non coniugata	77,4
Convivenza	
convivente	84,7
non convivente	75,3
Istruzione	
nessuna/elementare	81,6
media inferiore	79,2
media superiore	86,4
laurea	81,3
Difficoltà economiche	
molte	56,5
qualche	84,3
nessuna	84,7

*in assenza di segni o sintomi

- Nella maggior parte delle AUSL della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è al di sopra del livello di copertura desiderabile 82% (range dal 72% dell'ASS4 al 88% dell'ASS6).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

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

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



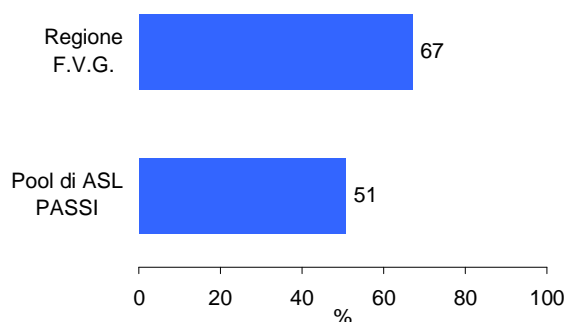
Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

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

A Livello Aziendale, tra le donne intervistate di 50-69 anni, l' 51% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 21% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

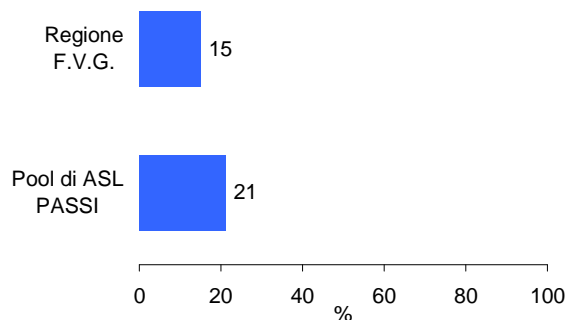
Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato (%)

Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale (%)

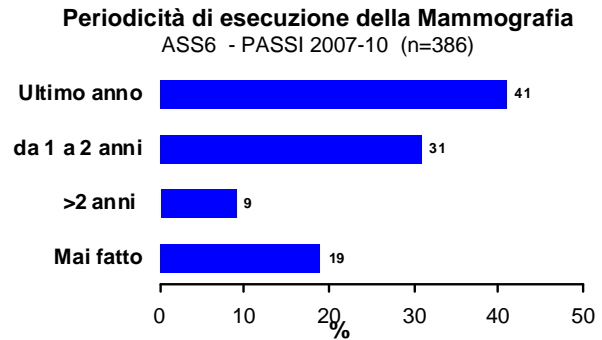
Regione F.V.G. e Pool PASSI 2010



Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

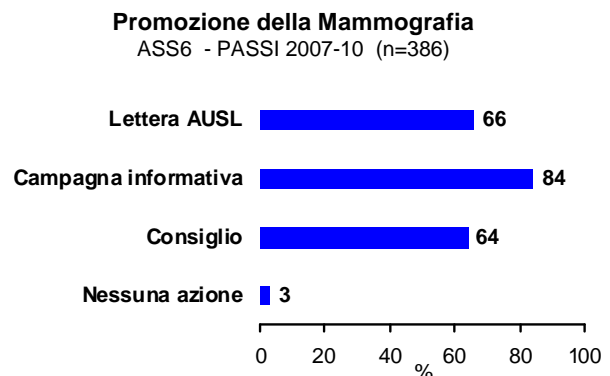
- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
 - Il 41% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 31% da uno a due anni
 - il 9% da più di due anni
- Il 19% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

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



Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- In ASS6 " Friuli Occidentale":
 - il 66% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASS
 - l' 84 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 64% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

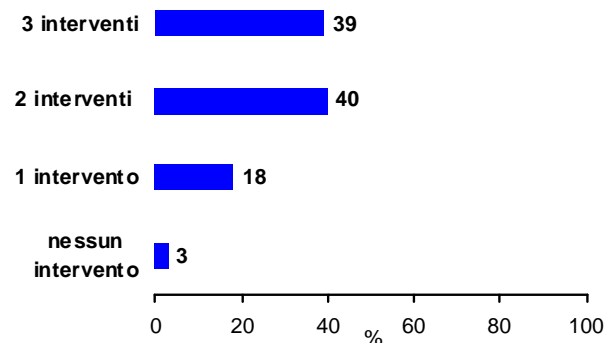


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 66% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.

- Il 39% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 40% da due interventi ed il 18% da uno solo; il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 34%, 18% e 10%.

Interventi di Promozione dell'ultima Mammografia
ASS6 " Friuli Occidentale" - PASSI 2007-10 (n=386)

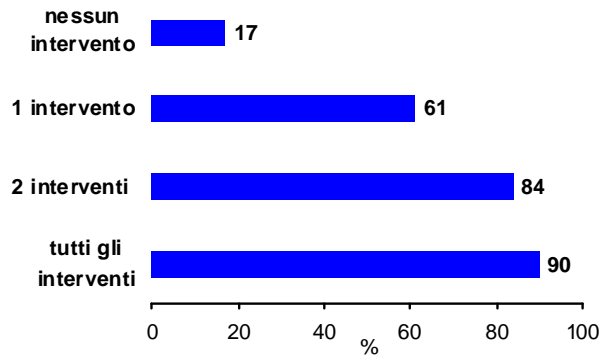


Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- Nella ASS 6 la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è solo del 17% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 90% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.

Interventi di promozione e effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni
ASS6 - PASSI 2007-10

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

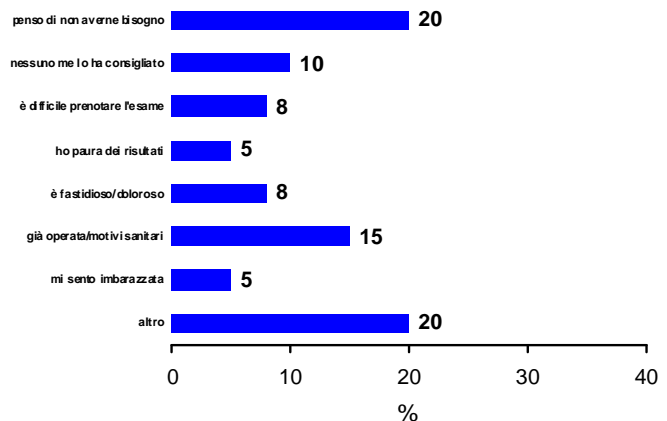


Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventiva?

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida

ASS6 - PASSI 2007-10 (n=40)*

- Nella ASS6 il 18% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuata la Mammografia (8%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (10%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 20% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (5%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS6 "Friuli Occidentale" la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (82%) raggiunge i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva in questa popolazione, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (82%) sia della quota di adesione spontanea (17%), in questo screening molto meno rilevante rispetto a quello della cervice uterina.

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato (51%) rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (59%) rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

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

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

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

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 45 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile.

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

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

Nella ASS6 “ Friuli Occidentale” i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto sono stati avviati nell'ottobre del 2008 . Nel 2010 sono state invitate 38.469 persone e l'adesione allo screening è stata del 43% con n. 16.362 persone screenate. Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

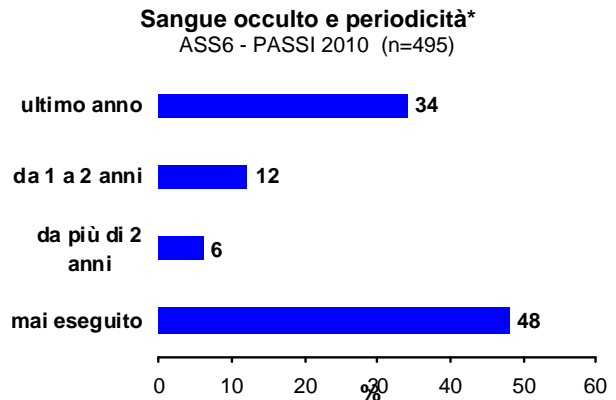
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- Nel 2010 nella ASS6 “Friuli Occidentale” circa il 50% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 46% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni;
- Il 6% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.
- A livello regionale, la percentuale di persone di 50-69 anni che, nel 2010, hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni è del 40% e quella di persone che hanno effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni è del 13%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, circa il 29% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 12% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

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

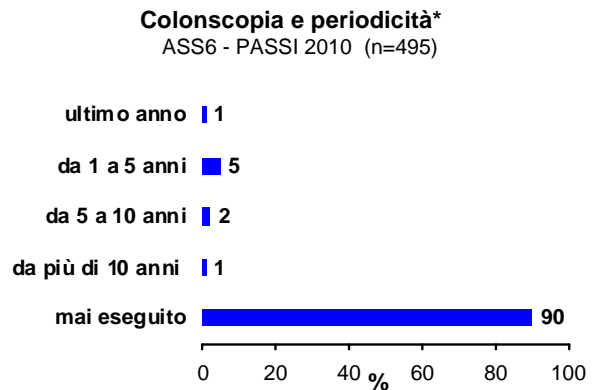
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 34% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 12% da uno a due anni
 - il 6% da più di due anni
- Il 48% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

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



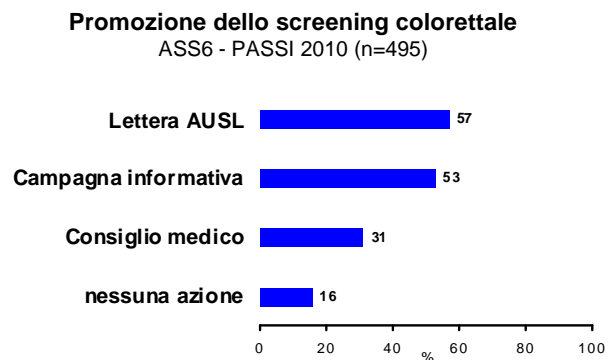
- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 5% da uno a cinque anni
 - il 2% da cinque a dieci anni
 - il 1% da più di dieci anni.
- Il 90% ha riferito di non aver mai eseguito il test.

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



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

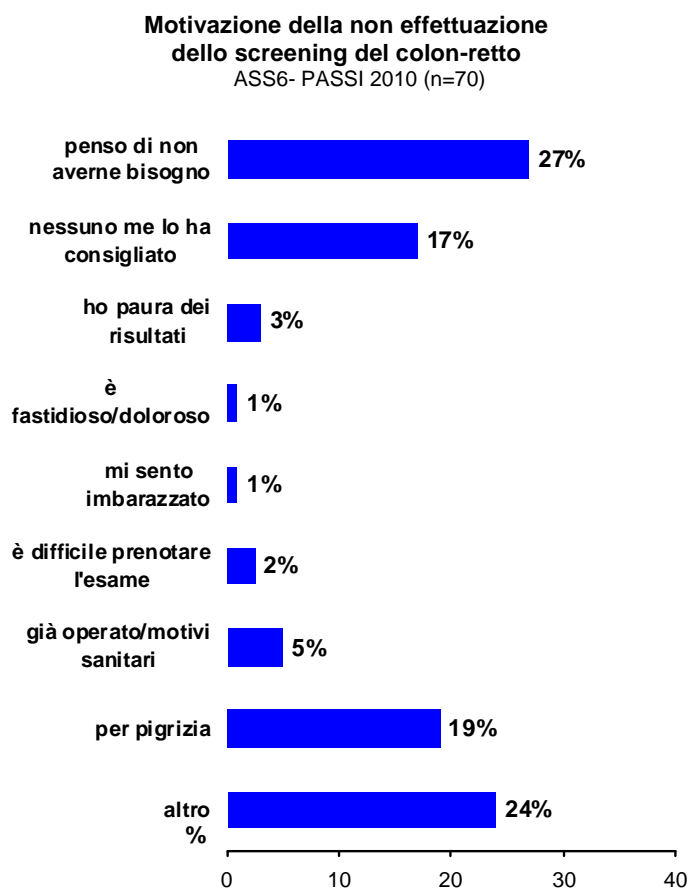
- Nella ASS6:
 - il 57% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 53% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 31% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.



- A livello regionale, il 49% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 30% il consiglio dell'operatore sanitario e il 47% ha visto una campagna informativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 33% (lettera della ASL), il 23% (consiglio dell'operatore sanitario) e il 35% (campagna informativa).

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

- Nella ASS6 il 50% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore coloretale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 27% ritiene infatti di non averne bisogno.



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

Conclusioni e raccomandazioni

Secondo i dati Passi nella ASS6 " Friuli Occidentale" risulta che una persona su due abbia eseguito un esame per lo screening del cancro del colon-retto nella fascia target (50-69 anni); tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità. C'è un evidente differenza tra i dati Passi e quelli elaborati dalla regione, infatti in quest'ultimo la copertura dello screening colon retto è del 19.7% vs il 50% del Passi mentre l'adesione nel 2010 è del 43%. In regione però, differentemente dal Piano Sanitario Nazionale, lo screening è esteso a uomini e donne dai 50 ai 74 anni anziché 69.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socioeconomici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Il Piano strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione mondiale della sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita. La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero, e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, i dati routinari di copertura vaccinale rilevati dal ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%. Il Piano prevedeva inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nel periodo 2007-10, nella ASS6 il 39% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- Si osserva una percentuale di vaccinate tendenzialmente più elevata tra:
 - le donne più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (53%)
 - quelle con alto livello d'istruzione
 - quelle senza difficoltà economiche

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)	
ASS6 - PASSI 2007-10 (n=413)	
Caratteristiche	Vaccinate %
Totale	39
Classi di età	
18-24	53.3
25-34	42.4
35-49	34.7
Istruzione	
Bassa	38.1
Alta	39.4
Difficoltà Economiche	
molte	30.8
alcune	36.8
nessuna	41.9

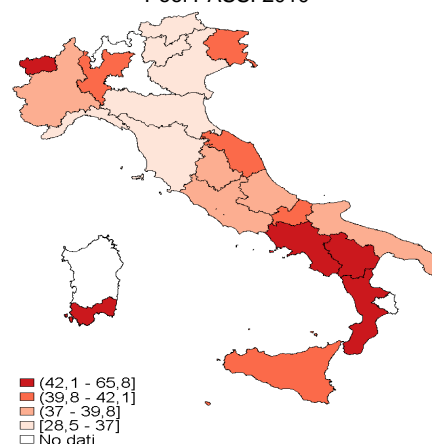
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 36%.

Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nel periodo 2007-10, nella ASS6 il 63% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (39%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (24%).
- Il 2% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 36% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.
- A livello regionale, nel 2010, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è del 40% (con un range che va dal 49% dell'ASS3 al 33% dell'ASS4).
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, questa percentuale è pari al 40% (con un range che va dal 28% nelle Asl del Veneto al 66% nelle Asl della Basilicata).

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASS6- PASSI 2007-10 (n=413)	
Caratteristiche	%
Immuni	62,5
Vaccinate	39,0
Non vaccinate con rubeotest positivo	23,5
Suscettibili/stato sconosciuto	27,5
Non vaccinate; rubeotest negativo	1,7
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,9
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	32,0

Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia
Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS6 "Friuli Occidentale" si stima che il 26% delle donne in età fertile, pur non essendo vaccinate non è a conoscenza del proprio stato immunitario verso la rosolia. Questo evidenzia la scarsa consapevolezza nella popolazione del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. Complessivamente il 2% risulta sicuramente suscettibile mentre il 26% non è al corrente del proprio stato immunitario. La rosolia si caratterizza spesso per un quadro clinico aspecifico o lieve per cui può non essere diagnosticata. Si presume quindi che molte donne con stato immunitario ignoto abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale e che la proporzione effettiva di suscettibili sia di conseguenza molto inferiore. Secondo studi di sieroprevalenza più recenti, condotti su sieri raccolti nel 2003/2004, solo il 10% delle donne in età fertile risultava privo di anticorpi circolanti e quindi suscettibile alla rosolia. Nonostante ciò anche questa proporzione risulta troppo elevata rispetto al valore del 5% stimato necessario per raggiungere gli obiettivi di eliminazione fissati. Dato confortante è che la proporzione di donne vaccinate è maggiore nelle generazioni più giovani, grazie alle strategie aggiuntive specifiche per la rosolia previste dal Piano di eliminazione. Ma per eliminare la rosolia congenita entro il 2015 è necessario migliorare l'offerta della vaccinazione antirosolia alle donne adulte negative o con stato immunitario non noto.

E' pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale e Pediatri, ginecologi ed ostetriche) che possono riscontrare la negatività del rubeotest durante ricoveri per IVG, per parto, aborto o attraverso la segnalazione della negatività del test da parte del laboratorio.

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