



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



azienda PER L'assistenza sanitaria
5 Friuli Occidentale

Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale quadriennio 2012-2015



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, Daniela Bertolo, Nicla Bravin, Luisa De Carlo, Daniela Fabbro, Anna Clara Guastaferrò, Sabrina Lalla, Mirella Lazzaretto, Beatrice Lazzaro, Sandra Polese, Manola Sgrulletti.

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;

Redazione e impaginazione a cura di:

Stefania Pilan e Luisa De Carlo (Dipartimento di Prevenzione AAS 5 n. "Friuli Occidentale").
Le fotografie tratte da siti internet sono contrassegnate per essere riutilizzate; le altre sono state realizzate da Luisa De Carlo.

Per informazioni sul sistema di sorveglianza PASSI.: luisa.decarlo@aa5.sanita.fvg.it

Il rapporto PASSI 2012-15 aziendale è scaricabile dal sito: www.ass6.sanita.fvg.it

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

Indice

	Pagina
<i>Profilo socio-demografico</i>	4
<i>Percezione dello stato di salute</i>	8
<i>Sintomi di depressione</i>	9
<i>Guadagnare salute</i>	
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	10
Attività fisica	12
Abitudine al fumo	14
Fumo passivo	16
Consumo di alcol	17
Alcol e guida	18
<i>Rischio cardiovascolare</i>	
Iperensione arteriosa	19
Ipercolesterolemia	20
Carta del rischio	21
<i>Sicurezza stradale e domestica</i>	
Sicurezza stradale	22
Sicurezza domestica	23
<i>Metodi</i>	24

Profilo socio demografico del campione

A partire dal 01.01.2015 l'Azienda per i Servizi Sanitari n.6 "Friuli Occidentale" in seguito alla Legge Regionale "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" del 18.07.2014, ha cambiato denominazione in Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 (AAS 5), non modificando comunque il territorio di competenza.

La popolazione in studio al 31.12.2015 è costituita da 209.138 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della AAS5 "Friuli Occidentale". Da gennaio 2012 a dicembre 2015, nella Azienda AAS5 "Friuli Occidentale" sono state intervistate 1495 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2012	PASSI 2013	PASSI 2014	PASSI 2015
Numerosità	396	396	396	307
Tasso di risposta	92.7	90.6	89.6	89.8
Tasso di rifiuto	5.6	7.6	9	9.4

Caratteristiche demografiche degli intervistati

L'età e il sesso

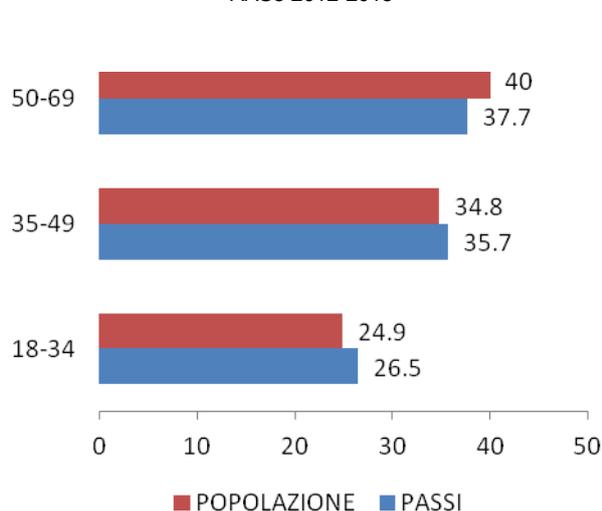
Il campione intervistato in AAS5 (1495 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (49%) e uomini (51%); l'età media complessiva è di 44 anni.

Il campione è costituito per:

- il 27% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 36% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 38% da persone nella fascia 50-69 anni.

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è quasi sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

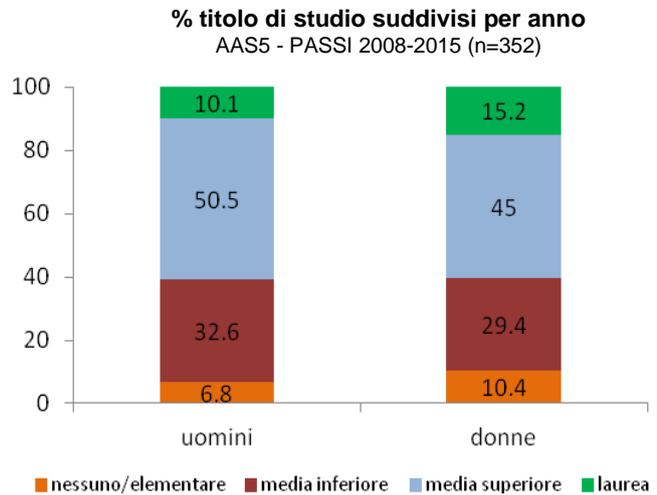
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età AAS5 2012-2015



Il titolo di studio

Nella AAS5 "Friuli Occidentale" il 9% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 48% la licenza media superiore e il 12% è laureato.

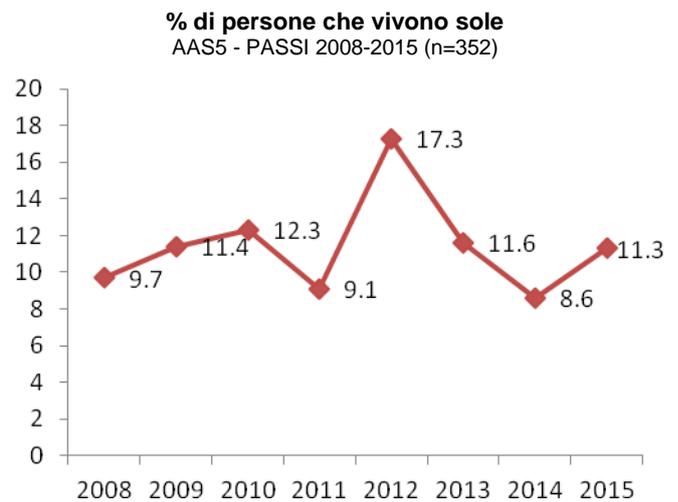
Il titolo di studio è fortemente correlato all'età: il 21% di chi ha tra i 50 e i 69 anni non possiede alcun titolo vs l'1% delle altre classi d'età, così come la licenza di scuola media superiore è per il 98% delle classi d'età 18-49 anni.



Lo stato civile

In Provincia di Pordenone i coniugati/conviventi rappresentano il 57% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 7% ed i vedovi il 3%.

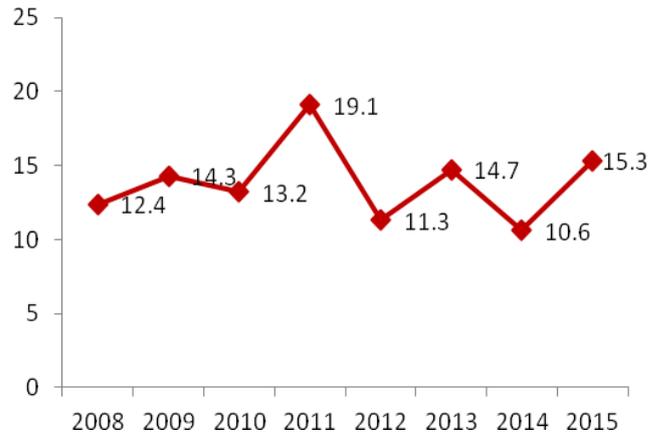
Il 12,2% degli intervistati vive da solo; la percentuale è maggiore tra le persone della classe d'età 50 -69 anni (15% vs 10% delle altre classi) e tra gli uomini (14% vs il 10% delle donne).



Cittadinanza

In AAS5 "Friuli Occidentale" il campione è costituito dal 13% da cittadini stranieri, soprattutto donne e con un'età compresa tra i 18 e i 34 anni.

% di stranieri per anno
AAS5 - PASSI 2008-2015 (n=422)

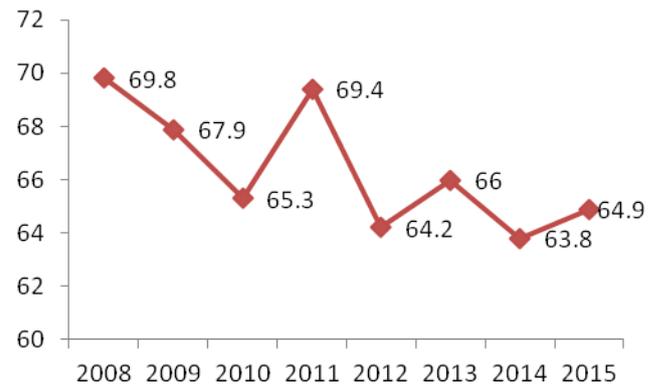


Il lavoro

Nel "Friuli Occidentale" il 71% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente. Lavora regolarmente il 79% degli uomini vs il 62% delle donne.

Nel pool di ASL PASSI nel periodo 2012-15 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 65%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per anno
ASS5 2012-2015



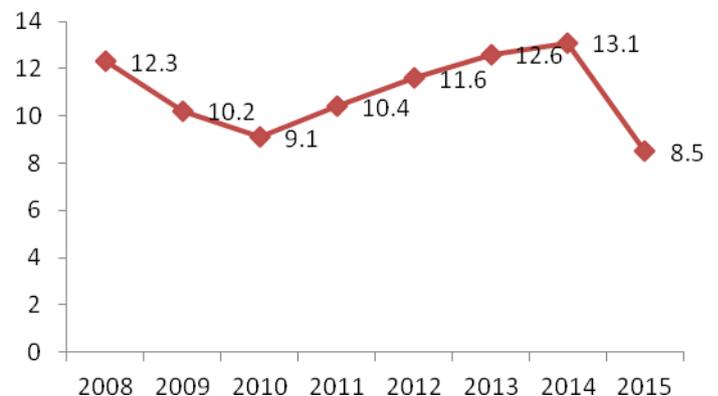
Difficoltà economiche

Nel quadriennio 2012-2015:

- il 53% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 35% qualche difficoltà
- il 12% molte difficoltà economiche.

La fascia 18-34 ha riferito più difficoltà rispetto alla fascia 50-69 (12% vs 9%); le donne hanno dichiarato maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (13% vs 10%).

% di persone che dichiarano molte difficoltà per anno
AAS5 - PASSI 2008-2015 (n=340)



Conclusioni

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

Dato che il territorio della Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" corrisponde a quello della Provincia di Pordenone, il campione indica una buona rappresentatività e consente di estendere le stime ottenute alla popolazione della Provincia.

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

Percezione dello stato di salute

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.

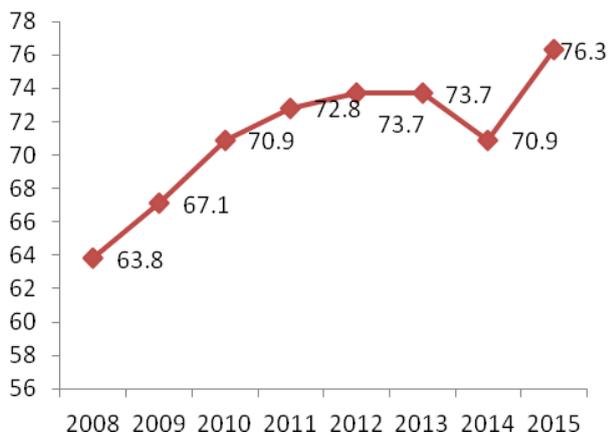
Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*).

Nell'Azienda per l'Assistenza sanitaria n. 5, il 74% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 24% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

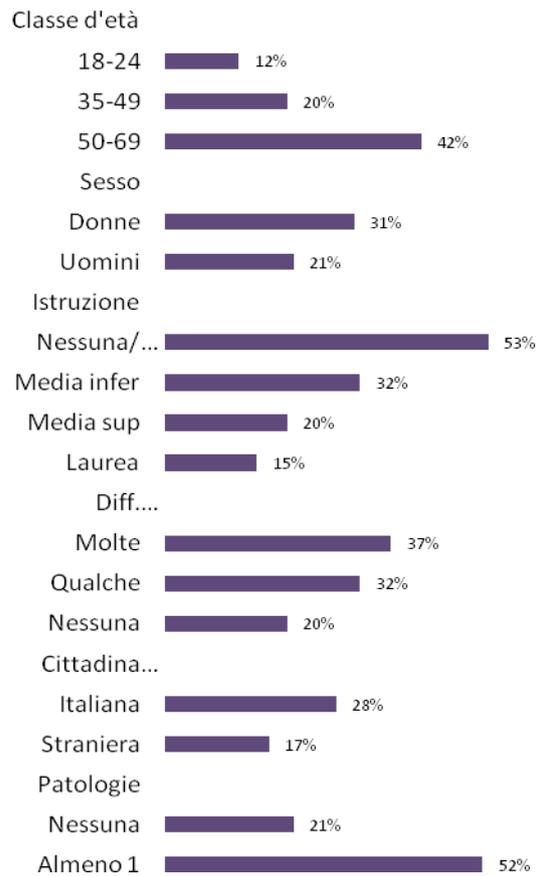
Stato di salute - PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Stato di salute percepito positivamente	74%	70,5%	70%

Analisi del trend delle persone che percepiscono uno stato di salute positivo
AAS5 2008-2015



Caratteristiche socio demografiche persone che riferiscono uno stato di salute male o molto male
AAS5 2012-15



Il numero medio di giorni riferito in cattiva salute è di 5.

La media dei giorni in cattiva salute fisica è pari a 3, così come quella dei giorni in cattiva salute psichica.

Il numero medio di giorni con limitazione delle attività a causa dello stato di salute è pari a 1.

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

Sintomi di depressione - PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati con sintomi di depressione	6%	7%	5,5%

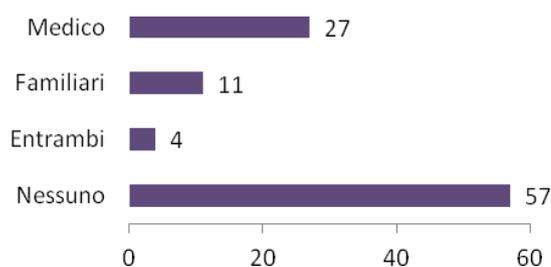
In AAS5 il 6% presenta dei sintomi di depressione.

Questa condizione è maggiormente diffusa tra i giovani (18-34 anni con una percentuale dell'8%), nelle persone con almeno una patologia (8%), senza lavoro o con un lavoro irregolare (7%); inoltre risultano essere statisticamente significative le percentuali delle persone con molte difficoltà economiche (14%) e delle donne (8%).

Il 53% delle persone con sintomi di depressione riferiscono uno stato di salute discreto/ male o molto male.

Solamente il 42% ha cercato aiuto. Tale percentuale a livello regionale è pari al 53,6% e a livello nazionale è del 59,8%.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
AAS5 2012-15



Conclusioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute. Si stima che solo il 6% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali maggiori tra le donne, le persone con difficoltà economiche, i senza lavoro e tra i giovani. 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.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Un ruolo protettivo è riconosciuto ad alcuni alimenti: frutta e verdura ad esempio proteggono dalle neoplasie e per questo motivo se ne raccomanda l'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno (*five-a-day*).

Nella AAS5 il 43% della popolazione presenta un eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura - PASSI 2012-2015

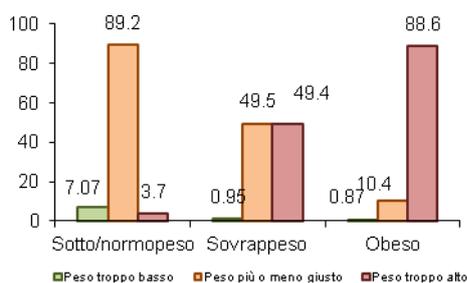
	AAS 5	FVG	Italia
Popolazione in eccesso ponderale			
<i>Sovrappeso</i> ¹	31,10 %	30,90 %	31,60 %
<i>Obesi</i> ²	12,40 %	10,70 %	10,40 %
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario			
<i>Sovrappeso/obesi</i>	51,00 %	51,90 %	49,70 %
Adesione al <i>five-a-day</i>			
	10,00 %	12,70 %	9,50 %

¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

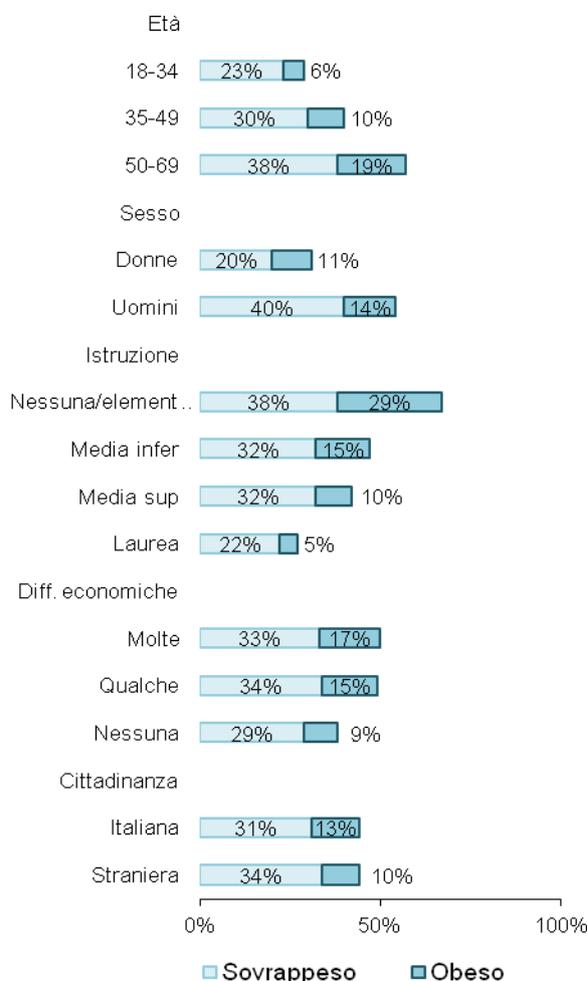
² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥ 30

La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC riferito: in AAS5 infatti, si osserva un' elevata corrispondenza nei normopeso (89,2%) e negli obesi (88,6%), mentre tra le persone in sovrappeso invece il 49,5% ritiene il proprio peso adeguato mentre solo il 49,4% lo reputa troppo alto.

Percezione del proprio peso corporeo % Prevalenze per stato nutrizionale – AAS5



Eccesso ponderale in AAS5 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche



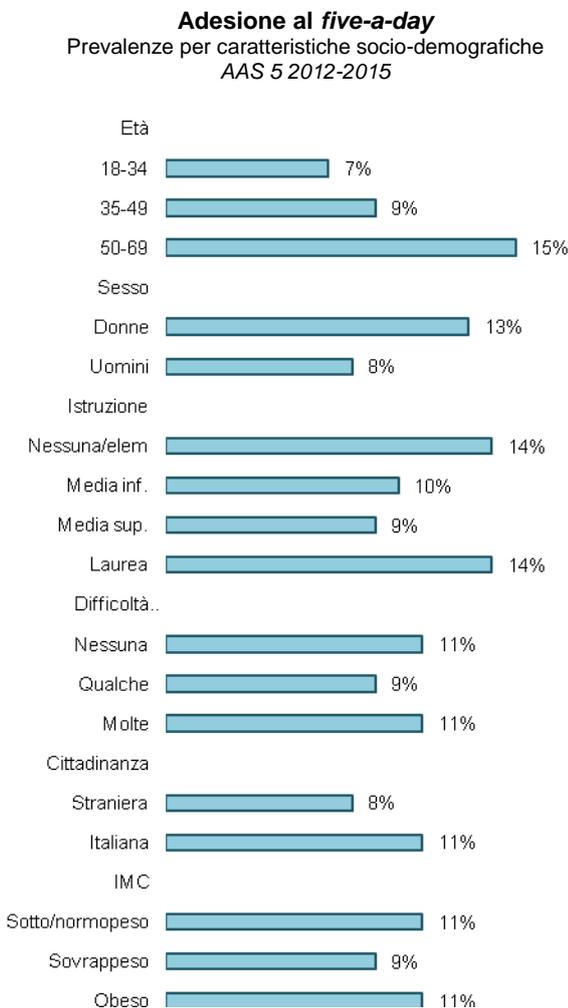
L'eccesso ponderale si collega molto spesso ad altre condizioni di salute, diventandone sia causa che conseguenza.

In particolare, tra gli intervistati in AAS5 nel periodo 2012-2015, si registra tra gli ipertesi un 35% di persone in sovrappeso/obese mentre, tra coloro che dichiarano di avere il colesterolo alto, il 30% è in condizione di eccesso ponderale.

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

Nella AAS 5 il 98% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 41% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 10% le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è maggiore in modo statisticamente significativo:

- nelle persone over 50, rispetto alla classe d'età 18-34
- tra le donne.



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

Il 51% 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.

Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (21% nei sovrappeso e 39% negli obesi ed il 26% di chi considera il proprio peso alto).

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

Il 76% delle persone in eccesso ponderale dichiara di svolgere attività fisica. La percentuale di sedentari è pari al 21% delle persone in sovrappeso e al 30% degli obesi.

Il 76% di chi pratica attività fisica non ha ricevuto il consiglio di effettuarla contro il 74% di chi la pratica su consiglio di un operatore sanitario.

Conclusioni

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, in quanto i dati raccolti sono autoriferiti; nonostante questa verosimile sottostima, **in AAS5 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: quasi una persona su due percepisce il proprio peso come "giusto", non dimostrando quindi un'attenzione alla problematica.

Attività fisica

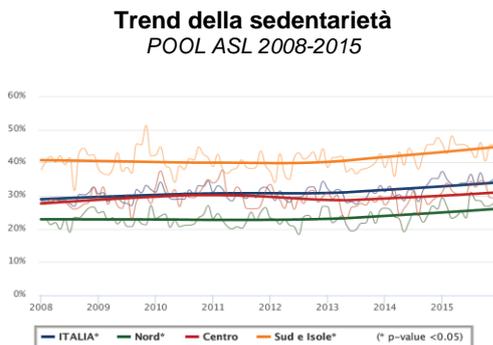
L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di mortalità per ipertensione, ictus, sindrome metabolica, diabete di tipo 2°, cancro al seno, cancro al colon, depressione, cadute.

Il Sistema Passi indaga pone quesiti adattati dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - *physical activity module* dei Cdc di Atlanta. I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre distinti gruppi:

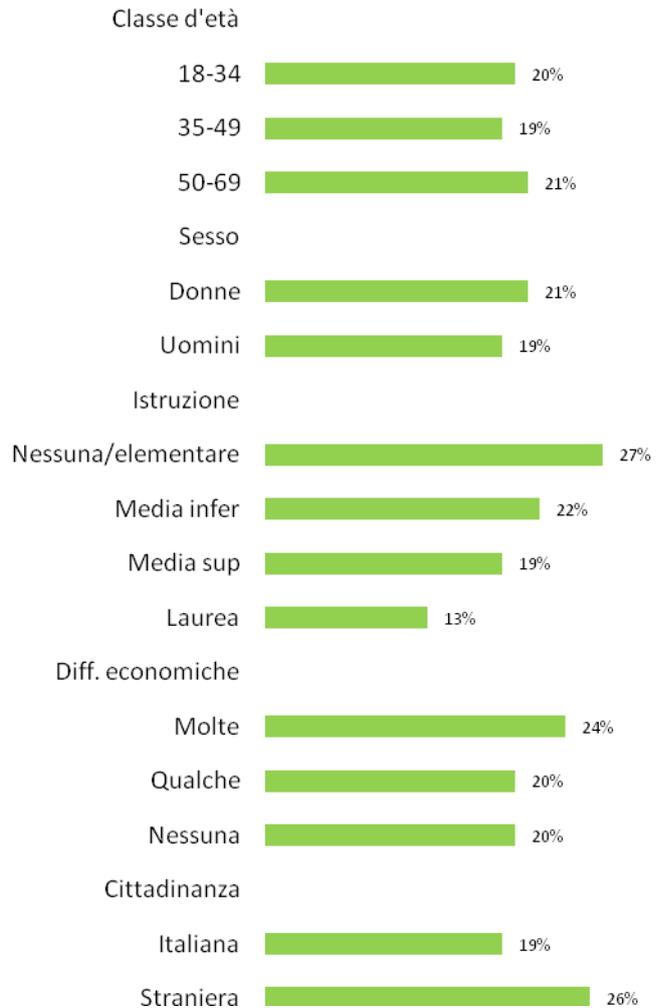
- *persona attiva*: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni oppure lavoro pesante dal punto di vista fisico
- *sedentario*: meno di 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana; non svolge lavoro pesante dal punto di vista fisico
- *parzialmente attivo*: non sedentario, ma non raggiunge livelli della persona attiva.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

	AAS 5	FVG	Italia
Attivo	36,4 %	35,4 %	32,8 %
Parzialmente attivo	43,3 %	44,0 %	35,2 %
Sedentario	20,1%	20,6%	32,0%



% di sedentari per caratteristiche socio-demografiche AAS5 2012-2015 (n=297)



Lo stile di vita sedentario si associa frequentemente ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 25% delle persone ipertese (vs il 18% delle persone normotese)
- il 24% delle persone in sovrappeso (vs il 17% dei normopeso)
- il 24% dei fumatori (vs il 19% dei non fumatori)
- il 27% delle persone con sintomi di depressione (vs il 20% di chi non ne ha).

% di sedentari per regione di residenza
POOL Asl 2012-2015

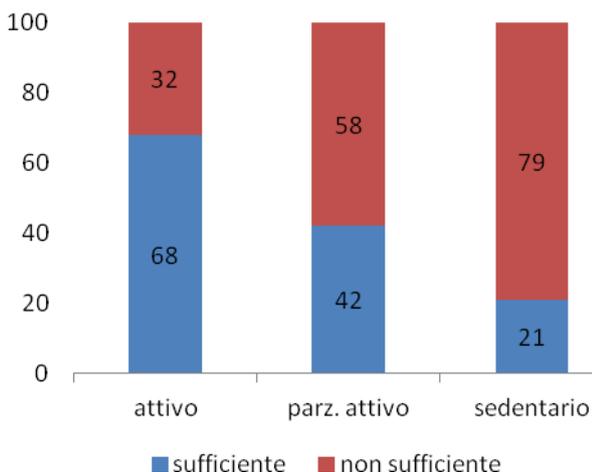


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

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.

Autopercezione del livello di attività fisica praticata

Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
AAS5 PASSI 2012-15



Il 42% delle persone parzialmente attive ed il 21% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente

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

	AAS 5	FVG	Italia
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica	33,1 %	29,6 %	30,1 %
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	45,9 %	n.d.	42,7 %
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	43,2 %	n.d.	37,5 %

Conclusioni

Nella AAS 5 "Friuli Occidentale" si stima che il 36% pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 20% può essere considerato completamente sedentario.

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

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, obesi o in sovrappeso).

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

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.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Abitudine al fumo di sigaretta – AAS 5 PASSI 2012-2015

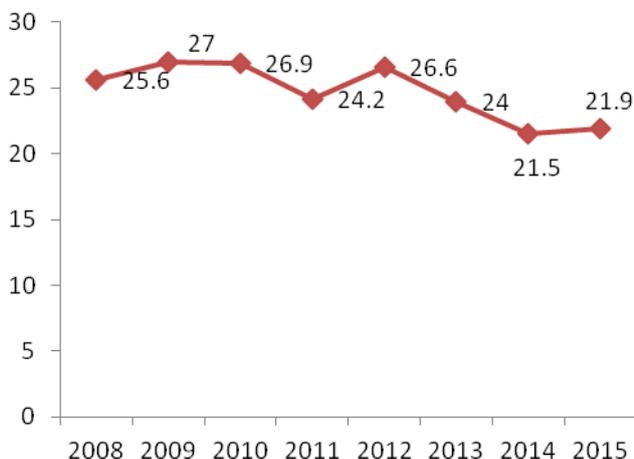
	AAS 5	FVG	Italia
Non fumatori ¹	54,3	50,2	55,2
Fumatori ²	22,6	26,7	26,9
Ex –fumatori ³	22,1	23,1	17,9

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

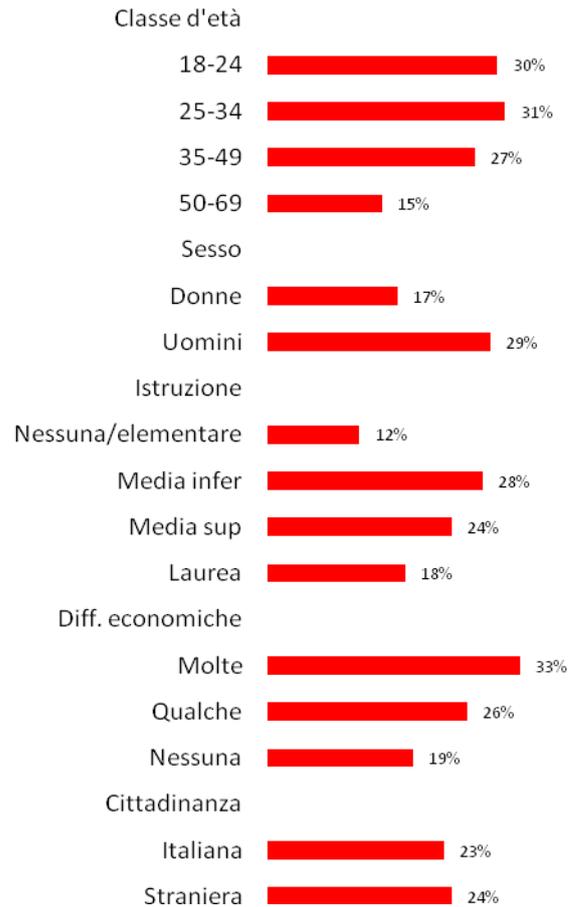
2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Analisi del trend dei fumatori AAS5 2008-2015



Fumatori Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche AAS5 2012-2015



I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Solo il 4% fuma più di 20 sigarette al giorno (*forte fumatore*).

L'1% degli intervistati viene definito *fumatore occasionale* (fumatore che non fuma tutti i giorni) e sempre l'1% è *in astensione* (fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

Qual è l'attenzione degli operatori sanitari?

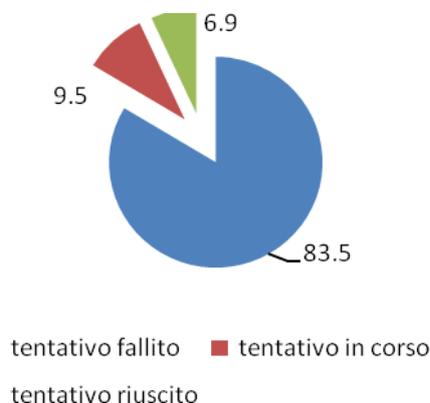
	AAS 5	FVG	Italia
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	44,8 %	46,9 %	38,8 %
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali¹ (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	49,6 %	45,2%	51,3 %

Il 49,6% dei fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare, l'ha ricevuto per motivi di salute (15,5%), a scopo preventivo (24%) o per entrambe le ragioni (10,1%).

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

Il 41% dei fumatori ha tentato almeno una volta di smettere di fumare, ma solo il 7% ci è riuscito.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare
tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
AAS5 2012-2015



Il 95% delle persone che sono riuscite a smettere di fumare ce l'hanno fatta da soli, l'1% con l'aiuto di farmaci, l'1% attraverso corsi dell'Asl o di altri enti.

A livello regionale, la percentuale che ha tentato di smettere di fumare è del 38% e solo il 10% ci è riuscito.

Tra il pool di ASL nazionali, il 37% ha tentato di smettere di fumare e solo il 8,5% ci è riuscito.

Fumo passivo

L'abitudine al fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro

Per quanto riguarda il rispetto del divieto di fumare all'interno dei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, gli intervistati dell'AAS 5 si dimostrano in linea con i risultati ottenuti dalla Regione Friuli Venezia Giulia, superiori a quelli nazionali.

PASSI 2012-2015

Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	AAS 5	FVG	Italia
nei locali pubblici	95,7%	96,4	90,3%
sul luogo di lavoro	93,6%	94,7	92,1%

A livello nazionale, il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici va dal 97% della Valle d'Aosta al 78% della Calabria.

Percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici Pool ASL 2012-2015



L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell' AAS 5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2012-15:

- il 91% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- l' 8% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 1% che si fuma ovunque.

A livello regionale, l'86,2% degli intervistati afferma che non si può fumare in casa. A livello nazionale, tale percentuale è del 79,6%.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 95% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa (percentuale nazionale pari all'86,6%).

Conclusioni

Nella AAS5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2012-15, si stima che **circa una persona su cinque sia classificabile come fumatore**; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-35 anni. Quasi la metà dei fumatori, ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

Quasi la metà dei fumatori ha tentato di smettere di fumare ma di questi meno di 1 su dieci ci è riuscito. 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.

Ormai consolidato sempre essere in tutta Italia il rispetto del divieto di fumo sia negli ambienti di lavoro che nei locali pubblici.

Consumo di alcol

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

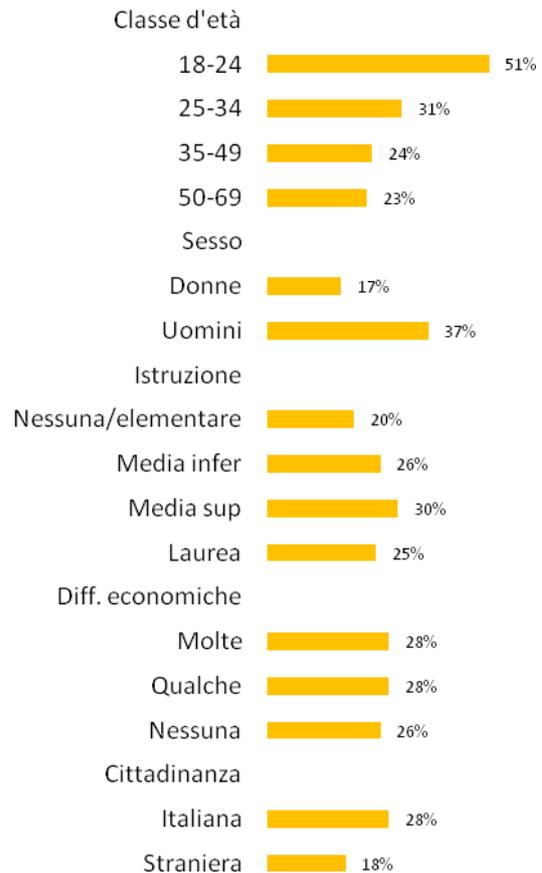
Consumo di alcol – AAS5 - PASSI 2012-15

	AAS5	FVG	Italia
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	67,1%	68,7%	54,9%
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	14,3%	15,7%	8,1%
Consumo abituale elevato (più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, per gli uomini) e più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, per le donne)	5,8%	5,8%	3,5%
Consumo binge (5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010))	14,1%	15,4%	8,9%
Consumo a maggior rischio (consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti)	27,1%	29,1%	17%

Il consumo di alcol è sensibilmente maggiore nel Nord Italia, in particolare la percentuale più elevata di intervistati con un maggior rischio consumo è nella provincia di Bolzano (39,7%).

Consumo a maggior rischio

Percentuali per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2012-15



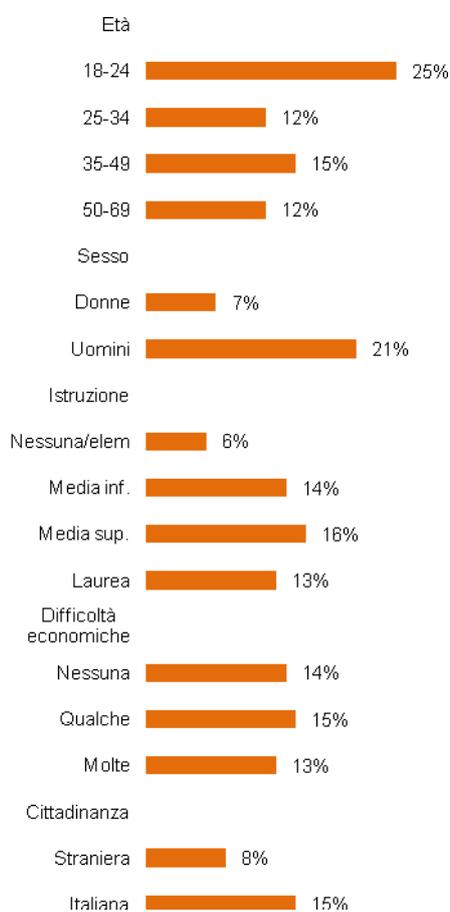
Il fenomeno del binge drinking vede coinvolti soprattutto gli uomini e i giovani. A livello nazionale, è sempre la provincia di Bolzano che presenta il numero maggiore di persone con questa tipologia di rischio (23,1%).

Binge drinking

POOL ASL 2012-15



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Consumo BINGEPercentuali per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2012-15**Gli operatori sanitari suggeriscono di bere meno?**

Consiglio operatori sanitari - PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	6,2 %	6,3 %	6,1 %

In AAS 5 la percentuale di persone che ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol è pari al 4% tra i consumatori fuori pasto, al 8% dei bevitori binge e in quelli con consumo abituale elevato al 15%, in linea con i dati regionali e nazionali.

Alcol e guida

Tra gli indicatori previsti dal Sistema di Sorveglianza PASSI vi è la guida sotto l'effetto dell'alcol. In questo caso viene chiesto agli intervistati se negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si è messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) dopo aver bevuto nell'ultima ora 2 o più unità alcoliche. Inoltre viene indagato anche se l'intervistato ha viaggiato in un veicolo a motore guidato da un uomo o una donna che aveva bevuto 2 o più unità alcoliche nell'ora precedente.

Guida e alcol - PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Guida sotto effetto dell'alcol	9,7%	9,4%	8,1%
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	7,8%	n.d.	5,5%
Controlli forze dell'ordine	45,1%	41,8%	32,4%
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	12,4%	12,2%	10,2%

Conclusioni

Il Friuli Venezia Giulia si classifica tra le regioni italiane nelle quali il consumo di alcol è molto elevato.

La maggioranza della popolazione della Azienda per l'Assistenza Sanitaria "Friuli Occidentale" beve alcol (67%). Tuttavia, **si stima che più di un adulto su quattro (27%) abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione.** Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più uno su cinque, tra i giovani uno su quattro.

In aumento soprattutto fra i giovani di particolare rilevanza è il fenomeno del binge drinking.

Per quanto riguarda invece la guida in stato di ebbrezza si nota che è più frequente fra gli uomini adulti e questa cattiva abitudine è molto diffusa nella nostra regione rispetto al resto dell'Italia.

Rischio cardiovascolare

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

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

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

Tra gli intervistati in AAS5 si stima che circa **il 97% degli intervistati presenta almeno un fattore di rischio**: il 43% ha un eccesso ponderale, il 23% è un fumatore, il 20% è sedentario, il 4% presenta una condizione di diabete. Successivamente verranno approfonditi i dati raccolti in merito all'ipertensione, ipercolesterolemia e all'utilizzo del carta del rischio.

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?

Il 95% degli intervistati riferisce di aver misurato almeno una volta nella vita la pressione ipertesa. Di questi, l'85% l'ha misurata per almeno una volta negli ultimi due anni. Il 10% delle persone straniere intervistate riferisce di non averla mai misurata.

PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono di essere ipertesi	22,5%	20,9%	19,8%

La condizione di ipertensione in AAS5 è maggiormente diffusa:

- negli uomini (25% vs 20% delle donne)
- tra gli italiani (24% vs il 14% degli stranieri)
- nella classe d'età 50-69 (39% vs il 6% della classe 18-34)
- in chi riferisce qualche difficoltà economica (27%) o ha un titolo di studio medio basso (68%)
- in chi è in sovrappeso (34%).

In AAS5, il 77% degli intervistati riferisce di assumere farmaci, all'80% è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, all'82% di svolgere attività fisica.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia 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 ed ipertensione.

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?

Il 75% degli intervistati riferisce di aver misurato almeno una volta nella vita il colesterolo. Tale valore è pari al 79,9% in FVG e al 79,4% a livello nazionale.

Il 50% degli stranieri riferisce di non aver mai effettuato questo controllo, così come il 32% di chi dichiara molte difficoltà economiche.

PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono avere ipercolesterolemia	23,9%	25,2%	23,6%

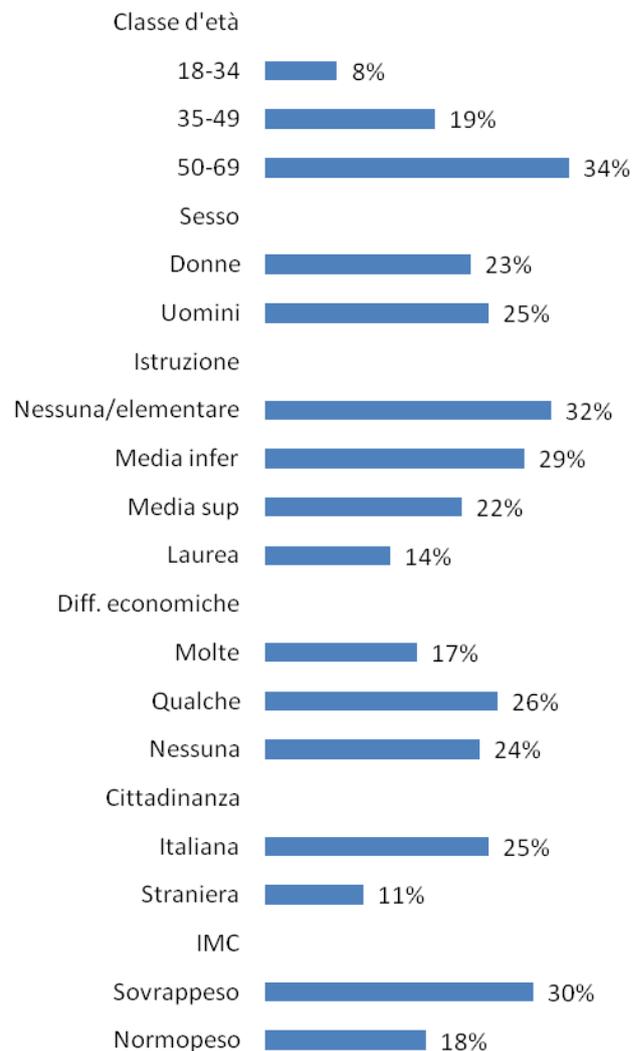
Il 29% delle persone intervistate con ipercolesterolemia riferiscono di essere in trattamento farmacologico.

All'87% è stato consigliato di aumentare l'attività fisica e di diminuire il consumo di carne,

Al 79% è stato consigliato di incrementare il consumo di frutta e verdura e di perdere peso.

% di persone che riferiscono ipercolesterolemia

AAS5 2012-15



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.

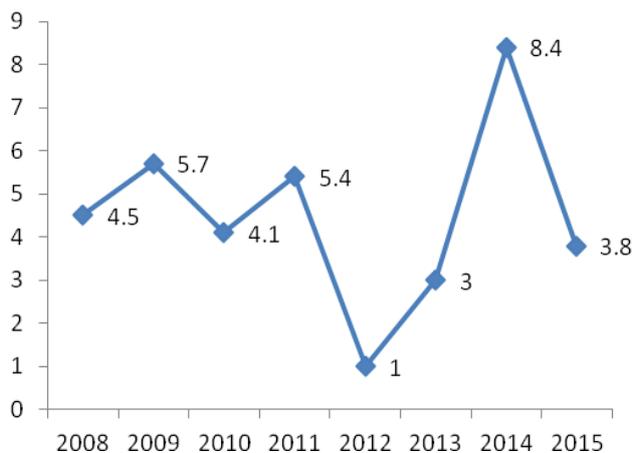
Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono aver utilizzato questo strumento	4%	4,3%	5,3%

Il calcolo del punteggio individuale di rischio cardiovascolare è conosciuto soprattutto dagli italiani (4,6%), dalla fascia d'età 50-69 (7%), da chi ha qualche difficoltà economica (5%), da chi ha più di 5 fattori di rischio (15%).

Analisi del trend dell'utilizzo della carta di rischio AAS5 2008-2015



Conclusioni

Si stima che nella AAS 5 "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.

Meno di una persona su dieci non è mai stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, percentuale che aumenta soprattutto nelle persone straniere.

Per quanto riguarda l'ipercolesterolemia, si stima che nella fascia d'età 18-69 anni, **circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia**, fino a salire a una persona su tre sopra ai 50 anni.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia una su tre 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.

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

In 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.

Sicurezza stradale e domestica

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni, rappresentando quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

Utilizzo dei dispositivi di sicurezza- PASSI 2012-15

	AAS 5	FVG	Italia
Uso della cintura anteriore sempre	95%	94%	85%
Uso della cintura posteriore sempre	40%	38%	20%
Uso del casco sempre	98%	99%	96%

In AAS5 la percentuale di intervistati che dichiara di utilizzare sempre la cintura posteriore di sicurezza è aumentata negli anni passando dal 37% del 2008 al 42% del 2015.

% di persone che utilizzano sempre la cintura posteriore di sicurezza

POOL ASL 2012-15



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Utilizzo dei dispositivi 0-6 anni

L'85% degli intervistati in provincia di Pordenone riferisce di non avere nessuna difficoltà a far utilizzare i dispositivi di protezione dei bambini in auto.

La difficoltà d'utilizzo è presente soprattutto tra gli intervistati che hanno riportato di avere bambini tra i 2 e i 6 anni (16%), molte difficoltà economiche (19%) e un'istruzione medio alta (17%).

% di persone che utilizzano sempre la cintura posteriore di sicurezza

POOL ASL 2012-15



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

La percentuale di chi ha difficoltà è pertanto del 15%, in linea con il dato regionale (pari al 16%) ed inferiore rispetto al valore nazionale (22%).

Campagne informative

Il 59% degli intervistati afferma di aver sentito delle campagne informative sull'importanza dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei bambini.

Tale valore è simile al valore nazionale, pari al 61%.

Sicurezza domestica

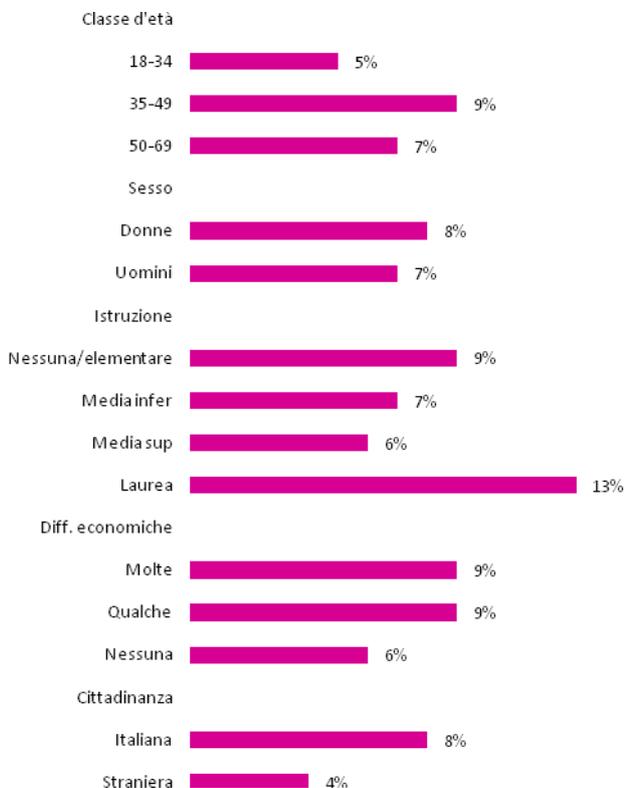
Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza.

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.

Principali indicatori- PASSI 2012-2015

	AAS 5	FVG	Italia
Consapevolezza del rischio	7,5%	8,4%	5,9%
Ha subito un infotunio negli ultimi 12 mesi	4,4%	4,6%	3,2%

Caratteristiche socio demografiche delle persone che considerano alto il rischio di incidente domestico AAS5 2012-15



La percezione di subire un rischio in ambito domestico è maggiore tra i laureati e i cittadini italiani.

Inoltre, se nell'abitazione sono presenti:

- ragazzi fino ai 14 anni tale percentuale è pari all'8%,
- persone con più di 65 anni, la percentuale è del 7%
- più persone anziane, il valore è dell'8%.

Campagne informative

Il 20% degli intervistati dichiara di aver sentito campagne informative per la prevenzione degli incidenti domestici. Lo riferiscono in modo statisticamente maggiore gli italiani (22% vs il 5% degli stranieri).

Le informazioni sono state raccolte tramite opuscoli (50%), mass media (30%), medici o altri operatori sanitari (17%), tecnici (16%), familiari e parenti (4%).

In seguito alla ricezione di informazioni, il 39% afferma di aver modificato il comportamento.

La modifica del comportamento è avvenuta per il 66% tra gli stranieri, per il 41% tra i giovani, per il 48% tra chi riferisce molte difficoltà economiche, per il 50% in chi vive con persone anziane.

Conclusioni

L'utilizzo della cintura di sicurezza anteriore e del casco ormai sono abitudini consolidate. In fase di miglioramento l'utilizzo della cintura posteriore e dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini.

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. E' fondamentale però lavorare sulla trasmissione di informazioni, in quanto queste incidono positivamente sulla modifica dei comportamenti, soprattutto nelle categorie più a rischio.

METODI

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

Passi è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda Sanitaria (ASS) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validata a livello nazionale ed internazionale. Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prioritariamente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita da persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria regionale.

I criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono la residenza nel territorio aziendale e disponibilità di un recapito telefonico.

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

Strategie di campionamento

Il sistema di sorveglianza PASSI è nato soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello della ASS, il campionamento deve garantire quindi la rappresentatività a livello aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è il campionamento stratificato proporzionale per sesso a classi d'età (18-34, 35-49, 50-69) ed è direttamente effettuato dall'anagrafe sanitaria dell'ASS. Il protocollo dello studio prevede inoltre che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna ASS, sia di 25 unità. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irraggiungibili o che non desiderano partecipare all'indagine. Per confrontare i dati di ciascuna realtà locale con i dati complessivi della regione di appartenenza, i programmi di analisi permettono di ottenere le stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASS partecipanti al sistema di sorveglianza.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal Personale del Dipartimento di prevenzione con cadenze mensili; luglio e agosto sono stati considerati come unica mensilità. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi dei dati

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

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre presentati i valori relativi all'insieme delle ASS partecipanti al sistema PASSI ("pool PASSI") nel quadriennio 2008-2011.