

Sistema di sorveglianza Passi

Sintesi rapporto regionale 2009

Friuli Venezia Giulia



Redazione e impaginazione a cura di:

Tolinda Gallo (*Dipartimento di Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli"*)

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Tolinda Gallo - *Dipartimento di Prevenzione, ASS 4 "Medio Friuli"*

Via Chiusaforte 2, 33100 Udine

e-mail: linda.gallo@ass4.sanita.fvg.it

Indice

	pag.
Il sistema di sorveglianza PASSI : i risultati 2009	5
Profilo socio-demografico	
Il campione 2009	8
Benessere	
Salute percepita	12
Depressione	13
Guadagnare Salute	
Attività Fisica	16
Situazione nutrizionale	18
Consumo di alcol	20
Abitudine al Fumo	22
Fumo passivo	24
Rischio cardiovascolare	
Rischio cardiovascolare	26
Ipertensione arteriosa	27
Ipercolesterolemia	28
Calcolo del rischio cardiovascolare	29
Sicurezza	
Sicurezza stradale	32
Sicurezza domestica	35
Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce del tumore della mammella	38
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	40
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	42
Vaccinazione antinfluenzale	44
Vaccinazione antirosolia	45
Appendice	
Metodi	48
Monitoraggio	49

Il sistema di Sorveglianza PASSI: i risultati 2009

Che cos'è il sistema di sorveglianza Passi?

Il Piano sanitario nazionale 2006-08 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione.

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

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

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* statunitense).

Il sistema PASSI indaga aspetti relativi a:

- principali fattori di rischio per le malattie croniche inseriti nel programma *Guadagnare salute*: sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo
- rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio
- programmi di prevenzione oncologica per il 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.

Ogni mese un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato per sesso ed età dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale del Dipartimento di Prevenzione, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima tramite internet e registrati in un archivio unico nazionale. In Friuli Venezia Giulia nel 2009 sono state effettuate 1862 interviste

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

Salute e stili di vita in Friuli Venezia Giulia *alcuni dati in sintesi*

- | | |
|---|--|
| - il 66% giudica la propria salute positivamente | - il 29% fuma |
| - il 6% ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane | - il 20% ha riferito di essere iperteso |
| - il 37% pratica l'attività fisica raccomandata | - il 24% ha riferito di avere il colesterolo alto |
| - il 21% è completamente sedentario | - il 27% è classificabile come bevitore a rischio |
| - il 42% è in eccesso ponderale (30% in soprappeso e il 12% obeso) | - il 14% ha riferito di aver guidato "sotto l'effetto dell'alcol" nell'ultimo mese |



profilo sociodemografico

il campione 2009

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione 2009

La popolazione in studio è costituita da circa 840.000 residenti di 18-69 anni iscritti nel 2009 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 6 Aziende Sanitarie (ASS) del Friuli Venezia Giulia

Nel 2009 sono state intervistate 1.862 persone di 18 - 69 anni selezionate con *campionamento proporzionale stratificato* per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

L'età e il sesso

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

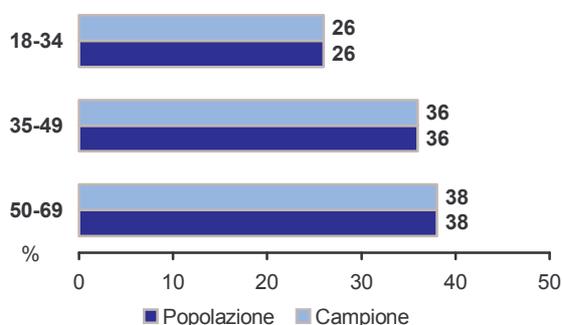
Per quanto riguarda lo stato civile, i coniugati sono il 59%, i celibi/nubili il 27%, i vedovi/e il 4%, e i separati/divorziati il 9%.

Caratteristiche demografiche degli intervistati Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (%)

Numerosità	1.862
<i>Uomini</i>	50,2
<i>Donne</i>	49,8
Età media (anni)	45
18-34	25,9
35-49	35,1
50-69	38,9
Titolo di studio	
<i>nessuno/elementare</i>	10,3
<i>media inferiore</i>	31,5
<i>media superiore</i>	43,8
<i>laurea</i>	14,2
Lavoro regolare ¹	70,2
Difficoltà economiche	
<i>nessuna</i>	54,7
<i>qualche</i>	35,3
<i>molte</i>	9,9

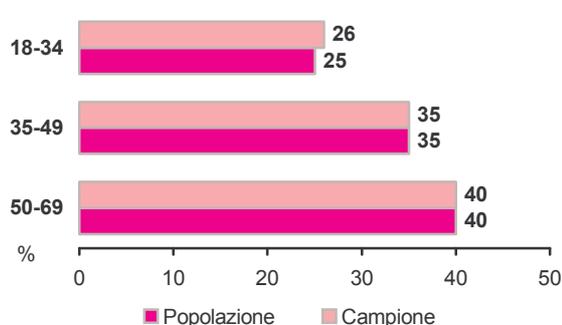
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI (%)

Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=934)



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

Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=928)



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera nel campione sono il 6%.

Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani (18-34: 12,4%; 35-49: 6,1%) mentre poco meno del 2% dei 50-69 anni sono stranieri. Le donne sono in maggior percentuale (6,6%) rispetto agli uomini (5,6%). Va precisato che, poiché il protocollo prevede la sostituzione degli stranieri che non sono in grado di sostenere l'intervista in italiano, Passi fornisce informazioni sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

¹ campione compreso tra 18 e 65 anni

Il titolo di studio

Il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 14% è laureato.

Il titolo di studio conseguito dipende fortemente dall'età: nella classe di età 50-69 la percentuale di persone con il livello di istruzione più elevato (media superiore/laurea) è pari al 38%, sensibilmente più bassa rispetto alle classi 35-49 e 18-34 (rispettivamente 64% e 79%).

Il lavoro

Il 70% del campione tra i 18 e i 65 anni ha dichiarato di lavorare regolarmente.

Le donne, in tutte le classi di età, hanno un'occupazione regolare in minor misura rispetto agli uomini (complessivamente 70% contro 84%).

La maggior percentuale di lavoratori regolari è stata osservata nella classe di età 35-49 anni.

Difficoltà economiche

Nel questionario Passi si è rilevata anche la percezione di difficoltà economiche, riconoscendo l'importanza dei determinanti sociali sulla salute come evidenziato anche a livello internazionale.

Il 10% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 35% qualche difficoltà, il 55% nessuna.



benessere

percezione dello stato di salute
depressione

Salute percepita

La percezione dello stato di salute testimonia il 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 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 psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Percezione dello stato di salute– Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	65,5 (63,2-67,7)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica	
0 giorni	81,5
1-13 giorni	14,7
>= 14 giorni	3,8

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Il 66% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute. Il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male o 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 croniche severe.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, si mantengono le significatività per le variabili indicate.

Stato di salute percepito positivamente°	
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=1.604)	
Caratteristiche	% IC95%
Totale	65,5 63,2-67,7
Età	
18 - 34	80,9
35 - 49	70,3
50 - 69	50,5
Sesso	
uomini	68,7
donne	62,1
Istruzione	
nessuna/elementare	43,0
media inferiore	59,7
media superiore	70,6
laurea	78,9
Difficoltà economiche	
molte	53,0
qualcuna	62,0
nessuna	70,1
Patologie severe°°	
almeno una	38,1
assente	72,6

° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
 °° almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali sono in continua crescita a livello mondiale; in particolare l'OMS stima che la depressione entro il 2020 diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

In Italia si stima che ogni anno oltre un milione e mezzo di persone adulte soffrano di un disturbo di tipo depressivo (*studio Esemmed, 2008*).

Sintomi di depressione– Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane ¹	6,4 (5,2-7,7)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²	49,5 (40,1-59,0)
Figure di ricorso per sintomi di depressione	
nessuna	50,4
medico/operatore sanitario	31,6
famiglia/amici	12,7
entrambi	5,2

¹Classificazione basata su un punteggio ≥ 3 del Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime due settimane durante i quali gli intervistati hanno provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si sono sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

²La domanda è stata fatta ad un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.

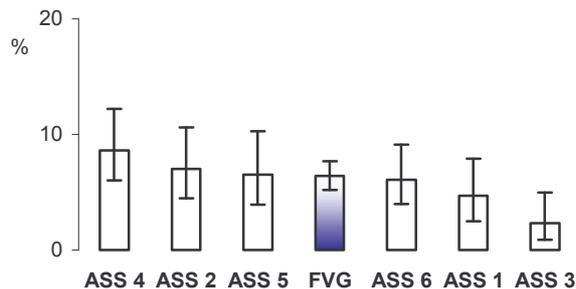
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 6% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.
- A essere più colpite dai sintomi di depressione sembrano essere le donne (quasi il doppio rispetto agli uomini), le persone con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata viene confermata l'associazione dei sintomi di depressione con il sesso, le difficoltà economiche e la presenza di malattie croniche.

Sintomi di depressione		
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=1.836)		
Caratteristiche	Persone con sintomi di depressione °	
	%	IC95%
Totale	6,4	5,2-7,7
Classi di età		
18 - 34	6,2	
35 - 49	7,2	
50 - 69	5,9	
Sesso		
uomini	4,7	
donne	8,2	
Istruzione		
nessuna/elementare	6,9	
media inferiore	6,8	
media superiore	6,6	
laurea	4,8	
Difficoltà economiche		
molte	14,0	
qualche	7,6	
nessuna	4,3	
Stato lavorativo		
lavora	5,7	
non lavora	7,8	
Patologie severe		
almeno una	10,8	
nessuna	5,3	

- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione per ASS
- Il range varia tra il 2% dell'ASS 3 "Alto Friuli e il 9% dell'ASS 4 "Medio Friuli"
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS

Persone con sintomi di depressione, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009

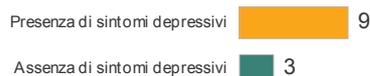


Quali conseguenze hanno i sintomi depressione?

- Il 31% di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono", contro il 68% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi di depressione.
- Anche la media dei giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività
Friuli Venezia Giulia Passi 2009

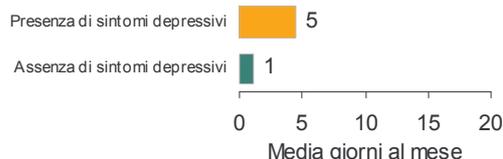
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



Giorni con limitazione di attività



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Tra le persone con sintomi di depressione, la metà (50%) si è rivolta a qualcuno: il 32% è stata da un medico, il 13% ha chiesto aiuto ai familiari e il 5% si è rivolta sia a un medico sia ai familiari.

Conclusioni e raccomandazioni

I sintomi depressivi in regione Friuli Venezia Giulia riguardano quasi una persona su dieci. Per la presa in carico e il trattamento dei disturbi mentali, il ruolo dei servizi sanitari è ancora limitato, tanto che una significativa quota di bisogno non giunge alla loro attenzione. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una quota rilevante del carico complessivo di malattia (perdita di anni di vita in buona salute) nei Paesi industrializzati, colpisce il limitato ricorso, da parte delle persone con sintomi di depressione, all'assistenza del servizio sanitario. Questo è un campo in cui appare quanto mai opportuno attivare interventi efficaci.

guadagnare salute

attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo

Attività fisica

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta molto il rischio di disabilità. Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei Paesi sviluppati. Alcuni interventi aumentano la pratica dell'attività fisica e migliorano la forma: le campagne di informazione, la promozione dell'uso delle scale, i programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali). Tra questi, Passi rileva i suggerimenti forniti dagli operatori sanitari.

Attività fisica – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Livello di attività fisica	
Attivo ¹	37,3 (34,9-39,6)
parzialmente attivo ²	41,3 (38,9-43,7)
Sedentario ³	21,3 (19,3-23,3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴	34,7 (32,1-37,2)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴	28,8 (26,4-31,3)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	18,7 (14,5-22,8)

¹ 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 minuti per almeno 3 giorni)
² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero
⁴ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

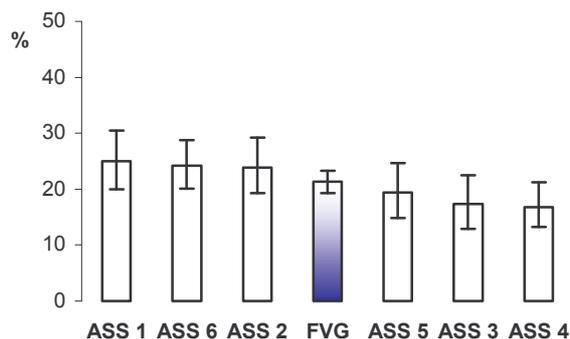
Quanti sono sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Circa il 37% delle persone intervistate ha riferito di effettuare un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo, il 41% non effettuava un lavoro pesante e praticava attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 21% era completamente sedentario.
- Si osservano percentuali maggiori di completamente sedentari tra i 50-69enni, tra le donne e tra le persone che hanno livello di istruzione più basso. Emerge inoltre una maggior componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

Sedentari	
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=1.858)	
Caratteristiche	% IC95%
Totale	21,3 19,3-23,3
Classi di età	
18-34	18,5
35-49	20,2
50-69	24,2
Sesso	
uomini	20,4
donne	22,2
Istruzione	
nessuna/elementare	30,4
media inferiore	25,4
media superiore	18,4
laurea	14,5
Difficoltà economiche	
molte	24,7
qualche	24,3
nessuna	18,7

- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Aziende Sanitarie regionali .
- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale.
- Non sempre la percezione soggettiva corrisponde al livello di attività fisica svolta.; il 19% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

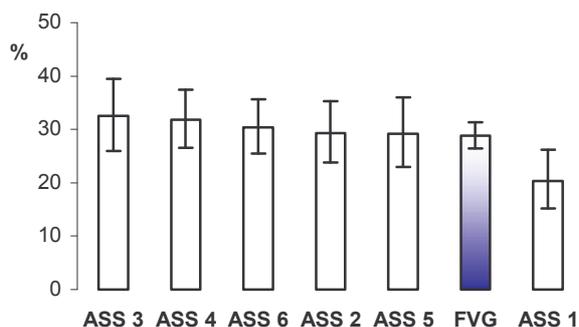
Sedentari, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



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

- Solo il 35% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Riferiscono di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente nel 29% dei casi.
- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che riferiscono che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica (range 20% ASS 1 "Triestina" e 33% ASS 3 "Alto Friuli").

Consiglio di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Conclusioni

L'attività fisica è praticata in modo insufficiente e molti miglioramenti sono possibili soprattutto tra i 50-69enni, le donne, le persone con livello di istruzione più basso e tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

L'attenzione e il consiglio del medico, misure efficaci nel modificare lo stile di vita sedentario, dovrebbero essere esercitati con maggiore frequenza e fiducia. In una rilevante quota di popolazione la percezione dell'adeguatezza del proprio livello di attività fisica è sopravvalutata. È quindi importante potenziare la comunicazione pubblica sulla essenziale esigenza dell'organismo: muoversi!

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta infatti 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 caratteristiche ponderali vengono definite in relazione 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 e sono rappresentate in 4 categorie: *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: in particolare si raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*"five a day"*).

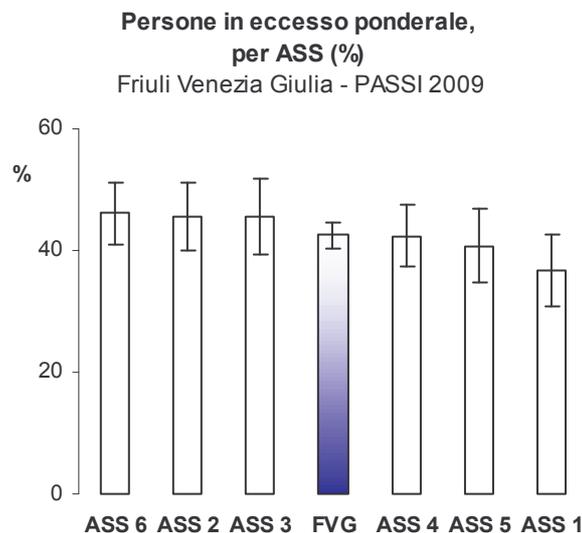
Situazione nutrizionale – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i>	30,2 (28,0-32,3)
<i>obeso</i>	12,3 (10,7-13,8)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹	
<i>sovrappeso</i>	47,4 (42,7-52,2)
<i>obeso</i>	81,4 (76,0-86,6)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,0 (11,4-14,6)
¹ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi	

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

- L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è significativamente più frequente al crescere dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione. .
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, si mantengono le significatività rilevate.

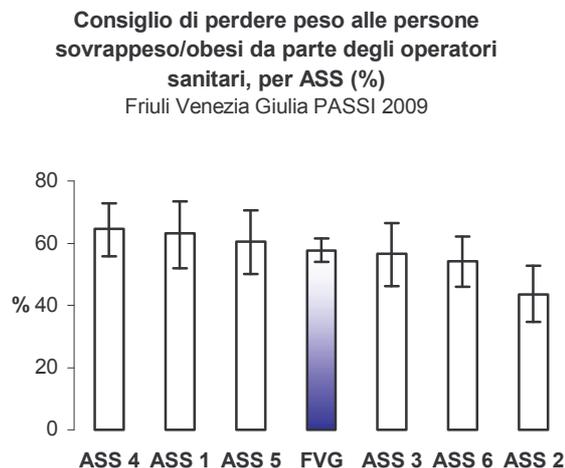
Persone in eccesso ponderale (BMI ≥ 25)		
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=1.857)		
Caratteristiche	Sovrappeso	Obesi
	% IC95%	% IC95%
Totale	30,2 28,0-32,3	12,3 10,7-13,8
Classi di età		
18 - 34	22,1	4,5
35 - 49	29,0	10,7
50 - 69	36,8	19,0
Sesso		
uomini	40,1	12,4
donne	20,1	12,1
Istruzione		
nessuna/elementare	45,5	19,4
media inferiore	30,0	18,0
media superiore	30,0	9,5
laurea	19,9	2,7
Difficoltà economiche		
molte	28,8	15,4
qualche	31,1	14,4
nessuna	29,9	10,2

- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone in eccesso ponderale per ASS
- Il range varia tra il 37% dell'ASS 1 "Triestina" e il 46% dell'ASS 6 "Friuli Occidentale"
- Non emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS



Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di perdere peso e di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- Il 58% delle persone con eccesso ponderale (sovrappeso/obese) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso e il 38% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.
- Emergono differenze significative nel confronto tra le ASS circa il consiglio di perdere peso (range 44% dell'ASS 2 "Isontina" e il 65% dell'ASS 4 "Medio Friuli")



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

Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Solo il 13%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

Conclusioni e raccomandazioni

Per diffusione e conseguenze sulla salute l'eccesso ponderale è il secondo principale rischio modificabile per la salute in Italia e un problema prioritario di salute pubblica.

Le persone in sovrappeso spesso sottovalutano la loro condizione. E gli stessi operatori sanitari sembrano ancora non porre l'attenzione necessaria.

Esistono ancora grandi margini di miglioramento per:

- promuovere nelle famiglie la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale, favorendo il movimento e una dieta sana
- modificare la sottovalutazione del sovrappeso
- aumentare l'attenzione specifica e i consigli di medici e operatori sanitari
- aumentare la disponibilità, l'accessibilità e il consumo di frutta e verdura
- mettere in atto programmi intersettoriali che favoriscano la mobilità attiva e una dieta scarsa di alimenti ipercalorici e bevande zuccherine.

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*). 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.

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 più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità (in passato 3 e 2 unità rispettivamente). Il *binge drinking* è il consumo di almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione.

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

Consumo di alcol – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	69,4 (67,3-71,5)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,4 (10,9-13,9)
Bevitori binge	9,9 (8,5-11,3)
Forte bevitori	14,3 (12,6-15,9) ¹
Bevitori a rischio ²	27,3 (25,2-29,4) ³
Attenzione dell'operatore sanitario al consumo di alcol	21,1(18,9-23,2)
Consiglio di ridurre il consumo nei bevitori a rischio	7,4 (4,3-10,5)

¹ applicando la precedente definizione di forte consumo: 5,8 (4,7-7,0)
² bevitori fuori pasto o bevitori binge o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non è la somma dei singoli comportamenti
³ applicando la precedente definizione di forte consumo: 21,9(20,0-23,8)

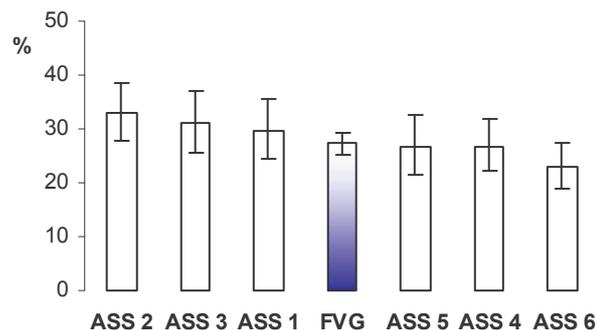
Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- Circa un quarto degli intervistati (27%) è un bevitore a rischio
- Il consumo di alcol a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di 18-24 anni, gli uomini, nelle persone con alta istruzione.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, queste associazioni si mantengono statisticamente significative.

Consumo di alcol a rischio (ultimo mese) Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=1.852)	
Caratteristiche	Bevitori a rischio % IC95%
Totale	27,3 25,2-29,4
Classi di età	
18 - 24	57,0
25 - 34	36,3
35 - 49	21,9
50 - 69	24,3
Sesso	
uomini	36,1
donne	18,4
Istruzione	
nessuna/elementare	18,1
media inferiore	26,2
media superiore	29,6
laurea	29,7
Difficoltà economiche	
molte	24,1
qualche	28,1
nessuna	27,5

- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che sono da considerare bevitori a rischio nelle ASS regionali
- Il range varia dal 23 % della ASS 6 “Friuli Occidentale” al 33% della ASS 2 “Isontina”.
- **Non si** osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS

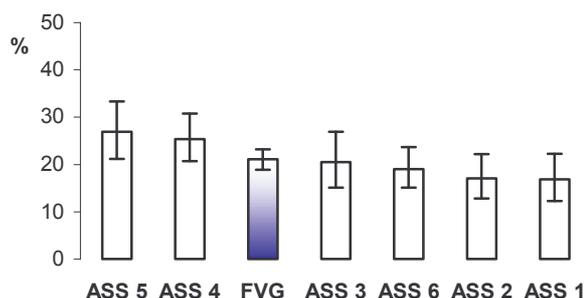
Bevitori a rischio, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



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

- Nelle ASS regionali solo il 21% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Inoltre poco più del 7% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto da un medico o un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.
- **Non si** osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS regionali

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol, per ASS
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia si stima che circa un terzo della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcolici che possono essere definite a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni due giovani su tre sono classificabili come bevitori a rischio.

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 che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderare i consumi nei bevitori a rischio.

Nella nostra Regione, importante produttore di vini in cui l'alcol fa parte della cultura popolare, gli operatori sanitari possono promuovere azioni di sensibilizzazione e responsabilizzazione delle Comunità locali sul consumo consapevole di alcol in collaborazione con Comuni, Istituzioni scolastiche, Associazioni ed Enti territoriali.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie.

Rappresenta inoltre il maggiore 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*).

Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Abitudine al fumo– Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Fumatori ¹	28,9 (26,7-31,1)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ²	46,3 (43,7-48,9)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori)	54,8 (49,8-59,8)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	38,2 (33,7-42,7)
Ex fumatori che hanno smesso da soli	96,5 (94,8-98,2)
Divieto di fumare rispettato <i>sempre o quasi sempre</i>	
<i>nei locali pubblici</i>	95,7 (94,6-96,7)
<i>sul luogo di lavoro</i>	90,3 (88,4-92,1)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	81,2 (79,3-83,1)

¹chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi
²tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi

- L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle classi d'età più giovani, tra gli uomini, nelle persone con livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e con molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, si conferma l'associazione significativa per classi di età più giovani, sesso maschile e livello di istruzione intermedio

Abitudine al fumo di sigaretta Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=1860)	
Caratteristiche	Fumatori % IC95%
Totale	28,9 26,7-31,1
Classi di età	
18 - 24	44,1
25 - 34	35,2
35 - 49	32,9
50 - 69	20,3
Sesso	
uomini	34,7
donne	23,1
Istruzione	
nessuna/elementare	15,2
media inferiore	34,6
media superiore	29,5
laurea	24,4
Difficoltà economiche	
molte	40,7
qualche	33,5
nessuna	23,6

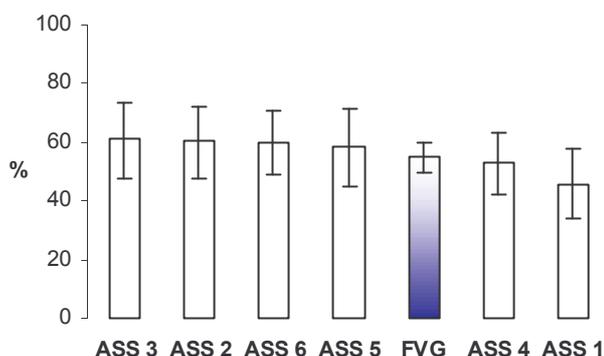
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo?

Complessivamente circa il 46% delle persone, che sono state da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo, e precisamente: il 70% dei fumatori, il 40% degli ex fumatori² e il 35% dei non fumatori³.

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

- Il 55% dei fumatori, che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- Nel 27% dei casi, il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 16% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 11% per entrambi i motivi.
- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 49% dell'ASS "Triestina" e 61% dell'ASS 3 "Alto Friuli")
- Il 38% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.
- Fra gli ex fumatori il 96% ha smesso di fumare da solo.

Consiglio di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo è risultata più frequente tra gli uomini e i giovani, tra cui circa tre persone su dieci hanno riferito di fumare. Circa un fumatore su due ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario, e quasi tutti gli ex fumatori hanno riferito di aver smesso senza usare farmaci, che pure esistono e sono efficaci. I servizi delle ASS possono svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli sono efficaci nell'indurre un cambiamento.

Infine, il sistema sanitario dovrebbe esercitare pressioni per l'attuazione piena degli impegni che il nostro Paese ha preso sottoscrivendo la Convenzione internazionale contro il tabacco del 2003.

² chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

³ chi ha fumato meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma o non ha mai fumato

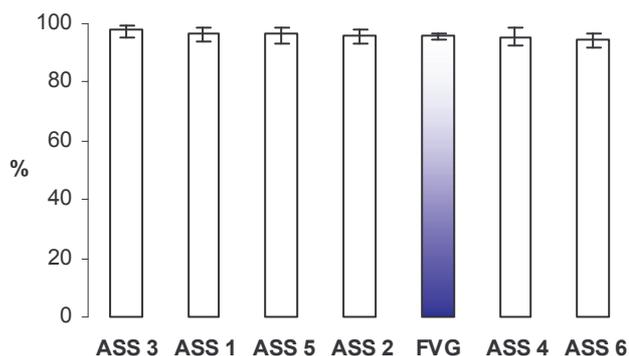
Fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone; altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

Con la Legge "Tutela della salute dei non fumatori" (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stato uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità.

- Il 96% delle persone intervistate ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Riguardo all'abitudine di fumare in ambito domestico, l'81% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione, mentre nel restante 19% dei casi si può fumare in alcuni locali (15%) o dappertutto (4%).
- La percentuale di abitazioni con un minore di 14 anni in cui si fuma, con o senza limitazioni, è del 11%.
- Tra gli intervistati che lavorano, infine, il 90% ha riferito che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici
("sempre" o "quasi sempre")
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

Le ASS dovrebbero poter considerare la legge per il divieto di fumo come un vero e proprio strumento per "fare salute". Programmi di controllo e vigilanza dovrebbero garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie dovrebbero, per prime, assicurare la qualità dell'aria che si respira nei loro edifici. Campagne promozionali dovrebbero tendere a ridurre quella quota di case (19%) in cui, secondo i dati 2009 del sistema Passi, è possibile fumare e quindi esporre gli altri, e spesso i bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.

rischio cardiovascolare

rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori suscettibili di essere modificati, che sono correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa); la probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti dei sottogruppi più a rischio. In questa sezione si presentano i risultati relativi a tre principali fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete) e all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Rischio cardiovascolare – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	20,3 (18,4-22,1)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	86,1 (84,4-87,8)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	23,6 (21,4-25,9)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	80,7 (78,9-82,5)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	6,3 (4,9-7,7)

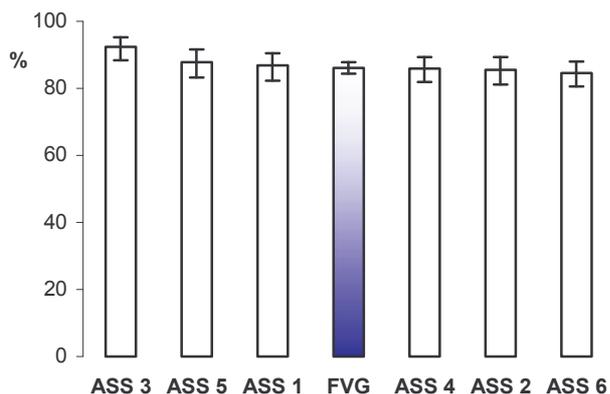
¹ tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa
² tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia
³ su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare per malattie frequenti, invalidanti o mortali come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costi circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi. L'ipertensione è inoltre associata a fattori modificabili quali contenuto di sale della dieta, eccesso ponderale e sedentarietà. La frequenza di ipertensione è pertanto riducibile, oltre che col controllo farmacologico, con interventi su questi fattori comportamentali.

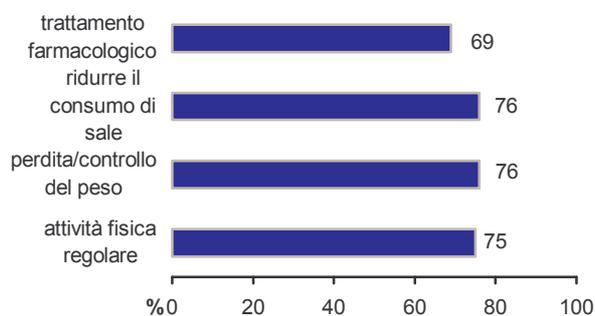
- La pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, nell'86% della popolazione del Friuli Venezia Giulia
- Nel grafico a lato è rappresentata la situazione nelle ASS regionali (range: 85% ASS 6 "Friuli Occidentale" - 92% ASS 3 "Alto Friuli").
- La percentuale di coloro, cui è stata fatta una diagnosi di ipertensione, varia dal 15% nell'ASS 1 Triestina" al 22% delle ASS 4 "Alto Friuli", ASS 5 "Bassa Friulana" e ASS 6 "Friuli Occidentale"

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



- Il 69% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.
- Al 76% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 76% di controllare il peso corporeo e al 75% di svolgere regolarmente

Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (%)



* ogni variabile considerata indipendentemente

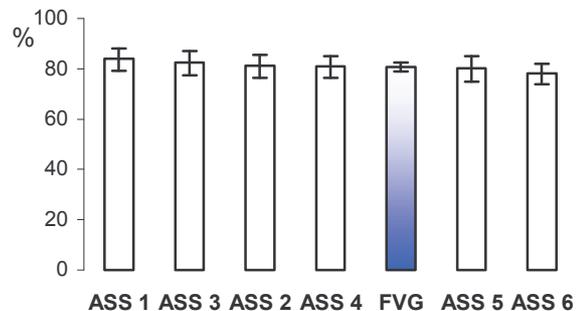
Ipercolesterolemia

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.

- La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita, nell'81% della popolazione del Friuli Venezia Giulia
- Nel grafico a lato è rappresentata la situazione nelle ASS regionali (range: 85% ASS 6 "Friuli Occidentale" - 92% ASS 3 "Alto Friuli").
- La percentuale di coloro, cui è stata fatta una diagnosi di ipertensione, varia dal 15% nell'ASS 1 Triestina" al 22% delle ASS 4 "Alto Friuli", ASS 5 "Bassa Friulana" e ASS 6 "Friuli Occidentale"

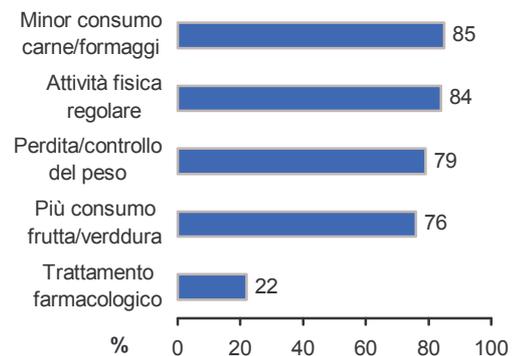
Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



- Il 22% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.
- Al 76% degli intervistati ipercolesterolemici è stato consigliato maggiore consumo di frutta e verdura, all'85% minor consumo di carne e formaggi, al 79% di controllare il peso all'84% di svolgere regolarmente attività fisica

Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico

Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (%)



* ogni variabile considerata indipendentemente

Calcolo de rischio cardiovascolare

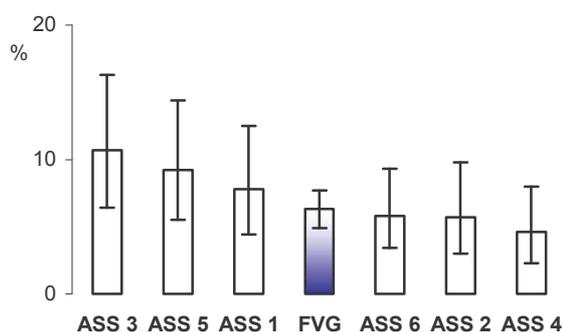
La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di 6 fattori di rischio: sesso, età, diabete, fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Uno degli obiettivi del Piano nazionale della Prevenzione è l'estensione dell'uso della carta del rischio come strumento di valutazione clinica.

- Il 6% degli intervistati di età 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale.
- Il range varia dal 5% dell'ASS 4 "Medio Friuli" al 11% dell'ASS 3 "Alto Friuli".
- **Non** si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale

Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare tra i 35-69 anni, per ASS (%)

Friuli Venezia Giulia- PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia un quinto della popolazione di 18-69 anni è iperteso e un quarto presenta valori elevati di colesterolemia; sopra ai 50 anni oltre un terzo della popolazione è interessata dalla patologia.

L'identificazione precoce della presenza di ipertensione o ipercolesterolemia attraverso controlli regolari (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità; in questo campo un ruolo determinante può essere svolto dai medici di Medicina Generale.

Il trattamento farmacologico è seguito dalla maggior parte delle persone ipertese e da un quarto di quelle con colesterolemia elevata. La maggior parte degli ipertesi e degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio di adottare modifiche nel comportamento per controllare il fattore di rischio (quali ad esempio attività fisica regolare, dieta appropriata).

I programmi di controllo e riduzione di pressione e colesterolo, basati sull'iniziativa dei medici di famiglia, possono potenziare quelli per l'attuazione delle raccomandazioni relative a dieta e attività fisica, con l'obiettivo comune di abbassare il rischio cardiovascolare.

In programmi di questo tipo, dovrebbe essere generalizzato l'uso della carta del rischio cardiovascolare: uno strumento che può migliorare la qualità della valutazione clinica e la consapevolezza dell'assistito.

sicurezza

sicurezza stradale
infortuni domestici

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Ogni giorno in Italia si verificano in media 630 incidenti, che provocano la morte di 14 persone e il ferimento di altre 893.

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

Gli incidenti stradali 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 il controllo su guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti da parte delle Forze dell'Ordine.

Sicurezza stradale- Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹	
<i>casco sempre</i>	98,3 (97,0-99,6)
<i>cintura anteriore sempre</i>	92,6 (91,4-93,9)
<i>cintura posteriore sempre</i>	39,5 (36,8-42,1)
Guida sotto effetto dell'alcol ²	14,4 (12,3-16,5)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	8,3 (8,0-9,7)

¹ percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile
² aver guidato – nell'ultimo mese – entro un'ora dall'aver bevuto >2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara che negli ultimi 30 giorni ha bevuto almeno un'unità alcolica e ha guidato

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

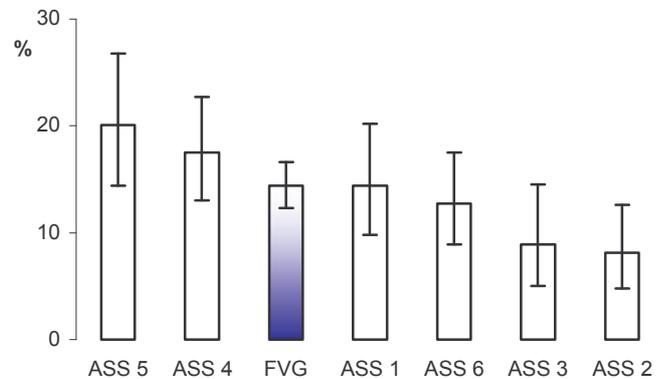
- Il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne .
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, rimane statisticamente significativa la differenza di comportamento rilevata tra uomini e donne.

Guida sotto l'effetto dell'alcol ^o Friuli Venezia Giulia PASSI 200 (n=1239)	
Caratteristiche	persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol* % IC95%
Totale	14,4 12,3-16,5
Classi di età	
18 - 24	11,9
25 - 34	15,8
35 - 49	13,4
50 - 69	14,6
Sesso	
uomini	20,1
donne	5,2
Istruzione	
nessuna/elementare	15,2
media inferiore	15,3
media superiore	15,6
laurea	8,8
Difficoltà economiche	
molte	16,6
qualche	15,3
nessuna	13,5

^o tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
* coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Non sono emerse differenze statisticamente significative nella guida sotto l'effetto dell'alcol nelle ASS regionali - anche per la ridotta numerosità campionaria a livello aziendale (range: 8% ASS 2 "Isontina" -20% ASS 5 "Bassa Friulana")

Guida sotto l'effetto dell'alcol, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009

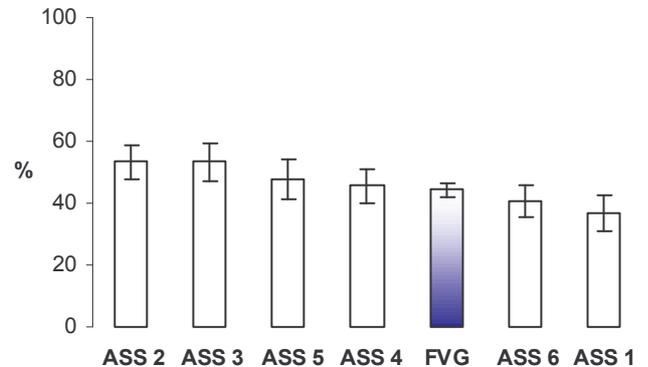


Quante persone sono state controllate dalle Forze dell'ordine?

- Il 44% degli adulti intervistati dichiara di aver subito un controllo - da guidatore o da passeggero - nel corso dell'ultimo anno.
- Nel confronto tra le ASS, i controlli risultano significativamente più frequenti nelle ASS 2 "Isontina" e ASS 3 "Alto Friuli" (53%) e meno nella ASS 1 "Triestina" (37%).
- Le persone che dichiarano di essere state fermate, come guidatore o passeggero, sono incorse in questo controllo, in media, circa tre volte negli ultimi 12 mesi.

Persone che riferiscono un controllo da parte delle Forze dell'ordine

Friuli Venezia Giulia-PASSI 2009



Quante persone hanno effettuato l'etiltest?

- Solo il 10% dei fermati riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etiltest.
- Il controllo con etiltest è riferito più frequentemente dai giovani: si va dal 13% dei 18-24enni al 10% dei 50-69enni.
- La percentuale più bassa di controlli con etiltest si registra nella ASS 6 "Friuli Occidentale" (7%), mentre la più alta nell' ASS 3 "Alto Friuli" (15%).

Persone che riferiscono che il guidatore ha effettuato l'etiltest

Friuli Venezia Giulia-PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo una persona su tre utilizza la cintura di sicurezza posteriore. L'uso sistematico della cintura di sicurezza posteriore dovrebbe rappresentare un obiettivo per tutte le ASS sia a livello regionale sia nazionale.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema (circa un guidatore su sei è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), che non riguarda solamente le classi d'età più giovani.

I controlli delle Forze dell'ordine con l'etilotest sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale in tutte le classi di età. Questi controlli sono ancora poco diffusi: rimane pertanto un ampio margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale e sono decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, ma occorre non dimenticare che per migliorare la sicurezza stradale rimangono importanti anche gli interventi strutturali ed ambientali.

Sicurezza domestica

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica: i gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni. Il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

Sicurezza domestica- Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	88,7 (87,2-90,3)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	27,1 (25,0-29,3)
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹	33,1 (27,8-38,3)

¹tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

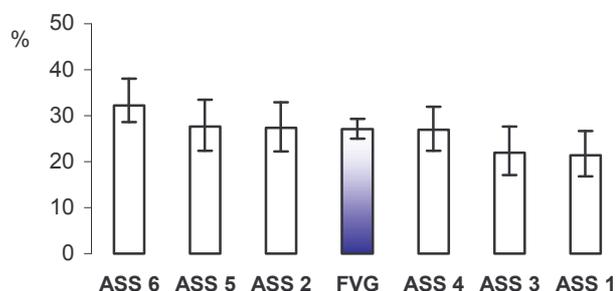
Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

L'89% degli intervistati ha dichiarato di avere una bassa percezione del rischio di infortunio domestico (range: 87% ASS 2 "Isontina" e ASS 4 "Medio Friuli" - 94% ASS 5 "Bassa Friulana")

Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da chi?

- Circa un quarto degli intervistati (27%) ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (25%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario (4%) o tecnici (2%).
- Tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, il 33% ha modificato i comportamenti o adottato misure per rendere la casa più sicura.

Informazioni ricevute sulla prevenzione degli infortuni domestici, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano un problema emergente di salute pubblica, gli intervistati hanno riferito bassa consapevolezza del rischio. Le informazioni sulla prevenzione sono ancora insufficienti. Opuscoli e mass media sembrano gli strumenti informativi più efficaci. Tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere più sicura la casa. La popolazione si dimostra sensibile al problema: è quindi opportuno mettere in campo un ventaglio di attività informative e preventive e un sistema per misurare nel tempo l'efficacia degli interventi.

programmi di prevenzione individuale

diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
diagnosi precoce del tumore della mammella
diagnosi precoce del tumore del colon-retto
vaccinazione antinfluenzale
vaccinazione antirosolia

Diagnosi precoce del tumore 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 (per un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

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. A livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è del 50%.

Diagnosi precoce del tumore della mammella (50-69anni) - Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	82,5 (78,3-86,6)
Donne che hanno ricevuto una lettera dall'ASS	83,3 (79,2-87,5)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell' operatore sanitario	69,8 (64,7-75,0)
Donne che hanno visto la campagna informativa	3,8 (79,7-88,0)

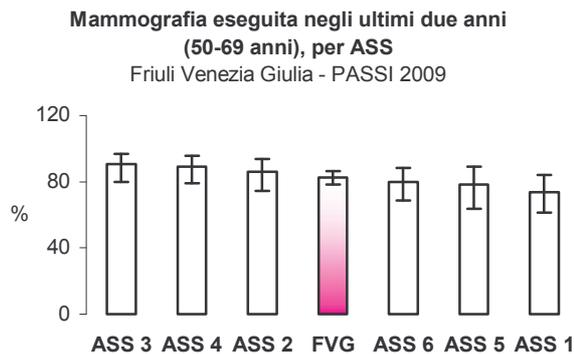
Quante donne hanno eseguito la mammografia negli ultimi due anni?

- Circa l'85% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva, cioè in assenza di sintomi, nel corso degli ultimi due anni (il 64% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 18% come screening spontaneo al di fuori dei programmi organizzati).
- Circa un sesto delle donne non è coperta rispetto all'effettuazione dell'esame "preventivo" (17%).
- L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più bassa nelle donne che dichiarano molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, si evidenziano differenze statisticamente significative per le donne che dichiarano molte difficoltà economiche..
- L'età media alla prima mammografia a scopo di diagnosi precoce è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella attualmente raccomandata (50 anni). Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 65% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia "preventiva" una volta nella vita.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50-69 anni) Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=362)	
Caratteristiche	Mammografia negli ultimi due anni° % IC95%
Totale	82,5 78,3-86,6
Classi di età	
50- 59	84,2
60 -69	81,3
Stato civile	
coniugata	85,2
non coniugata	77,0
Convivenza	
convivente	86,3
non convivente	74,8
Istruzione	
nessuna/elementare	81,5
media inferiore	82,0
media superiore	84,6
laurea	81,7
Difficoltà economiche	
molte	71,1
qualche	76,8
nessuna	88,3

° a scopo preventivo, in assenza di segni o sintomi

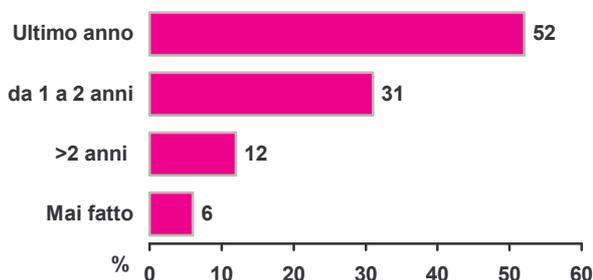
- La percentuale di donne 50-69enni che hanno riferito di aver effettuato la Mammografia “preventiva” negli ultimi 2 anni raggiunge valori elevati in tutte le ASS regionali (range: 74% ASS 1 “Triestina” - 91% ASS 3 “Alto Friuli”).



Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 52% delle donne ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 31% da uno a due anni e il 1% da più di due anni.
- Il 6% delle donne intervistate non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

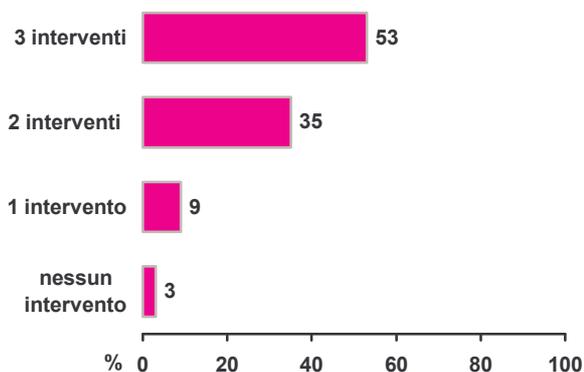
Periodicità di esecuzione della Mammografia (%)
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=322)



Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Le donne di 50-69 anni, che hanno effettuato una mammografia preventiva nell'ultimo biennio, ritengono che gli interventi di promozione ricevuti abbiano avuto un'influenza positiva: lettera della ASS (83%), campagna comunicativa (84%), consiglio dell'operatore (70%).
- L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando sono associati tra loro

Interventi di promozione dell'ultima Mammografia (%)
Friuli Venezia Giulia – PASSI 2009 (n=364)



Conclusioni

In Friuli Venezia Giulia la copertura stimata nelle donne 50-69enni relativa all'effettuazione della Mammografia è elevata (85%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (65%) sia della quota di adesione spontanea (20%), che in questo screening è molto meno rilevante rispetto a quello cervicale. I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; la lettera di invito e il consiglio sanitario associati si confermano gli strumenti più efficaci. La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori; per alcuni è forse possibile intervenire con un'azione comunicativa attenta e mirata. L'età media della prima Mammografia riferita è di 45 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame “preventivo” prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce del tumore 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 del tumore e della relativa mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (per un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi. Sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante. Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni.

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero (25-64anni) - Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Effettuato un Pap test preventiva negli ultimi 3 anni	85,8 (83,3-88,6)
Donne che hanno ricevuto una lettera dall'ASS	88,1 (65,6-72,8)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell' operatore sanitario	69,2 (65,6-72,8)
Donne che hanno visto la campagna informativa	75,5 (72,2-78,8)

Quante donne hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni?

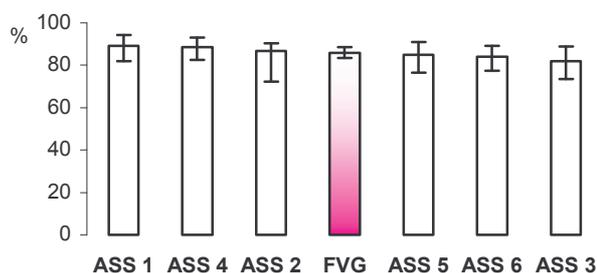
- Circa l'86% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni (il 54% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 32% come screening spontaneo).
- Circa un sesto delle donne non è "coperta" rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo (13%).
- L'effettuazione regolare dell'esame è meno frequente nelle donne della fascia di età 50-64 non coniugate o non conviventi, con un livello d'istruzione più basso e con molte difficoltà
- Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tutte le variabili considerate, fatta eccezione per lo stato di convivenza, rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'aver eseguito un Pap test negli ultimi tre

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=778)	
Caratteristiche	Pap-test negli ultimi tre anni° % IC95%
Totale	85,8 (83,3-88,6)
Classi di età	
25 - 34	86,6
35 - 49	90,8
50 - 64	79,9
Stato civile	
coniugata	90,0
non coniugata	79,6
Convivenza	
convivente	89,2
non convivente	78,9
Istruzione	
nessuna/elementare	71,5
media inferiore	78,3
media superiore	91,5
laurea	90,5
Difficoltà economiche	
molte	79,4
qualche	85,5
nessuna	87,9

° a scopo preventivo, in assenza di segni o sintomi

- Non sono emerse differenze significative nelle ASS regionali circa la percentuale di donne 25-64enni che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni (range: 89% ASS 1 “Triestina” - 82% ASS 3 “Alto Friuli”)

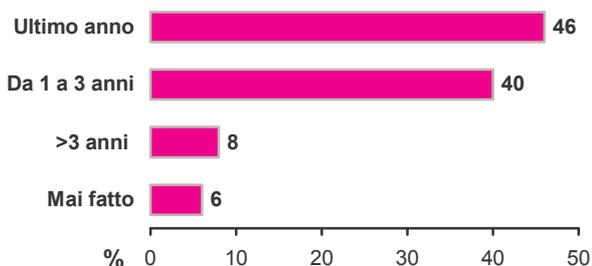
Pap test eseguito negli ultimi tre anni (25-64 anni), per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Qual è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato, il 46% delle donne intervistate ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 40% da uno a tre anni, l'8% da più di tre anni.
- Il 6% delle donne intervistate non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

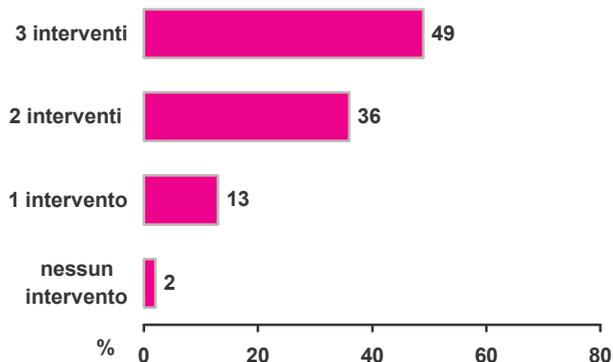
Pap-test e periodicità (%)
Friuli Venezia Giulia PASSI 2009 (n=778)



Quale efficacia della promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Le donne di 25-64 anni, che hanno effettuato il Pap test, hanno riferito di ritenere che gli interventi di promozione ricevuti abbiano avuto un'influenza positiva nelle seguenti percentuali: lettera dell'ASS (86%), consiglio dell'operatore (80%), campagna comunicativa (76%).
- L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando questi sono tra loro associati

Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test (%)
Friuli Venezia Giulia -PASSI 2009 (n=778)



Conclusioni

In Friuli Venezia Giulia la copertura nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test è elevata; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (54%) sia della quota non trascurabile di adesione spontanea (32%). I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; la lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace. 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 correlato a consigli non sempre appropriati da parte degli operatori sanitari

Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti.

Il Piano nazionale di prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone nella fascia 50-69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci (con frequenza biennale) o, in alternativa, l'esecuzione di una retto-sigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è 5 anni.

Diagnosi precoce del tumore del colon retto (50-69anni) - Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto fecale (SOF) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	20,9 (17,7-24,2)
Eseguita una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	13,8 (11,0-16,6)
Ha ricevuto una lettera dall'ASS	16,6 (13,9-19,4)
Ha ricevuto il consiglio dell' operatore sanitario	29,9 (26,3-33,4)
Ha visto la campagna informativa	45,5 (41,6-49,4)

Quanti hanno eseguito un esame per la diagnosi di tumore del colonretto in accordo con le linee guida?

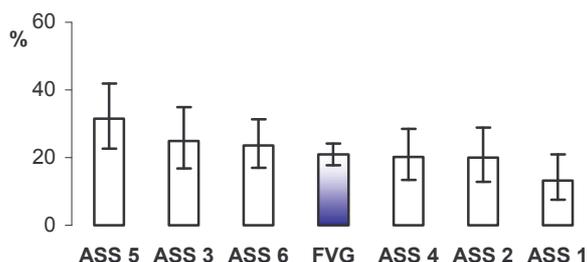
- Circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo (SOF) in accordo con le linee guida (ultimi due anni)
- Il 14% degli intervistati ha riferito di aver effettuato una retto sigmoidoscopia/ colonscopia preventiva nel corso degli ultimi cinque anni.
- Analizzando tutte insieme le caratteristiche della tabella tramite un modello logistico multivariato si osserva che:
 - la ricerca del sangue occulto è meno frequente nelle persone 50-59enni
 - la colonscopia è meno frequente, nei 50- 59enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con qualche difficoltà economica.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni)		
Friuli Venezia Giulia PASSI 2008 (n=675 per ricerca sangue occulto; n=698 per colonscopia)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale*	Colonscopia*
	% IC95%	% IC95%
Totale	20,9 17,7-24,2	13,8 11,0-16,6
Classi di età		
50 - 59	12,0	10,9
60 - 69	27,4	15,9
Sesso		
uomini	18,9	15,6
donne	22,8	12,1
Istruzione		
nessuna/elementare	24,3	15,1
media inferiore	20,0	14,7
media superiore	18,7	26,6
laurea	23,1	11,5
Difficoltà economiche		
molte	21,8	2,7
qualche	20,2	12,7
nessuna	21,2	16,0

**ricerca del Sof negli ultimi due anni; retto-sigmoidoscopia/ colonscopia negli ultimi cinque anni*

La prevalenza delle persone di 50-69 anni che hanno eseguito un Sof negli ultimi due anni mostra un gradiente territoriale con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale (range: 4% Sicilia - 56% Emilia-Romagna).

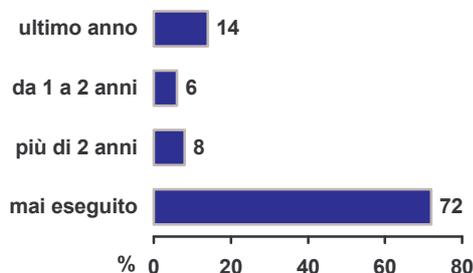
Ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, 50-69 anni, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009



Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi dei tumori colorettali?

- Rispetto all'ultima ricerca del sangue occulto, il 14% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 6% da uno a due anni, l'8% da più di due anni e il 72% non ha mai eseguito l'esame.
- Rispetto all'ultima colonscopia preventiva, il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, l'8% da uno a cinque anni, il 4% da sei o più anni e l'83% non ha mai eseguito l'esame.

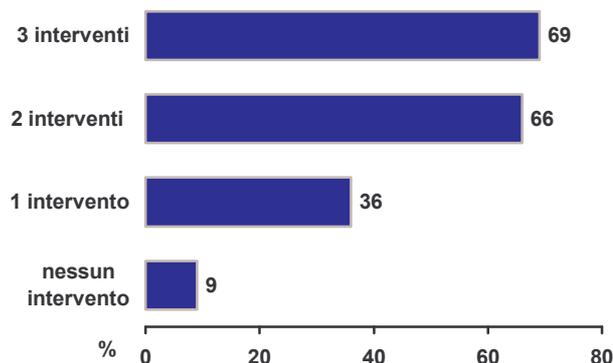
Sangue occulto e periodicità (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2009 (n=675)



Quale efficacia della promozione della diagnosi precoce dei tumori colorettali?

- Il 17% delle persone intervistate di 50-69anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla Asl per eseguire un esame per la prevenzione dei tumori colorettali, il 30% di essere stato consigliato da un medico un operatore sanitario e il 46% di avere visto o sentito una campagna informativa
- L'efficacia degli interventi di promozione sia per l'esecuzione del Sof che della rettosigmoidoscopia/ colonscopia è maggiore quando questi sono tra loro associati.

Interventi di Promozione pe la prevenzione dei tumori colorettale (%)
Friuli Venezia Giulia -PASSI 2009 (n=778)



Conclusioni

In Friuli Venezia Giulia l'attivazione dello screening colorettale è recente pertanto non ha ancora raggiunto il livello di copertura "desiderabile" (>65%) nella popolazione target.

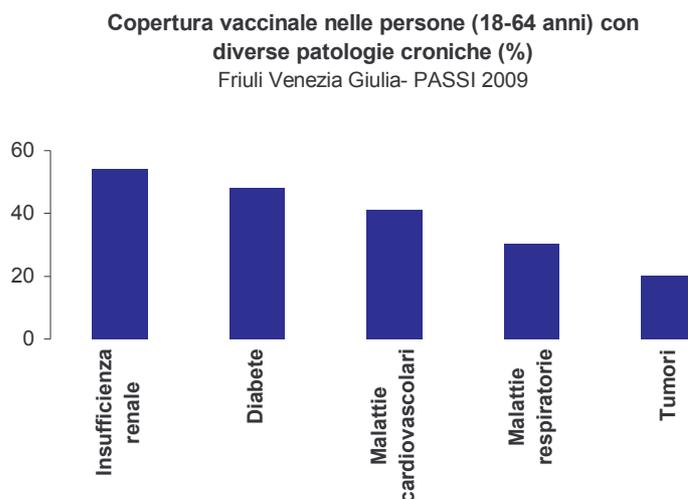
Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di patologie croniche), che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche (mortalità, ospedalizzazioni ecc). La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata ai soggetti a rischio (in particolare: persone con oltre 64 anni e adulti di 18-64 anni con malattie croniche).

Vaccinazione antinfluenzale- Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Vaccinati 18-64 (campagna vaccinale 2008-2009)	11,0 (8,6-13,3)
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia cronica	29,2 (2,6-36,7)

La copertura vaccinale tra i portatori di malattie croniche

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni, portatori di almeno una patologia cronica, solo il 29% ha dichiarato di essersi vaccinato, durante la campagna antinfluenzale 2008-2009.
- La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra gli ammalati di tumore (20%), di patologie respiratorie croniche (30%);
 - poco più elevati i valori tra le persone affette da malattie cardiovascolari (41%) diabete (48%) e insufficienza renale (54%).



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere elevate coperture vaccinali delle categorie a rischio.

Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute (obiettivo di copertura minima fissato al 75%), negli ultimi anni è stato possibile vaccinare la maggior parte degli ultrasessantatrenni. Tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, tuttavia, la copertura stimata è ancora molto insufficiente (si è vaccinata poco più di una persona su quattro). Esiste quindi un potenziale guadagno di salute, estendendo la vaccinazione in questi gruppi di popolazione.

Vaccinazione antirosolia

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

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

Per eliminare la rosolia congenita, si ritiene che la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Vaccinazione antirosolia- Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Donne vaccinate (18-49 anni)	30,1 (26,0-34,2)
Donne suscettibili (18-49 anni) ¹	37,1 (33,0-41,3)

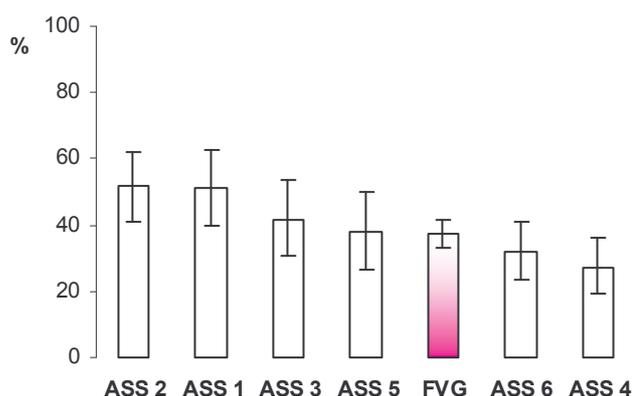
¹ donne suscettibili = non ha effettuato il rubeotest e non è stata vaccinata, oppure ha il rubeotest negativo

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Secondo quanto riferito dalle donne intervistate di 18-49 anni, il 63% è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (30%) o per copertura naturale, rilevata dal rubeotest positivo (33%).
- Il 3% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con rubeotest negativo.
- Nelle donne in cui lo stato immunitario non è conosciuto (34%), lo si considera presuntivamente come negativo.
- Lo stato di suscettibilità (certa e presunta) varia nelle diverse ASS regionali (range:27% ASS 4 "Medio Friuli" - 52% ASS 2 "Isontina").

Donne 18-49 anni suscettibili all'infezione, per ASS (%)

Friuli Venezia Giulia PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

La percentuale di donne in età fertile che sono (certamente o presuntivamente) suscettibili alla rosolia è ancora molto alto.

Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita, è necessario che le ASS pianifichino programmi d'intervento finalizzati all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili, grazie al coinvolgimento e alla collaborazione di diverse figure professionali: medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche.

appendice

metodi
monitoraggio

Metodi

Tipo di studio

Passi è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda Sanitaria tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

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

Popolazione di studio

Popolazione di studio: persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 6 ASS della regione Friuli Venezia Giulia (circa 840.000 persone).

- Criteri di inclusione: residenza nel territorio regionale e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per Passi si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASS regionali

La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASS è di 25 unità.

Interviste

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

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 dei Dipartimenti di Prevenzione durante tutto l'anno 2009, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è stata pari a circa 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 31% degli intervistatori ha utilizzato nel 2009 il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.

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 garantire idonea rappresentatività, sono stati aggregati i dati delle singole ASS opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto (quali ad esempio età e genere) sono state effettuate analisi mediante *stratificazione* e *regressione logistica*.

Nel presente rapporto per gli indicatori di principale interesse vengono mostrati grafici per il confronto del dato regionale con quello delle 6 Aziende Sanitarie regionali introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% per la variabile considerata (IC 95%).

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (D.L. n. 196/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*). Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

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

Il personale intervistante ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi

dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento. La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente custoditi, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale. Relativamente ai supporti informatici utilizzati sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, al fine di impedire l'accesso non autorizzato.

Le interviste vengono trasferite in forma anonima in un archivio nazionale tramite un collegamento protetto via internet. Gli elementi identificativi presenti a livello locale su supporto cartaceo o informatico sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (www.passidati.it). Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali. Si riportano di seguito le principali definizioni.

- *Popolazione indagata*: persone 18-69enni residenti in ASS e registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico.
- *Eleggibilità*: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati 18-69enni, residenti nella ASL con disponibilità di un recapito telefonico e in grado di sostenere una intervista telefonica in italiano (o altra lingua ufficiale della Regione/prov.aut).
- *Risposta*: proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- *Non reperibilità*: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- *Rifiuto*: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- *Sostituzione*: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di monitoraggio per Azienda Sanitaria:

ASS	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASS 1 "Triestina"	85.6	14.4	8.0	6.4	95.3
ASS 2 "Isontina"	85.8	9.2	6.9	2.3	97.4
ASS 3 "Alto Friuli"	87.0	13.0	7.0	6.0	93.7
ASS 4 "Medio Friuli"	87.1	12.9	7.1	5.8	94.4
ASS 5 "Bassa Friulana"	75.6	24.4	16.3	8.0	95.0
ASS 6 "Friuli Occidentale"	88.4	11.6	8.5	3.1	96.2
Friuli Venezia Giulia	85.8	14.2	9.0	5.2	95.3
Pool 2008	87,7	12.3	9.1	3.2	95.7

**Coordinatori regionali:**

Tolinda Gallo (ASS 4 "Medio Friuli"); Ilva Osquino (ASS 6 "Friuli Occidentale")

Coordinatori aziendali:

Daniela Germano (ASS 1 "Triestina"); Cinzia Braida (ASS 2 "Isontina"); Andrea Iob (ASS 3 "Alto Friuli"); Tolinda Gallo (ASS 4 "Medio Friuli"); Silla Stel (ASS 5 "Bassa Friulana"); Luisa De Carlo (ASS 6 "Friuli Occidentale")

Gruppo Tecnico PASSI nazionale:

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirous Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenzio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Stefano Menna, Alberto Perra, Stefania Salmaso

Intervistatori

ASS 1 Triestina	Silvia Cosmini, Marilena Geretto, Vanda Manfrin, Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Daniela Steinbock
ASS 2 Isontina	Adriana Blazica, Marisa Bortolossi, Cinzia Braida, Margherita Longobardi, Nappa Maura, Francesca Sonson
ASS 3 Alto Friuli	Bufera Angelo, Giuliana Copetti, Denise Di Bernardo, Paola Fuccaro, Manuela Ridolfo
ASS 4 Medio Friuli	Elisa Bernardi, Loredana Fusco, Maria Rosa Liani, Alessandra Martellucci, Stefano Miceli, Simonetta Micossi, Maria Grazia Pellizzon, Paolo Stabile, Margherita Zanini
ASS 5 Bassa Friulana	Patrizia Bernardis, Patrizia Brunetti, Paolo Frisan, Rosella Malaroda, Liliana Roppa, Gabriella Stof, Sabrina Tuniz
ASS 6 Friuli Occidentale	Patricia Belletti, Luisa De Carlo, Daniela Fabbro, Guastaferrò Annaclara, Sabrina Lalla, Beatrice Lazzaro, Viviana Pighin, Sandra Polese, Manola Sgrulletti, Torricella Immacolata,

Si ringraziano Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASS della Regione Friuli Venezia Giulia ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Un ringraziamento speciale a tutte le persone intervistate, che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

