

Sistema di sorveglianza PASSI

Guadagnare Salute 2011 -2014

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 – Triestina



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



rendere facili le scelte salutari

Redazione ed impaginazione a cura di:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione AAS1 “Triestina”)

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

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

Riproduzione autorizzata citando la fonte

Coordinatore Aziendale

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

Intervistatrici

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

Organizzazione interviste

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione AAS1 “Triestina”)

Via de' Ralli, 3 34127 Trieste

e-mail: daniela.germano@aas1.sanita.fvg.it

Si ringraziano:

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

i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Daniela Germano 040 3997510 – e-mail: daniela.germano@aes1.sanita.fvg.it

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

INDICE

	pagina
Presentazione	4
Sintesi dei risultati	7
Profilo socio - demografico	11
• Descrizione del campione aziendale	12
Guadagnare salute	17
• Attività fisica	20
• Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura	26
• Abitudine al fumo	34
• Fumo passivo	41
• Alcol	44
• Alcol e guida	50
Metodi	54

Presentazione

Nella nostra società la salute della popolazione si può misurare in molti modi, ed i determinanti della stessa, rappresentati dai fattori socio-economici, dagli stili di vita, dallo stato dell'ambiente, oltre che da fattori ereditari e dalla qualità dei servizi sanitari, sono ormai una conoscenza comune dei cittadini, oltre che a livello scientifico.

La Sanità cerca di misurare tutti questi fattori per mettere in atto, assieme alle altre Istituzioni ed ai cittadini stessi, adeguate misure di prevenzione.

Lo studio Passi, i cui risultati vengono riportati in questo volume, rappresenta un importante elemento di questa conoscenza, finalizzato a misurare alcuni aspetti fondamentali del contesto in cui viviamo, della nostra cultura. Ci aiuta a capire "come siamo", conoscere quali siano i fattori che determinano alcune tra le principali patologie dei nostri anni, le malattie croniche, che rappresentano per noi la prima causa di morte e di disabilità.

Quando guardiamo le nostre fotografie capita spesso di non riconoscerci nelle immagini che ci passano davanti, talvolta, come nel caso del redattore di questa presentazione, pensavamo di essere migliori, spesso, come sicuramente molti di voi che state leggendo questo testo, ci piaciamo e fermiamo magari la nostra attenzione su dei segni distintivi del nostro viso che ci ricordano foto precedenti, che ci fanno sentire che una parte di noi è dentro quell'immagine (esclusi i fotoritocchi, ovviamente).

Passi è un po' tutto questo, è una fotografia che gli operatori della prevenzione della nostra azienda fanno ai cittadini della nostra provincia, una fotografia che riprende le loro abitudini di vita, le confronta con il contesto in cui vivono, una fotografia su cui si cerca di evidenziare i tratti più importanti, per delineare il nostro stato di salute attuale e per capire come staremo in futuro.

Se così quindi, in maniera semplicissima, descriviamo questo strumento, ci sarà facile capire come quello che andiamo a fotografare, sia questo un'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol o la mancanza di attività fisica, rappresenti per noi un'informazione essenziale da condividere, portare alla consapevolezza di tutti, perché questi sono tra i fattori più importanti che minano la nostra salute, determinando malattie croniche. E se da una fotografia noi possiamo capire se i nostri comportamenti possono essere causa della nostra salute attuale e futura, allora cerchiamo di leggere insieme questo studio, potremo riconoscerci, riconoscere i nostri cari, il "sistema" in cui viviamo, e assieme potremo prendere coscienza che la nostra salute dipende soprattutto da noi, e che non

siamo solo un'immagine, ma persone che possono scegliere, cambiare se serve, per ritrovarci dal fotografo, negli anni a venire, in buona salute.

Non leggiamo però queste informazioni soltanto come una foto di gruppo, leggiamole come una foto di cui noi siamo un elemento importante, essenziale (non stiamo guardando la foto degli altri). Avete mai ritrovato una vecchia foto con gli amici, o di classe? La prima cosa che avete cercato non era forse la vostra immagine? Non raccontatemi la storia che cercavate l'immagine di una cara amica o di un amico... prima avete cercato voi stessi. Leggendo questi dati cercate di capire quindi dove siete, quali comportamenti di vita adottate, cosa potete fare per essere migliori, per essere in salute ora ed in futuro.

dott. Valentino Patussi

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

Nell'ottica del programma ministeriale "Guadagnare Salute, rendere facili le scelte salutari", il singolo individuo rappresenta l'attore principale nella costruzione della salute: adeguatamente informato e supportato, viene chiamato ad essere responsabile delle proprie scelte, che si traducono in salute e qualità della vita.

Attraverso il progetto PASSI viene monitorato lo stato di salute della popolazione tra i 18 e i 69 anni, ne vengono rilevate in continuo abitudini, stili di vita, conoscenze, al fine di individuare le priorità sulle quali intervenire; vengono inoltre rilevate eventuali carenze organizzative nella risposta che il Sistema Sanitario rende alla popolazione a livello aziendale.

Nelle pagine che seguono sono presentati i risultati delle interviste telefoniche realizzate dalle assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria N° 1 "Triestina" nel periodo 2011 – 2014 ad un campione di 1.147 persone, rappresentativo della popolazione adulta della provincia di Trieste.

I risultati del quadriennio, complessivamente considerati, consentono una maggiore precisione nelle stime, facilitando così anche il confronto con i dati nazionali e regionali.

Nel medio e lungo termine, inoltre, i risultati annuali della sorveglianza sanitaria

consentono, anche a livello locale, di evidenziare per i fattori di rischio modificabili i trend temporali, valutando altresì l'effetto delle politiche di promozione della salute adottate.

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

dott.ssa Daniela Germano

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

Dicembre 2015

Sintesi dei risultati

Attività fisica

È completamente sedentario il 24% del campione, mentre pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato quasi il 45%; solo il 32% ha uno stile di vita attivo. Il 16% dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica sufficiente. In poco più di un quarto dei casi, i medici si informano e consigliano di svolgere attività fisica.

Attività fisica PASSI 2011-2014

Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.147) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Livello di attività fisica			
<i>attivo</i> ¹	32,2 (29,6-34,9)	33,2 (32,8-33,5)	36,1 34,8-37,3
<i>parzialmente attivo</i> ²	44,3 (41,5-47,2)	35,8 (35,4-36,2)	43,3 42,0-44,5
<i>sedentario</i> ³	23,5 (21,1-26,0)	31,0 (30,7-31,3)	20,7 (19,7-21,7)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	16,2 (12,2-21,2)	19,3 (18,7-19,8)	nd
Persone cui un medico/operatore sanitario ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	24,5 (21,9-27,2)	30,6 (30,3-30,9)	31,1 (29,9-32,4)
Persone con almeno una patologia cronica cui un medico ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	30,5 (25,1-36,6)	42,4 (41,7-43,2)	41,2 (38,3-44,2)
Persone in <u>eccesso ponderale</u> (sovrappeso/obese) cui un medico ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	33,1 (28,6-37,9)	37,7 (37,2-38,3)	39,1 (37,0-41,2)

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

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 min 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

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 40% della popolazione è in eccesso ponderale (31% in sovrappeso, 9% obesi). Ritiene il proprio peso più o meno giusto il 37% delle persone in sovrappeso e lo 8% degli obesi. Il 26% delle persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso ed il 72% di praticare un'attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, ma solo il 12% ne consuma almeno 5 porzioni al giorno, aderendo alle raccomandazioni internazionali.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari PASSI 2011-2014 Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.147) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>sovrappeso</i>	30,6 (28,0-33,2)	31,8 (31,5-32,1)	30,4 (29,2-31,6)
<i>obesi</i>	8,8 (7,3-10,6)	10,3 (10,1-10,5)	10,3 (9,6-11,1)
<i>sovrappeso/obeso</i>	39,4 (36,7-42,1)	42,1 (41,8-42,4)	40,7 (39,5-41,9)
Consigliato di perdere peso da un medico operatore sanitario ¹			
<i>sovrappeso</i>	41,5 (36,2-46,9)	41,9 (41,3-42,5)	43,5 (41,1-46,0)
<i>obesi</i>	71,2 (60,9-79,6)	77,6 (76,7-78,5)	75,4 (71,7-78,7)
Consigliato di fare attività fisica da un medico operatore sanitario ¹			
<i>sovrappeso</i>	30,5 (25,6-35,9)	33,6 (32,9-34,2)	nd
<i>obesi</i>	41,6 (31,9-52,1)	50,2 (42,1-51,3)	nd
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11,6 (9,9-13,6)	9,6 (9,4-9,8)	11,2 (10,4-12,0)

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

¹ fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

Abitudine al fumo

Il 30% si dichiara fumatore e il 25% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena il 4% dichiara di aver frequentato i corsi per smettere di fumare o di aver utilizzato specifici farmaci. Il 92% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o “quasi sempre” rispettato il divieto di fumo, il 96% dichiara che lo stesso divieto è rispettato nei luoghi pubblici.

Il 24% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare “ovunque” (4%) o solo in “alcune zone” (20%), ma se in casa sono presenti minori di 14 anni tale percentuale si riduce al 14%.

Abitudine al fumo – PASSI 2011-14 Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.036) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Abitudine al fumo			
<i>fumatori</i> ⁴	29,6 (27,0-32,2)	27,4 (27,1-27,7)	27,8 (26,7-29,1)
<i>ex fumatori</i> ⁵	25,1 (22,7-27,7)	18,3 (18,0-18,5)	22,5 (21,5-23,6)
<i>non fumatori</i> ⁶	44,0 (41,2-46,9)	54,5 (54,1-54,8)	49,6 (48,4-50,9)
Numero medio di sigarette fumate	13	13	12
% di intervistati a cui il medico /operatore sanitario ha chiesto se fuma ¹	44,0 (40,8-46,9)	39,9 (39,6-40,3)	46,6 (45,2-47,9)
% attuali fumatori a cui il medico /operatore sanitario ha consigliato di smettere di fumare ¹	43,7 (40,9-47,1)	52,1 (51,4-52,8)	45,7 (43,1-48,4)

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

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi.

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

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre			
<i>nei locali pubblici</i>	95,9 (94,6-96,9)	89,7 (89,5-90,0)	96,4 (95,9-96,9)
<i>sul luogo di lavoro</i>	93,0 (90,9-94,7)	91,4 (91,1-91,6)	94,2 (93,3-94,9)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	76,3 (73,7-78,7)	78,7 (78,4-79,0)	85,8 (84,9-86,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	86,8 (81,9-90,5)	85,8 (85,3-86,3)	92,5 (91,1-93,8)

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

⁴ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

⁵ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

⁶ meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

nd: non disponibile

Consumo di alcol

Si stima che tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e che oltre un quarto abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio (complessivamente il 12% beve fuori pasto, il 15% è bevitore “binge” ed il 5% ha un consumo abituale elevato). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su cinque e consigliano raramente di moderarne il consumo (meno del 3%).

Consumo di alcol PASSI 2011-2014

Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.147) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	73,8 (71,3-76,3)	55,1 (54,7-55,4)	69,2 (68,0-70,2)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	13,2 (11,5-15,2)	8,0 (7,8-8,1)	15,2 (14,4-16,1)
Consumo abituale elevato ¹	3,9 (2,9-5,2)	3,7 (3,6-3,8)	5,8 (5,2-6,5)
Consumo binge ²	16,5 (14,5-18,7)	8,7 (8,6-8,9)	15,6 (14,7-16,5)
Consumo a maggior rischio ³	27,8 (25,4-30,4)	16,7 (16,5-16,9)	29,1 (28,0-30,2)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo ⁴ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	2,9 (1,4-5,7)	6,0 (5,6-6,4)	6,0 (4,8-7,5)

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ più di 2 unità alcoliche (UA) medie giornaliere, ovvero più di 60 UA negli ultimi 30 giorni (per gli uomini); più di 1 UA media giornaliera, ovvero più di 30 UA negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 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)

³ 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

⁴ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Alcol e sicurezza stradale

Il 10% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente; 32% è stato fermato dalle forze dell'ordine e, di questi, il 12% è stato sottoposto all'etilotest.

Controlli delle forze dell'ordine – PASSI 2011-14

Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.036) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS1 % (IC95%)	Pool nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	6,7 (5,2-8,6)	8,6 (8,4-8,8)	10,2 (9,3-11,2)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo**	31,3 (28,7-34,1)	33,3 (33,0-33,6)	43,6 (42,2-44,9)
Effettuato l'etilotest***	13,9 (10,7-18,0)	9,7 (9,4-10,0)	13,2 (11,9-14,7)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

** intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

***percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

Profilo socio-demografico

- Il campione 2011 - 2014



Descrizione del campione aziendale

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

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

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

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

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

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

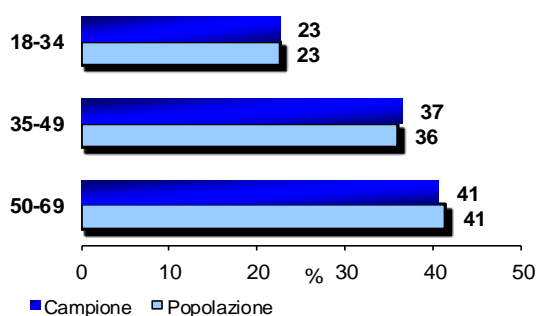
L'età e il sesso

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

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

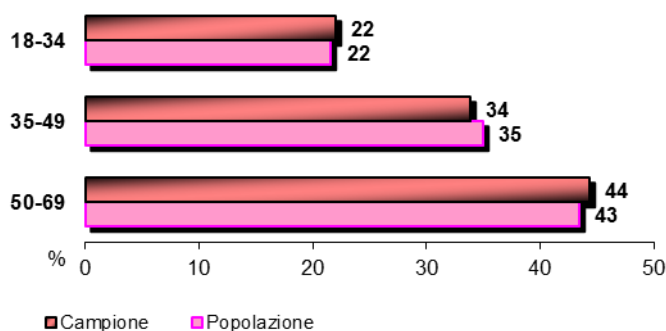
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

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



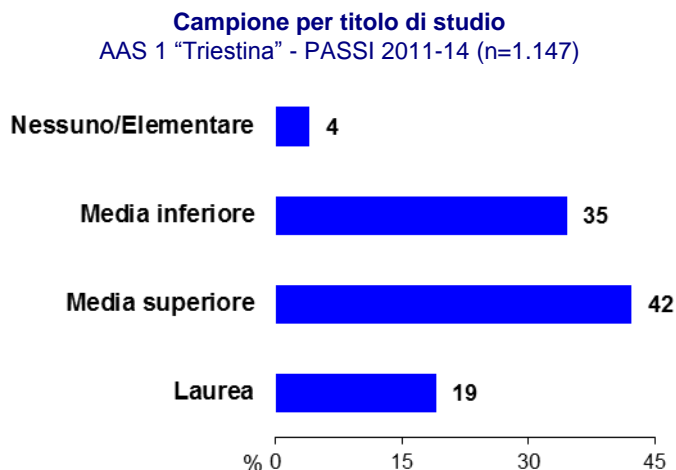
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE

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

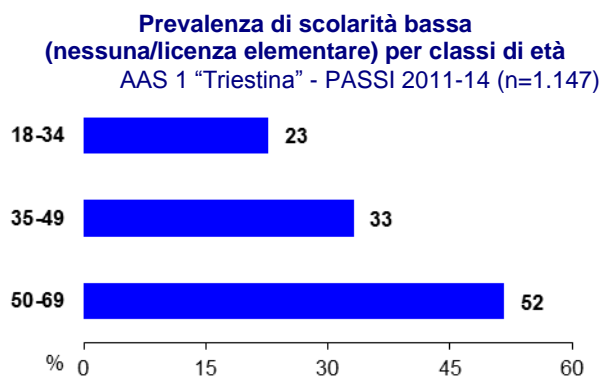


Il titolo di studio

- Nell'AAS 1 Triestina il 4% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 35% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore e il 19% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.

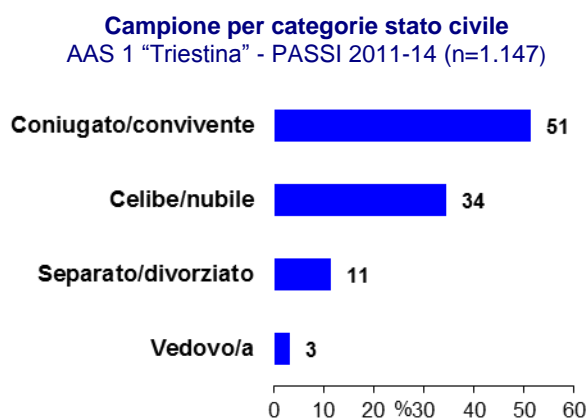


L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo, dal punto di vista metodologico, impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi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



Lo stato civile

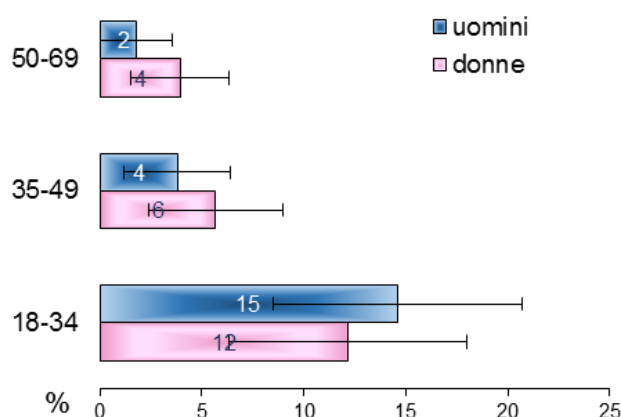
- Nell'AAS 1 "Triestina" i coniugati/conviventi rappresentano il 51% del campione, i celibi/nubili il 34%, i separati/divorziati lo 11% ed i vedovi il 3%.



Cittadinanza

- Nella AAS 1 “Triestina” il campione è costituito da oltre il 93% di cittadini italiani, 6% di stranieri e 0,7% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni ha cittadinanza straniera il 12% delle donne e il 15% degli uomini intervistati.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

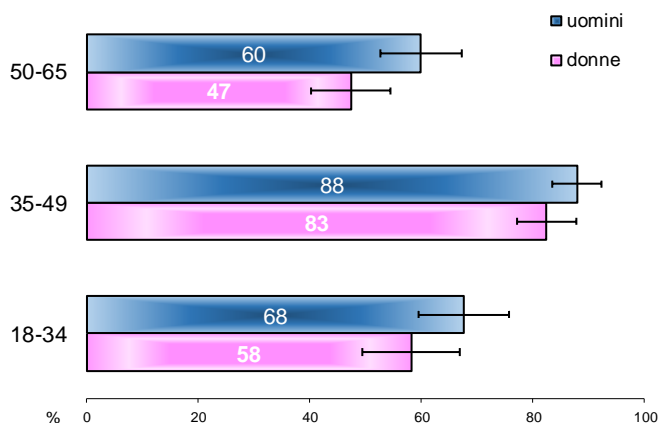
% di stranieri* per sesso e classi di età
 AAS 1 “Triestina” - PASSI 2011-14 (n=67)



Il lavoro

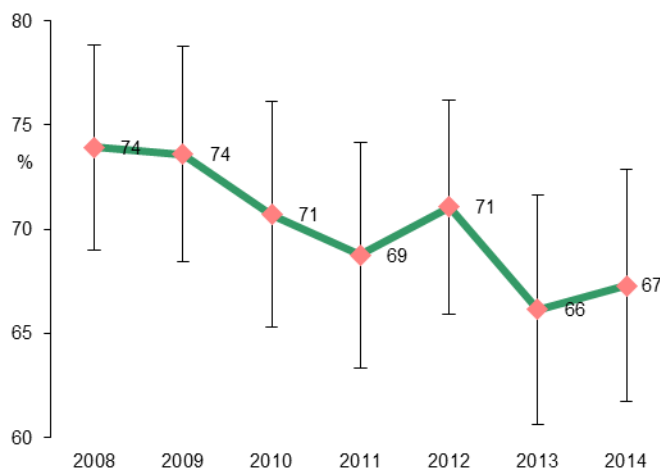
- Nell'AAS 1 “Triestina” il 68% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno “occupate” rispetto agli uomini (64% contro 73%), con differenze significative.
- Livelli significativamente più bassi di occupazione si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

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



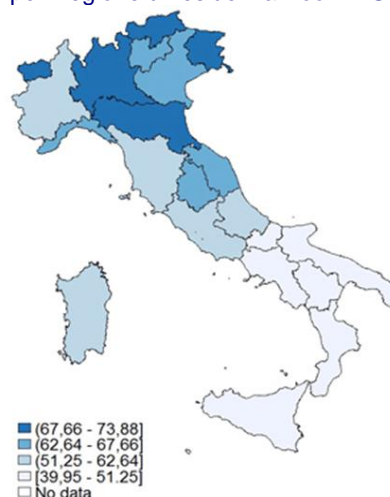
Il grafico a fianco mostra la prevalenza di persone, di età compresa fra 18 e 65 anni, residenti in provincia regolarmente occupate, a partire dal 2008. La percentuale di persone residenti nell'AAS1 Triestina regolarmente occupate sembra ridursi negli anni, soprattutto fra le donne, anche se le differenze osservate non risultano significative dal punto di vista statistico.

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



Lavoro continuativo
 Percentuali per Regione di residenza Pool PASSI 2009-12

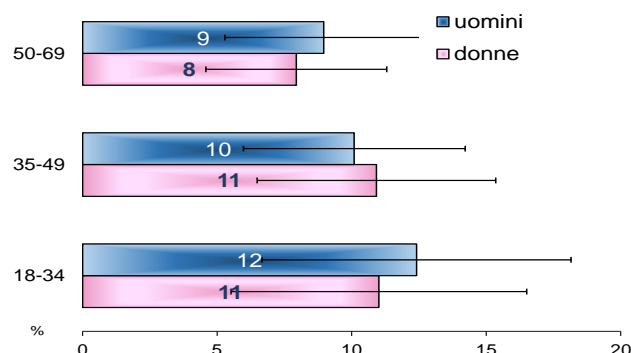
- Nel periodo 2009-12, nel pool di ASL PASSI la percentuale persone con lavoro continuativo nella fascia di età 18-65 anni è del 58%, con un rilevante gradiente Nord-Sud, che evidenzia prevalenze di lavoro continuativo più elevate nelle regioni settentrionali.



Difficoltà economiche

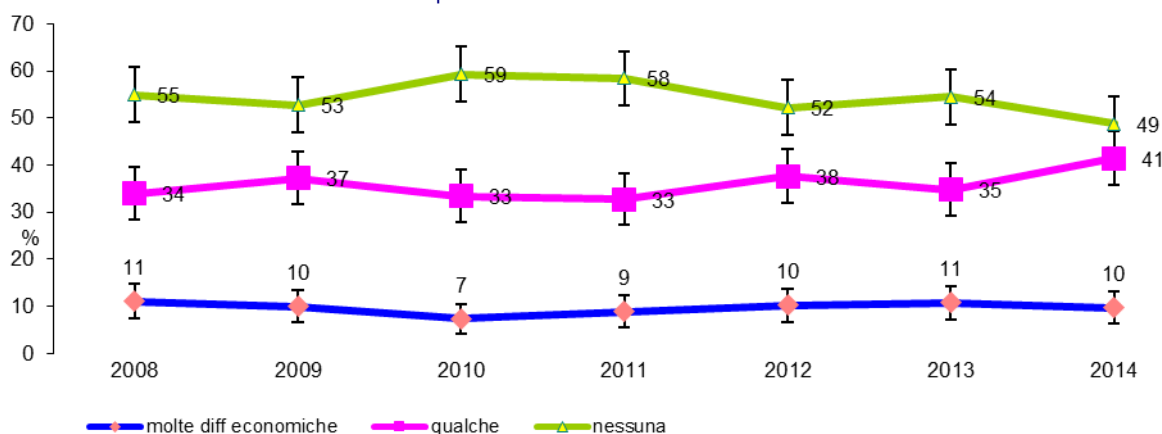
- Nella AAS 1 “Triestina”, nel periodo 2011-2014:
 - il 53% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 37% qualche difficoltà
 - il 10% molte difficoltà economiche.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
 AAS 1 “Triestina” - PASSI 2011-14 (n=1.143)



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

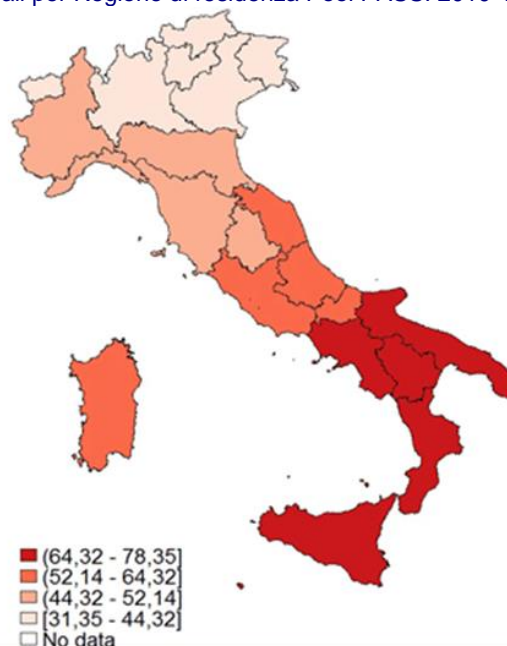
Difficoltà economiche dichiarate
 Prevalenze per anno AAS 1 “Triestina” - PASSI 2008-2014



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche

Percentuali per Regione di residenza Pool PASSI 2010-13

Nel periodo 2010-13, nel pool di ASL PASSI, il 43% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 42% qualche difficoltà, 15% molte difficoltà. La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche aumenta con l'età e il chiaro gradiente Nord-Sud indica quote maggiori di persone in difficoltà economica nelle Regioni meridionali.



Conclusioni

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

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

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

Guadagnare salute

- **Attività fisica**
- **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**
- **Fumo**
- **Alcol**



Guadagnare salute

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono provocate da alcune patologie: malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici.

Alla base di queste malattie croniche ci sono due tipi di fattori di rischio: quelli non modificabili (come l'età, il sesso e la familiarità per una patologia) e quelli modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci (come un'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la mancanza di attività fisica). I fattori di rischio modificabili sono responsabili, da soli, del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione

Il ministero della Salute ha collaborato con l'Oms Europa alla definizione di una strategia di contrasto delle malattie croniche, valida per tutto il vecchio continente: si tratta appunto di "Guadagnare salute", approvata dal Comitato regionale per l'Europa nel 2006 e, nel 2007 a livello nazionale, in accordo con Regioni e Province autonome ⁷.

Obiettivo del programma è quello di agire in maniera integrata e coordinata sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Proprio perchè gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale, tali fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali,

Per agire in maniera adeguata sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici delle malattie croniche sono necessarie alleanze tra forze diverse, azioni sinergiche ed interventi istituzionali di sostegno alle azioni e una vera e propria Rete per la promozione della salute, con attività di comunicazione e azioni finalizzate a:

- ◆ promozione di comportamenti alimentari salutari,
- ◆ lotta al tabagismo,
- ◆ contrasto ai consumi rischiosi di alcol,
- ◆ promozione dell'attività fisica.

Una nuova cultura della prevenzione, perciò, in cui i singoli individui, adeguatamente informati e supportati, diventano protagonisti e responsabili delle proprie scelte, della propria salute della qualità

⁷ <http://www.guadagnaresalute.it/site/programma>

http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/guadagnare_salute.asp

della propria vita.

L'investimento di questa iniziativa va valutato quindi sia a lungo termine, nel ridurre il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario nazionale e sulla società, ma anche a breve termine, nel cercare di migliorare le condizioni di vita dei cittadini, promuovendo scelte salutari immediate e stili di vita sani.

In questo contesto i sistemi di sorveglianza come PASSI sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e dunque le priorità sulle quali è necessario intervenire e per il monitoraggio degli aspetti relativi alle abitudini di vita che rappresentano le quattro aree tematiche del Programma ministeriale “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari”.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, sindrome metabolica, ipertensione e obesità, cancro della mammella e cancro del colon, depressione, osteoporosi, cadute. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: secondo stime recenti(1) in Italia la sedentarietà è causa del 9% delle malattie cardiovascolari, 11% dei casi di diabete tipo II, 16% dei casi di cancro della mammella e del colon, 15% dei casi di morte prematura.

In media chi è attivo e normopeso vive circa 7 anni più a lungo rispetto ai sedentari obesi.

Tuttavia chi è normopeso e sedentario abbrevia la sua vita di circa 3 anni rispetto a chi è attivo ma obeso (2).

Un regolare esercizio fisico che aiuti a prevenire le malattie croniche, a proteggere da condizioni disabilitanti, a eliminare i fattori di rischio, è utile a tutte le età.

Per i ragazzi, oltre agli effetti benefici generali sulla salute, l'attività fisica aiuta l'apprendimento, stimola la socializzazione, rappresenta una valvola di sfogo alla vivacità tipica della giovane età e abitua alla gestione dei diversi impegni quotidiani.

Per gli adulti, che spesso esercitano attività lavorative sedentarie, gli effetti benefici dell'attività fisica sono numerosi, anche limitandosi a fare movimento con tempi e intensità moderati.

Infine per gli anziani, l'evidenza dimostra che svolgere attività sportive aiuta a invecchiare bene.

Aumentano le resistenze dell'organismo, rallenta l'involuzione dell'apparato muscolare, scheletrico e cardiovascolare e ne traggono giovamento anche le capacità psico-intellettuali. A qualsiasi età, prima di intraprendere un'attività fisica costante, è comunque fondamentale il consiglio e il parere del medico sulla propria condizione personale.

È stato evidenziato (3) che non esiste una precisa soglia al di sotto la quale l'attività fisica non produce effetti positivi per la salute. Risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore ai livelli indicati dalle linee guida.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta (4) (5) (6): 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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

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

Attività fisica

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Livello di attività fisica			
<i>attivo</i> ⁸	32,2 (29,6-34,9)	33,2 (32,8-33,5)	36,1 34,8-37,3
<i>parzialmente attivo</i> ⁹	44,3 (41,5-47,2)	35,8 (35,4-36,2)	43,3 42,0-44,5
<i>sedentario</i> ¹⁰	23,5 (21,1-26,0)	31,0 (30,7-31,3)	20,7 (19,7-21,7)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	16,2 (12,2-21,2)	19,3 (18,7-19,8)	nd
Persone cui un medico operatore sanitario ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	24,5 (21,9-27,2)	30,6 (30,3-30,9)	31,1 (29,9-32,4)
Persone <u>con almeno una patologia cronica</u> cui un medico ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	30,5 (25,1-36,6)	42,4 (41,7-43,2)	41,2 (38,3-44,2)
Persone in <u>eccesso ponderale</u> (sovrappeso/obese) cui un medico ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	33,1 (28,6-37,9)	37,7 (37,2-38,3)	39,1 (37,0-41,2)

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

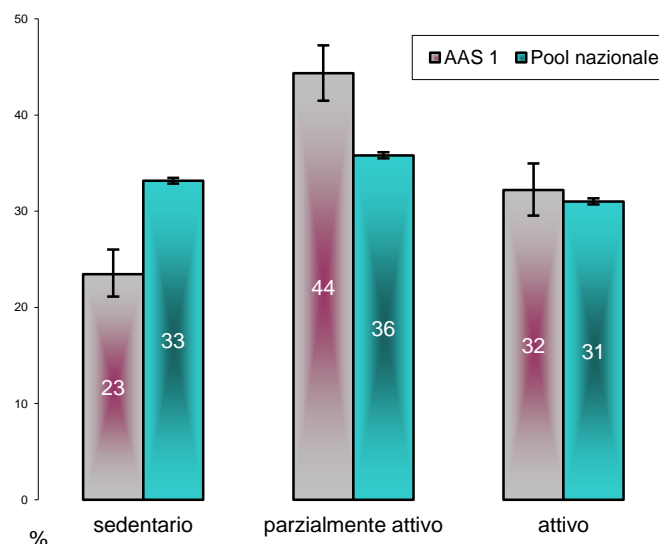
Attività fisica dichiarata

PASSI 2011-2014 Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.143)- Pool Nazionale (n=148.842)

Nella AAS1 "Triestina", nel periodo 2011-14

- il 32% delle persone intervistate ha condotto uno stile di vita attivo: ha infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo);
- il 23% è completamente sedentario.

A livello nazionale (Pool PASSI 2011-2014) 31% degli intervistati è attivo, il 36% parzialmente attivo, il 33% è sedentario. Le differenze rilevate fra i sedentari e i parzialmente attivi sono significative dal punto di vista statistico.



* **Attivo**: 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)

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

Sedentario: non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

⁸ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

⁹ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

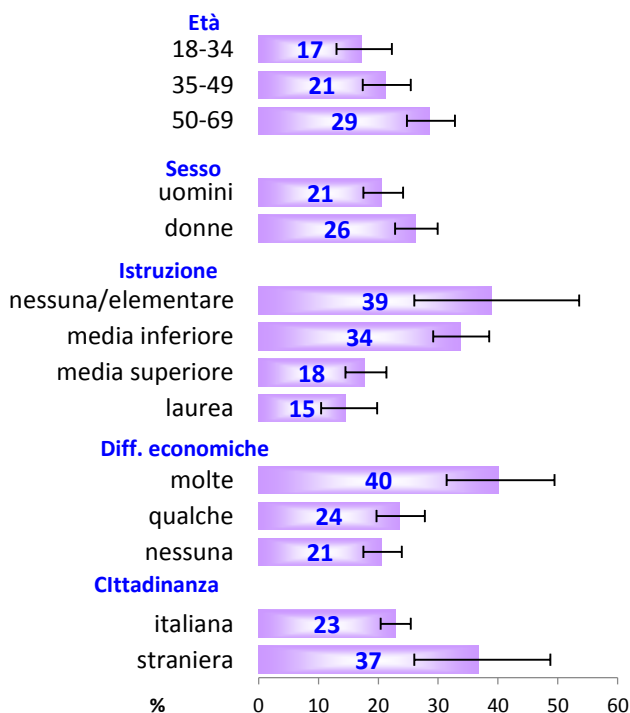
¹⁰ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 AAS1 "Triestina" PASSI 2011-14

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nel genere femminile, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

Totale: 23,5% (IC 95%: 21,1%-26,0%)



- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di sedentari è risultata del 31%.

La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centromeridionali, con il valore più alto in Basilicata (56%) e quello più basso nella P. A. Bolzano (7%). Al Sud fanno eccezione il Molise (23%) e la Sardegna (26%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale.

Sedentari per regione di residenza

Passi 2011-2014 (n=148.842)
 Pool di Asl: 31,1% (IC95%: 30,8-31,4%)

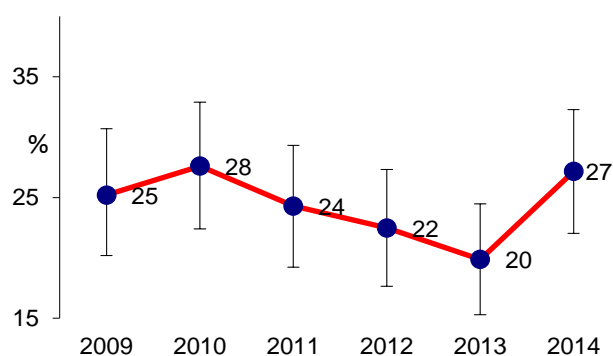


■ peggiore rispetto al valore nazionale
 ■ simile rispetto dal valore nazionale
 ■ migliore rispetto al valore nazionale

Confronti temporali

- Nel corso del periodo in esame, la percentuale di persone che ha dichiarato di essere sedentaria si è progressivamente ridotta, a partire dal 2010 fino al 2013, per aumentare nuovamente nel 2014, anche se le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

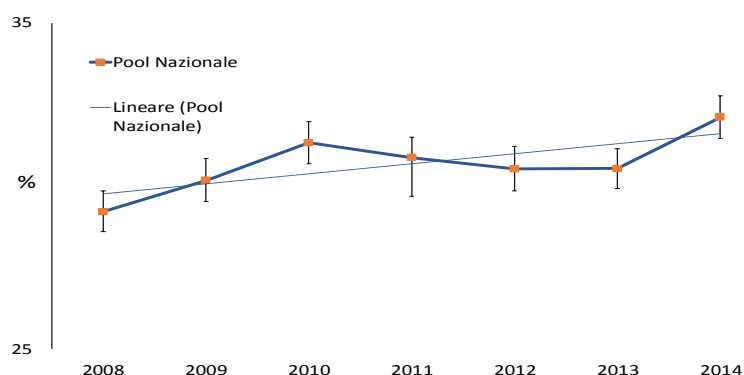
Persone sedentarie
 Prevalenze per anno – PASSI AAS1 “Triestina” 2011-14



Analisi di trend sul pool di ASL

Relativamente stabile nel tempo la prevalenza dei sedentari, nel periodo 2008-2014, in tutte le macroaree del Paese.

Trend della sedentarietà
 Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2014



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

- Nel pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica e di poco più del 30%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (16%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (41%).

Consiglio di fare attività fisica per regione di residenza PASSI 2011-2014

Pool di Asl: 30,4% (IC95%: 30,1-30,8%)

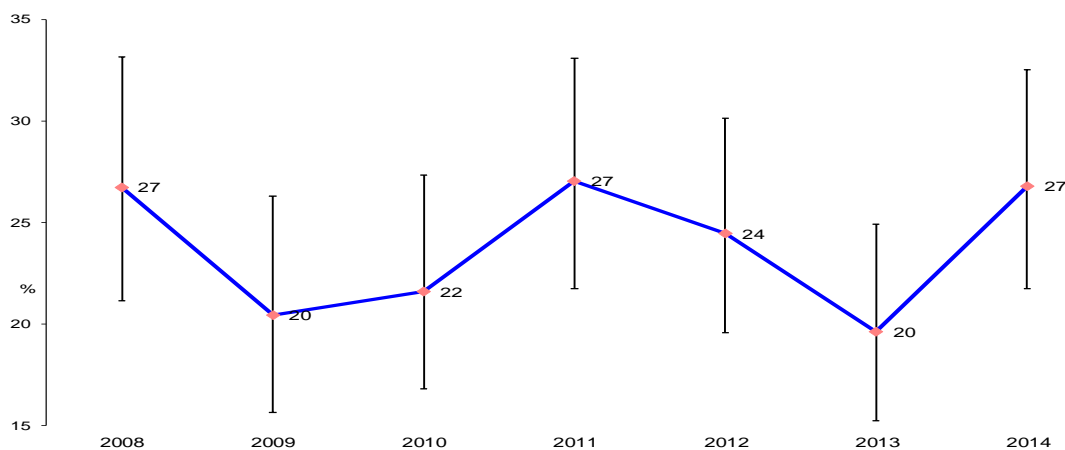


■ peggiore rispetto al valore nazionale
 ■ simile rispetto dal valore nazionale
 ■ migliore rispetto al valore nazionale

Confronti temporali

- Nel corso del periodo 2008-2014, la percentuale di persone che ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica si è modificata, ma non in maniera significativa dal punto di vista statistico.

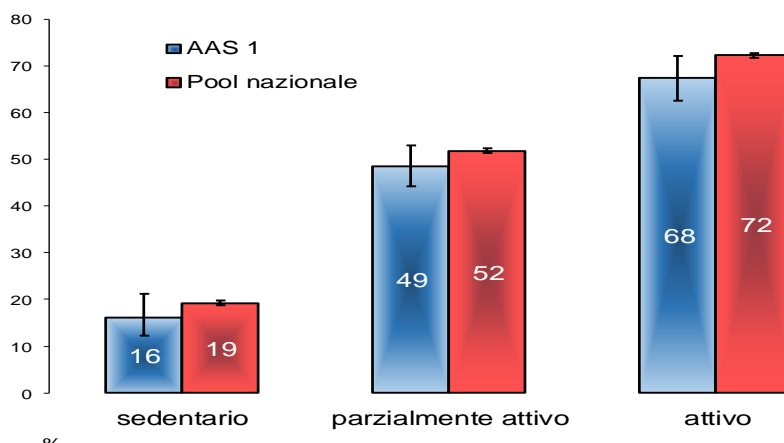
Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
Prevalenze per anno – PASSI AAS1 "Triestina" 2008-14



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante, in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 32% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 49% delle persone parzialmente attive ed il 16% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (72% degli attivi, il 52% dei parzialmente attivi e il 19% dei sedentari considerano sufficiente la propria attività).

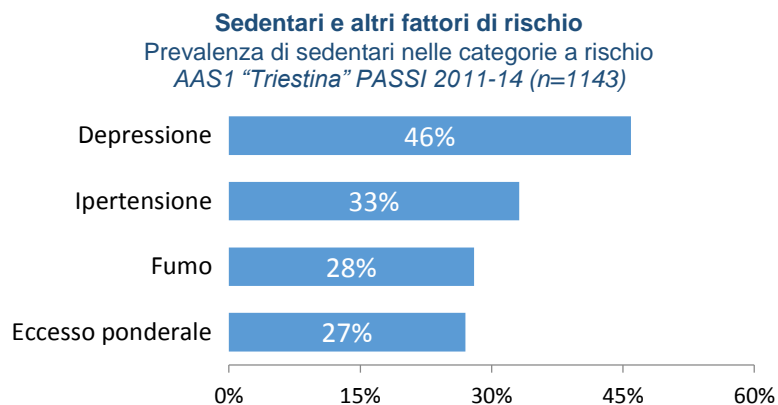
Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
AAS1 "Triestina" PASSI 2011-14



Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

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

- il 46% delle persone depresse
- il 33% degli ipertesi
- Il 28% dei fumatori
- il 27% delle persone in eccesso ponderale.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AAS1 "Triestina" si stima che solo poco meno di una persona adulta su tre (32%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre quasi una su quattro può essere considerata completamente sedentaria.

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

La percentuale di sedentari risulta più alta in particolari sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiare di più di attività fisica (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso, fumatori), ma gli operatori sanitari non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

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

Bibliografia

- I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk, for the Lancet Physical Activity Series Working Group, Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, Pages 219 - 229, 21 July 2012
- Moore SC, Patel AV, Matthews CE, Berrington de Gonzalez A, Park Y, et al. (2012) Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis. *PLoS Med* 9 (11), Novembre 2012
- Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study, Wen, Chi Pang; Wai, Jackson Pui Man; Tsai, Min Kuang; Yang, Yi Chen; Cheng, Ting Yuan David; et. al. *The Lancet*, Vol 378 October 1, 2011, pp. 1244-1253
- US Department of Health and Human Services. Objectives 22-2 and 22-3. In: *Healthy people 2010*, Washington, DC; 2000.
- WHO (2010), *Global Recommendations on Physical activity for Health*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
- SNLg, *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica, linea guida prevenzione*, http://www.snlg-iss.it/lgp_sedentarieta_2011

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

In base al valore dell'Indice di massa corporea (*IMC*), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato [$IMC = \text{peso (kg)} / \text{statura (m)}^2$], le persone vengono classificate in 4 categorie: sottopeso ($IMC < 18,5$), normopeso ($IMC: 18,5-24,9$), sovrappeso ($IMC: 25,0-29,9$), obeso ($IMC \geq 30$). PASSI utilizza i dati di peso e statura riferiti dalle persone intervistate.

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

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari PASSI 2011-2014 Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.147) – Pool Nazionale (n=152.215) – Regione FVG

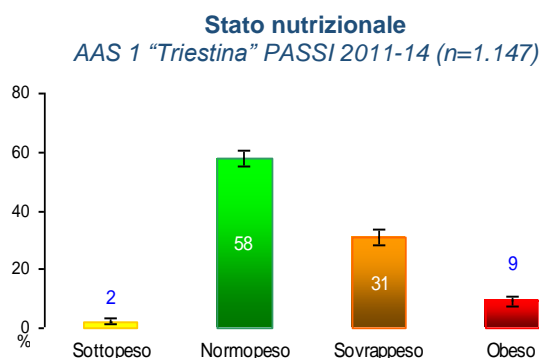
	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>sovrappeso</i>	30,6 (28,0-33,2)	31,8 (31,5-32,1)	30,4 (29,2-31,6)
<i>obesi</i>	8,8 (7,3-10,6)	10,3 (10,1-10,5)	10,3 (9,6-11,1)
<i>sovrappeso/obeso</i>	39,4 (36,7-42,1)	42,1 (41,8-42,4)	40,7 (39,5-41,9)
Consigliato di perdere peso da un medico operatore sanitario ¹			
<i>sovrappeso</i>	41,5 (36,2-46,9)	41,9 (41,3-42,5)	43,5 (41,1-46,0)
<i>obesi</i>	71,2 (60,9-79,6)	77,6 (76,7-78,5)	75,4 (71,7-78,7)
Consigliato di fare attività fisica da un medico operatore sanitario ¹			
<i>sovrappeso</i>	30,5 (25,6-35,9)	33,6 (32,9-34,2)	nd
<i>obesi</i>	41,6 (31,9-52,1)	50,2 (42,1-51,3)	nd
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11,6 (9,9-13,6)	9,6 (9,4-9,8)	11,2 (10,4-12,0)

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

¹ fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'AAS1 "Triestina" poco più del 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 31% sovrappeso e il 9% obeso.
- Complessivamente, si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale.
- La percentuale di persone in eccesso ponderale rilevata nella provincia di Trieste nel periodo 2011-2014 non differisce significativamente rispetto alla media della regione FVG, che corrisponde al 42%.



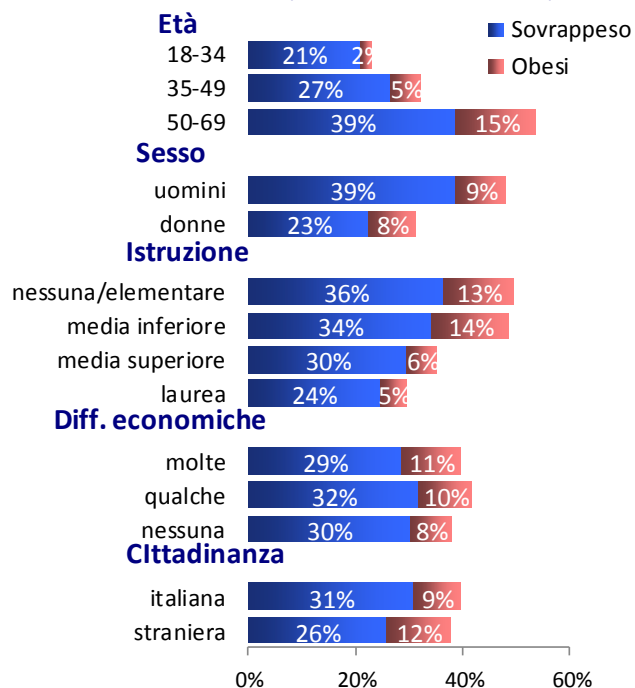
Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

- L'eccesso ponderale è più frequente:
 - fra le persone più anziane
 - negli uomini (48% vs 31%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con maggiori difficoltà economiche
 - fra le persone di cittadinanza italiana (40% vs 38% stranieri).

Le differenze rilevate per età, genere, istruzione sono significative dal punto di vista statistico.

Eccesso ponderale
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 AAS 1 "Triestina" PASSI 2011-14 (n=1.147)

Totale: 39,4% (IC 95%: 36,7%-42,1%)



- Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.
- Chiaro il gradiente geografico Nord-Sud, che caratterizza il Paese per quote crescenti di persone in sovrappeso, che sono più basse nelle Regioni del Nord-Ovest e crescono in alcune regioni del Nord Est e del Centro, fino ai valori più alti nel Sud Italia.

Eccesso ponderale
 Prevalenze per regione di residenza – PASSI
 Pool di ASL 2011-14 (n=151.603)
 Totale: 42,1% (IC95%: 41,8-42,4%)

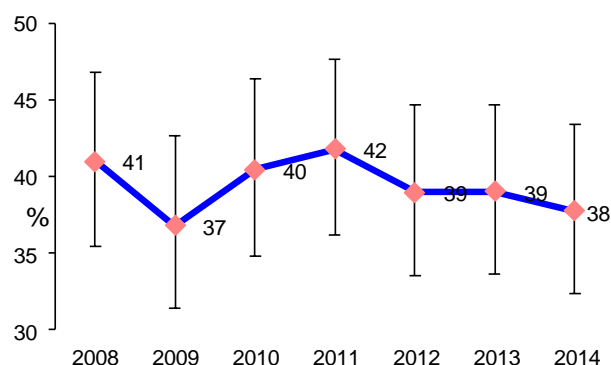


Confronti temporali

Nell'AAS 1 Triestina, la quota di soggetti in eccesso ponderale è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo 2008-2014.

Anche a livello nazionale, in controtendenza rispetto all'aumento di obesità in altri Paesi, la quota di persone in eccesso ponderale resta stabile.

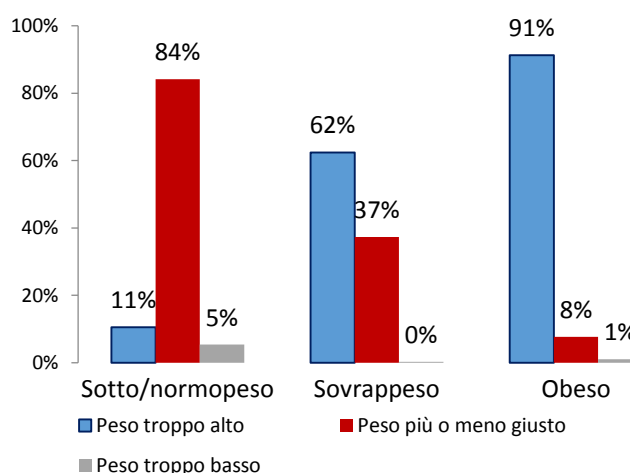
Persone in eccesso ponderale
Prevalenze per anno – PASSI AAS1 "Triestina" 2008-14



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare, in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
 - La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati.
- In AAS1 si osserva:
 - un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (91%) e nei normopeso (84%);
 - tra le persone in sovrappeso invece ben il 37% ritiene il proprio peso giusto e lo 0,3% troppo basso.
 - Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso:
 - tra le donne sotto-normopeso lo 81% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto allo 89% degli uomini,
 - tra quelle sovrappeso il 20% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 48% degli uomini.

Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale PASSI AAS 1 "Triestina" 2011-14 (n=1.147)



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

- Nella AAS 1 “Triestina” quasi il 27% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (25% fra i sovrappeso e 32% negli obesi).
- Il 33% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare:
 - il 31% delle persone in sovrappeso
 - il 42% di quelle obese.
- Complessivamente, il 72% delle persone in eccesso ponderale pratica un'attività fisica almeno moderata, senza differenze fra coloro che hanno ricevuto e coloro che non hanno ricevuto consiglio di praticare attività fisica da parte di un medico.
- Nel pool di ASL 2011-14 il 38% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica (34% fra i sovrappeso e 50% fra gli obesi).

Efficacia del consiglio del medico

% di sovrappeso/obesi che attuano una dieta o fanno attività fisica per consiglio dell'operatore sanitario
 PASSI AAS1 2011-2014 (n=451)

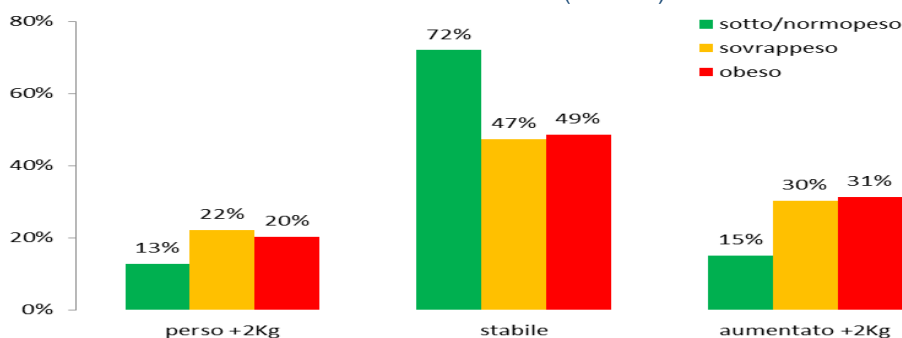


Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella AAS 1 “Triestina” il 21% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nelle persone già in eccesso ponderale (31% obesi e il 30% sovrappeso, versus 15% normopeso);
 - nel genere femminile (27% nelle donne versus 16% negli uomini, differenza significativa dal punto di vista statistico)
 - non si rilevano importanti differenze fra le varie classi di età (19% nelle fasce di età 18-34 e

Cambiamenti di peso

% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale
 AAS 1 “Triestina” 2011-14 (n=1.118)

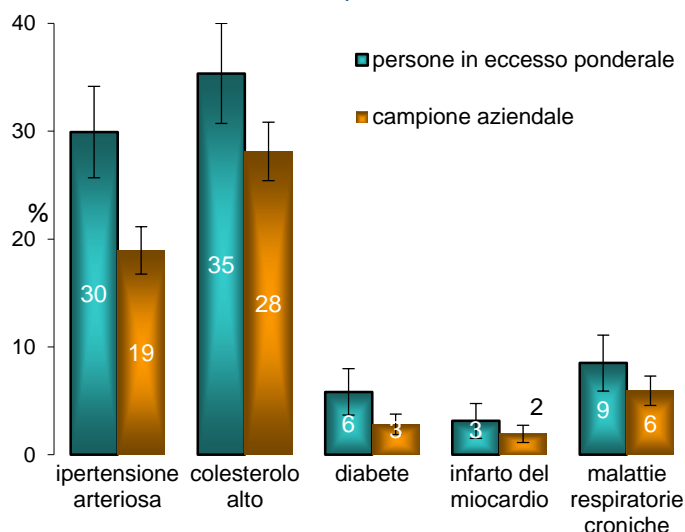


Salute delle persone in eccesso ponderale

Le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altre dichiarano di soffrire di condizioni croniche:

- ◆ il 30% riferisce una diagnosi di ipertensione (versus il 19% della popolazione generale),
- ◆ il 35% di ipercolesterolemia (28% nella popolazione generale);
- ◆ il 6% riferisce una diagnosi di diabete (contro il 2% nella popolazione generale),
- ◆ il 3% riporta di aver avuto un infarto del miocardio (2% nella popolazione generale)
- ◆ il 9% una malattia respiratoria cronica (6% nella popolazione generale).

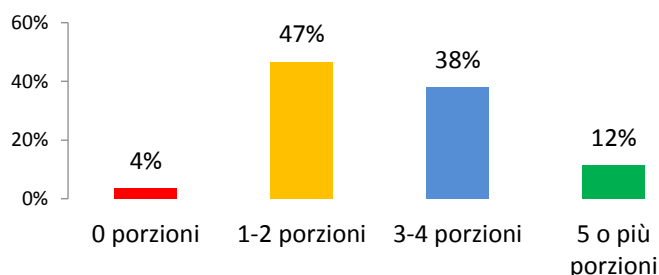
Salute delle persone in eccesso ponderale
 AAS1 Triestina PASSI 2011-14 (n=1.147)
 Confronto fra il campione aziendale totale ed il sottogruppo con eccesso ponderale



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

- Nella AAS1 il 47% degli intervistati ha dichiarato di mangiare 1-2 porzioni di frutta e verdura al giorno: il 38% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 12% le 5 porzioni raccomandate.

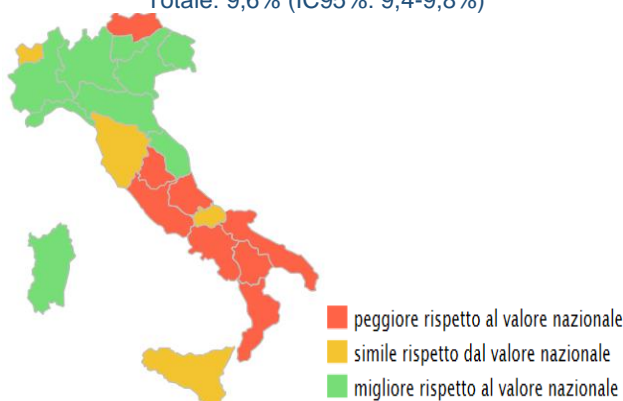
Consumo di frutta e verdura
 Prevalenze per porzioni consumate
 AAS 1 "Triestina" PASSI 2011-14 (n=1.147)



- Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di intervistati che aderisce al five-a-day è quasi del 10%.
- Si osserva un gradiente geografico che mostra una più alta adesione al five a day nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: la più alta proporzione di consumatori di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno si registra in Liguria, (16%), la più bassa in Basilicata e Calabria (4%).

Nella regione FVG aderisce al five a day circa il 12% degli intervistati.

Adesione al five-a-day
 Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
 Totale: 9,6% (IC95%: 9,4-9,8%)



Scarso consumo di frutta e verdura

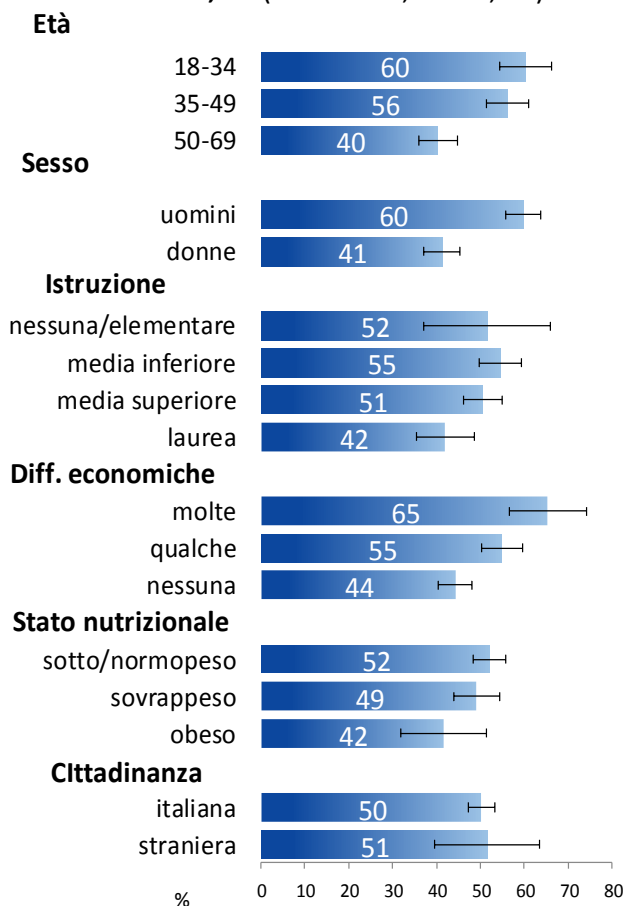
Scarso consumo di frutta e verdura (meno di 3 porzioni al giorno)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 AAS 1 "Triestina" PASSI 2011-14 (n=1.147)

Oltre metà della popolazione consuma meno di tre porzioni di frutta e verdura al giorno.

- Lo scarso consumo di frutta e verdura (meno di tre porzioni al giorno) è più diffuso
 - nelle persone più giovani
 - negli uomini
 - nelle persone con molte difficoltà economiche e
 - fra quelle sotto-normopeso rispetto a quelle obese.
- Le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico per classe di età, genere e status economico.

Totale 50,4% (IC 95%: 47,6%-53,2%)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nell'AAS 1 "Triestina" 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 peso corporeo: solo due persone su tre percepiscono il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e più di una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

I profili di salute delle persone con eccesso ponderale risultano più critici, con carichi di malattia, soprattutto cronico-degenerative, superiori rispetto alla popolazione generale.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 26% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (72%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per

un'efficace prevenzione delle neoplasie. Lo scarso consumo di frutta e verdura è più diffuso, nelle persone con molte difficoltà economiche, fra le persone più giovani e nel genere maschile.

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

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

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, (in particolare cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche). Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). L'Organizzazione Mondiale della Sanità, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere, in alcune Regioni, valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

- Nel periodo 2011-14 nella AAS1 "Triestina", tra gli adulti di 18-69 anni, meno della metà degli intervistati ha dichiarato di non aver mai fumato, il 25% è classificabile come ex fumatore e il 30% è fumatore. Fra questi ultimi, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 28% e gli occasionali poco più dello 1%. La percentuale di fumatori nell'AAS1 "Triestina" è più alta rispetto alla media rilevata nello stesso periodo nella regione FVG che corrisponde al 27% e al Pool nazionale (28%). Le differenze risultano significative dal punto di vista statistico.

Abitudine al fumo di sigaretta PASSI 2011-14

– Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.147)- Pool nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Non fumatori ¹	44,1 (41,2-46,9)	54,5 (54,1-54,8)	49,6 (48,4-50,9)
Fumatori ²	29,6 (27,0-32,2)	27,4 (27,1-27,7)	26,7 (25,6-27,8)
<i>in astensione</i> ³	1,3 (0,8-2,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,1 (0,9-1,4)
<i>occasional</i> ⁴	1,5 (0,9-2,4)	0,5 (0,5-0,6)	1,2 (0,9-1,5)
<i>quotidiani</i> ⁵	28,1 (25,6-30,7)	25,8 (25,5-26,1)	24,5 (23,4-25,6)
Ex -fumatori ⁶	25,1 (22,7-27,7)	18,1 (17,9-18,4)	23,7 (22,6-24,8).

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

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 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

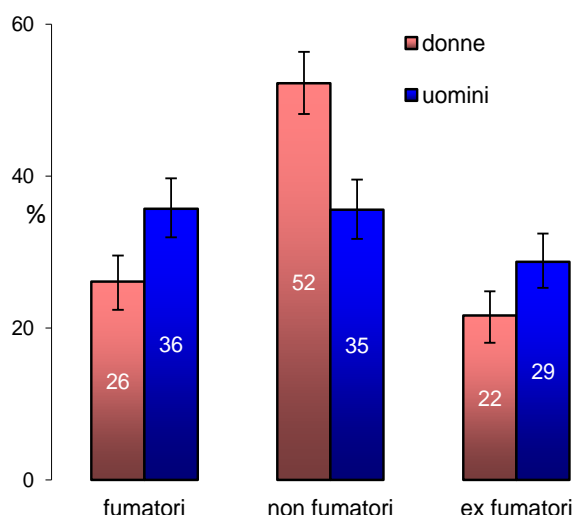
5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa fra gli uomini (36% uomini versus 26% donne), così come, fra le persone che hanno smesso di fumare, prevale il genere maschile (29% uomini versus 22% donne).
- Tra le persone che non hanno mai fumato, prevale il genere femminile (52% versus 35% uomini). Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

Abitudine al fumo di sigaretta per genere
 AAS1 "Triestina" - PASSI 2011-14 (n=1.147)



***Non fumatore**: non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
 ****Ex fumatore**: non fuma, da oltre 6 mesi
 *****Fumatore**: ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, attualmente fuma o ha smesso da meno di 6 mesi

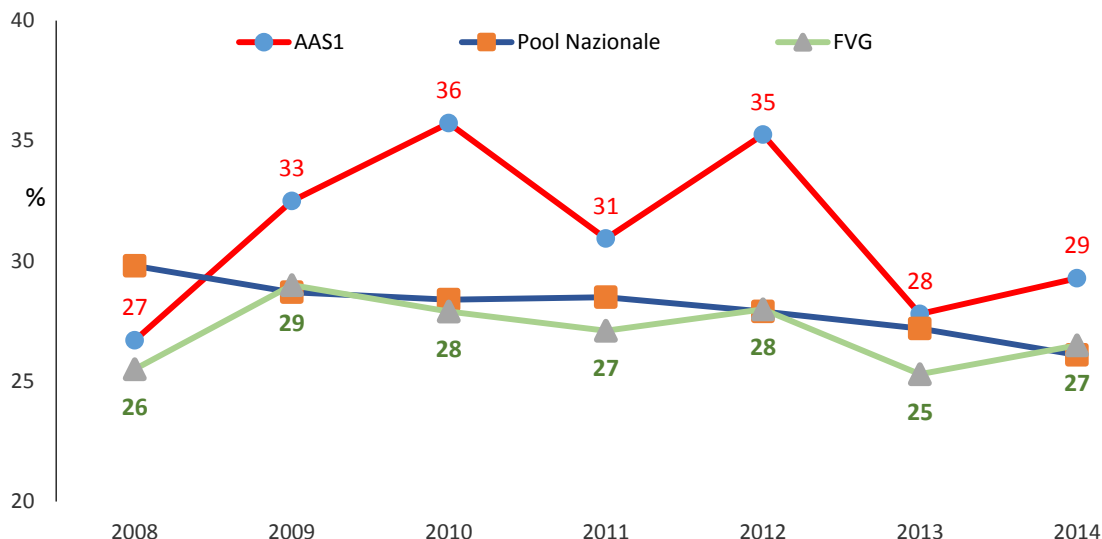
Confronti temporali

La figura sotto riporta il confronto dell'andamento della percentuale di fumatori rilevato nel corso dei 7 anni di indagine nell'AAS 1, nel Pool nazionale e nella regione FVG.

A livello nazionale, dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente; tale riduzione, tuttavia, non riguarda tutte le classi sociali, ma interessa solo quelle senza difficoltà economiche, mentre resta invariata fra le persone economicamente svantaggiate (fra i quali peraltro la quota di fumatori è la più alta).

A livello regionale e, soprattutto, a livello locale la situazione appare quasi del tutto invariata.

Abitudine al fumo di sigaretta nei primi 7 anni di rilevazione
 PASSI 2008-14 confronto AAS1 "Triestina" – Pool nazionale – Regione FVG



- Nel pool di ASL 2011-14, il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e quasi il 54% è non fumatore.
- Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta prevalenza di fumatori, pari al 31%, mentre la Basilicata (22%) è la Regione con valori significativamente più bassi della media nazionale. In ogni caso la variabilità geografica è contenuta e non si osserva nessun chiaro gradiente.

Fumatori
 Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
 Totale: 27,4% (IC95%: 27,1-27,7%)

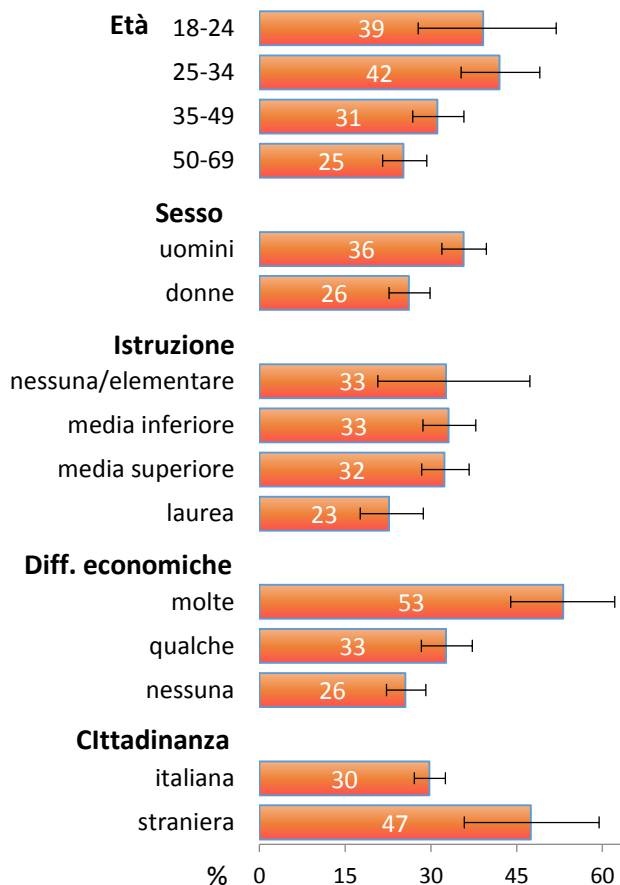


Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è più alta tra i più giovani, soprattutto fra i 25 e 34 anni, fra i quali fuma quasi un intervistato su due, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo significativo.
- Ancora persiste una differenza significativa tra gli uomini (fuma più di uno su tre), rispetto alle donne (più di una su quattro), anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici negli ultimi anni.
- La prevalenza di fumatori cresce significativamente all'aumentare delle difficoltà economiche, infatti fra le persone con molte difficoltà economiche una su due fuma. Si evidenziano differenze rilevanti anche per cittadinanza (fra gli stranieri fuma 1 persona su 2 e fra gli italiani circa 1 su 3).
- Le differenze rilevate per livello di istruzione non risultano significative, anche se la prevalenza di fumatori si riduce fra le persone laureate.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, circa il 30% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

Fumatori
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 AAS1 "Triestina" 2010-13 (n=1.136)

Totale: 30,8% (IC 95%: 28,3%-33,5%)



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

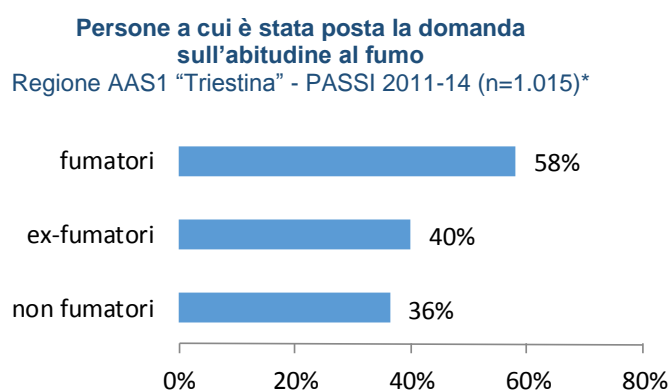
Attenzione degli operatori sanitari – PASSI 2011-2014

Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.015) - Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Domanda del medico operatore sull'abitudine al fumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	44,0 (40,8-46,9)	39,9 (39,6-40,3)	46,6 (45,2-47,9)

¹ fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

- Il 44% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, la domanda è stata rivolta a:
 - il 58% dei fumatori
 - il 40% degli ex fumatori
 - il 36% dei non fumatori.



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

La percentuale degli intervistati che ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo in AAS1 "Triestina" è più bassa rispetto alla media della regione FVG (47%), ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2011-14 è pari al 40%.

L'attenzione degli operatori sanitari a questa abitudine sembra essere maggiore nelle Regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, 47%) e minore nelle Regioni del Sud Italia (Basilicata, 19%), ad eccezione della Sardegna (55%) in cui si registra la percentuale più alta.

Chiesto se fuma

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
Totale: 40,0% (IC95%: 39,7-40,4%)



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

Attenzione degli operatori sanitari – PASSI 2011-14 – Confronto AAS1 “Triestina” (n=304)- Pool Nazionale – Regione FVG

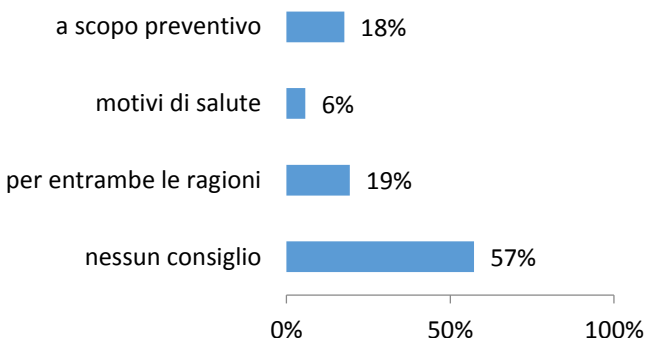
	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali ¹ (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	42,8 (37,4-48,3)	52,1 (51,4-52,8)	45,7 (43,1-48,4)

¹ fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

- Tra i fumatori, il 43% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (18%) o per entrambe le ragioni: preventive e per motivi di salute.

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

AAS1 “Triestina” - Passi 2011-14 (n=299)*



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

- In regione FVG la percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nel periodo 2011-14 è più alta rispetto all'AAS1 (46% vs 43%), anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2011-14 oltre la metà dei fumatori (52%) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Non c'è un chiaro gradiente geografico. La più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere si osserva in Sardegna (64%) la più bassa nella P.A. di Bolzano (35%).

Consiglio di smettere

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
 Totale: 52,1% (IC95%: 51,4-52,83%)



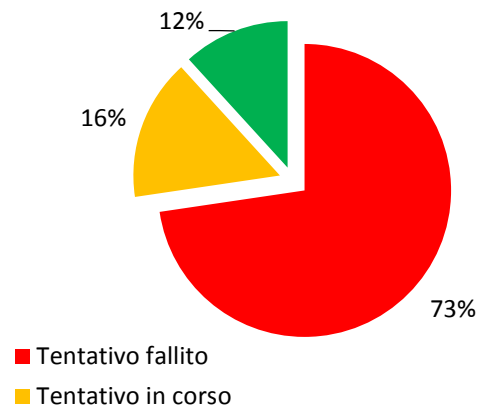
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2011-14, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 26% ha tentato di smettere.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
 AAS1 "Triestina" - Passi 2011-14 (n=278)

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- il 73% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 16% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 12% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).



Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, il 38% ha tentato di smettere di fumare e tra questi lo 82% ha fallito, il 10% stava ancora tentando al momento dell'intervista e lo 8% è riuscito nel tentativo.

Nell'AAS1, nel periodo 2011-2014, tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 97% l'ha fatto da solo, il 3% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

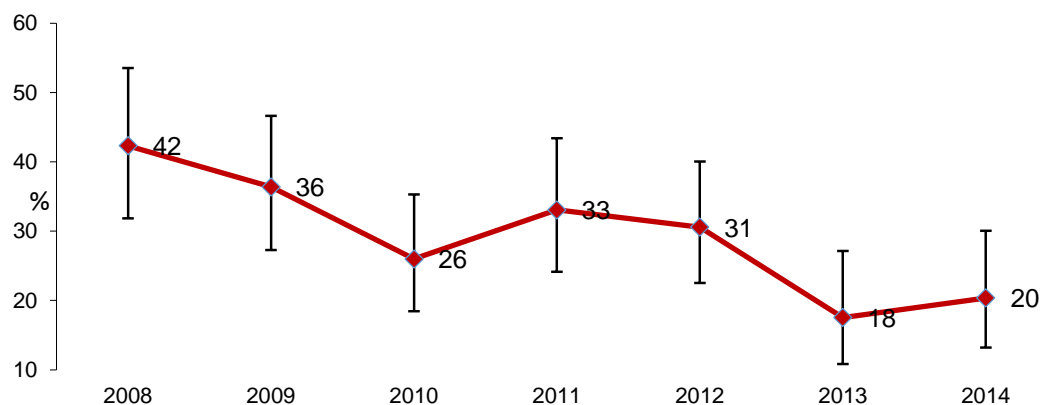
Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, poco meno del 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL; la restante quota è ricorsa ad altre soluzioni.

Non si rilevano variazioni nel corso del periodo in esame.

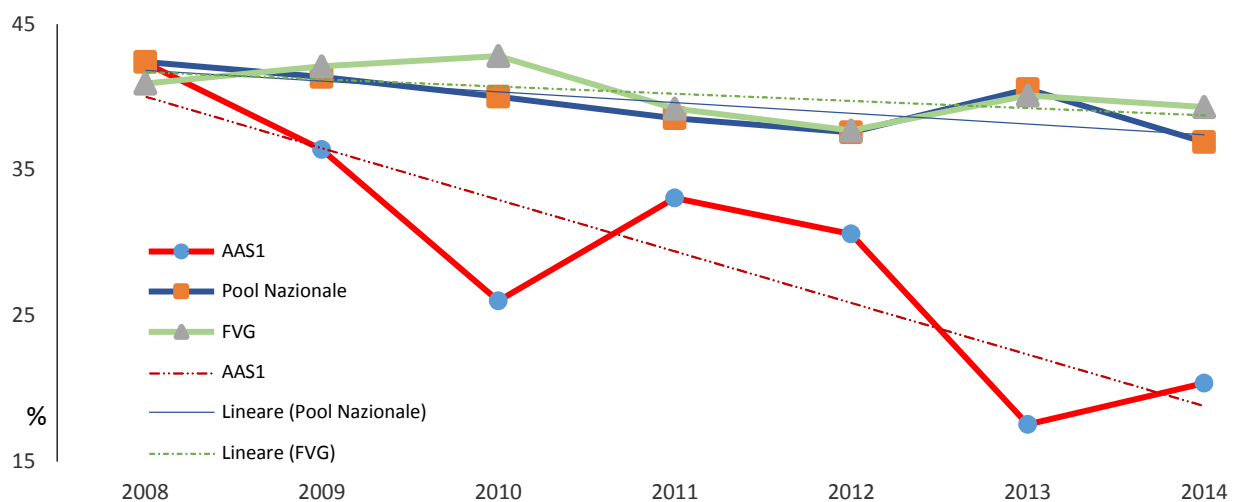
Confronti temporali

Nell'AAS1 dal 2008 al 2014 la percentuale di persone che dichiara di aver tentato di smettere di fumare sembra essersi ridotta, anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico. Anche nel Pool nazionale la quota di fumatori che tentano di smettere si riduce nel tempo, soprattutto nelle regioni meridionali, anche se nel 2012 sembra registrarsi un arresto di questa riduzione.

Tentativo di smettere di fumare
 Andamento temporale
 AAS1 "Triestina" - PASSI 2008-14



Tentativo di smettere di fumare Andamento temporale PASSI 2008-14 Confronto AAS1 "Triestina" – Pool nazionale- Regione FVG



Fumo passivo

Essere esposti a fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie, come cancro e malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici, studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

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

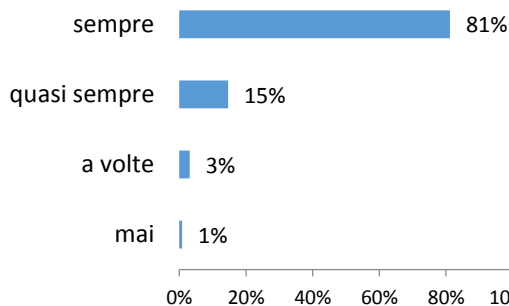
	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre <i>nei locali pubblici</i>	95,9 (94,6-96,9)	89,7 (89,5-90,0)	96,4 (95,9-96,9)
<i>sul luogo di lavoro</i>	93,0 (90,9-94,7)	91,4 (91,1-91,6)	94,2 (93,3-94,9)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	76,3 (73,7-78,7)	78,7 (78,4-79,0)	85,8 (84,9-86,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	86,8 (81,9-90,5)	85,8 (85,3-86,3)	92,5 (91,1-93,8)

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2011-14 il 96% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (81%) o quasi sempre (15%).
- Il 4% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (3%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

AAS1 “Triestina” – Passi 2011-14* (n=1.089)



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

- In regione FVG nel 2009-12 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre secondo il 96% degli intervistati.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2011-14 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre in quasi il 90% dei casi, con un evidente gradiente territoriale. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 76% delle Asl della Calabria al 97% di Valle d'Aosta e Provincia di Bolzano.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
Totale: 89,9% (IC95%: 89,6-90,1%)

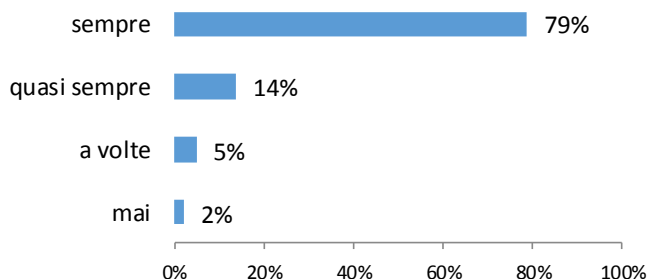


Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2011-14, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (79%) o quasi sempre (14%).
- Il 7% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è a volte (5%).
- Le percentuali di lavoratori che dichiarano il rispetto di fumo rilevate nell'AAS 1 "Triestina" non differiscono dalla media regionale corrispondente al 95%.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

AAS1 "Triestina" – Passi 2011-14 (n= 713)*



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

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nel 91% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- La frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata nella P.A. Bolzano (96%), in Basilicata e Friuli Venezia Giulia (95%) e più bassa in Molise (74%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-2014
 Totale: 91,7% (IC95%: 91,1-91,6)

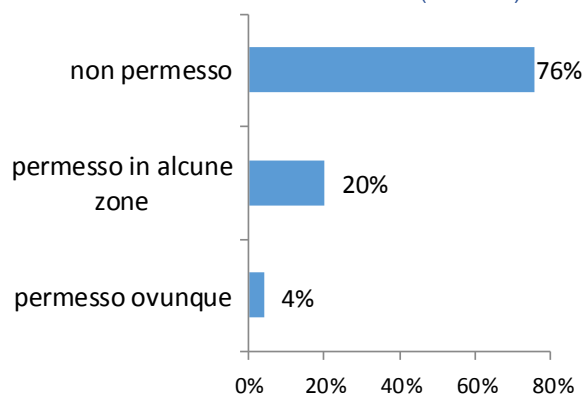


L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella AAS1 "Triestina", nel periodo 2011-14:
 - il 76% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 20% che si fuma in alcuni luoghi;
 - il 4% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'87% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Divieto di fumo in casa

AAS1 "Triestina" – Passi 2011-14 (n=1.147)



- In regione FVG il valore medio regionale degli intervistati che ha dichiarato che non si fuma in casa risulta superiore a quello rilevato nell'AAS 1 Triestina ed equivale allo 85% (differenze significative dal punto di vista statistico).
- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, il 79% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (86% in presenza di minori di 15 anni).
- Il divieto assoluto di fumare è più frequente nelle Regioni del Nord Est (Veneto 90%) mentre meno frequente in Umbria (71%), Liguria (74%) e nelle Regioni con la più alta frequenza di fumatori (Calabria 72% e Lazio e Abruzzo 73%); in questo panorama fanno eccezione Puglia (84%) e Sardegna (83%) con prevalenze di case libere dal fumo significativamente superiori alla media nazionale.

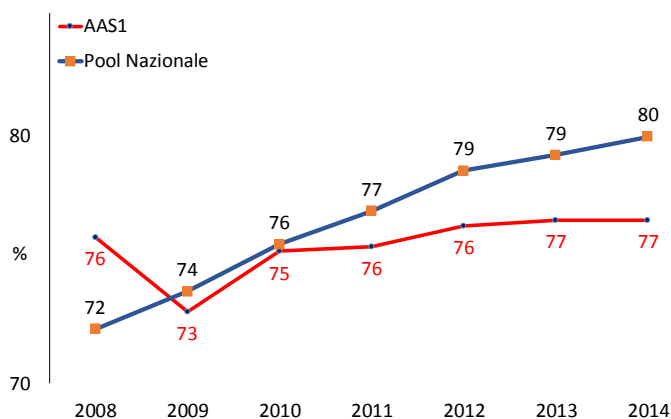
Divieto di fumo in casa
Prevalenze per regione di residenza –
Pool di ASL 2011-2014
 Totale=78,7% (IC95%: 78,5%-79,0%)



Confronti temporali

Nell'AAS1 dal 2008 al 2014 si è registrato un debole incremento nella percentuale di persone che dichiara la propria abitazione libera dal fumo. Nel pool nazionale, invece, nello stesso arco temporale, l'aumento è stato significativo, passando dal 72% nel 2008 allo 80% nel 2014.

Divieto di fumo in casa
Andamento temporale PASSI 2008-14
Confronto AAS1 "Triestina" – Pool nazionale



Conclusioni

Nella AAS1 "Triestina", nel periodo 2011-14, si stima che più di una persona su tre sia classificabile come fumatore; tale percentuale risulta superiore alla media nazionale. In particolare, le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-34 anni.

Meno di un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari ancora troppo basso.

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

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

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza.

Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società ⁽¹⁾. Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali⁽²⁾.

Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione, le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol e caratteristiche individuali che determinano una diversa suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili ⁽³⁾ ⁽⁴⁾. Se vengono superati tali limiti, il consumo di alcol è definito a maggior rischio.

Gli indicatori Passi

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.

Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

- consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni e, per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹¹;
- consumo *binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione¹²;
- consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

¹¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

¹² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

Quante persone consumano alcol?

Nel periodo 2011-14, la percentuale di consumatori di alcol nella AAS1 “Triestina” è risultata pari al 74%, mentre il consumo fuori pasto era circa del 13% e il consumo abituale elevato del 4%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del periodo precedente, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (17%) e del consumo a maggior rischio (28%), relative al periodo 2011-14.

Consumo di alcol PASSI 2011-2014 Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.146) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	73,8 (71,3-76,3)	55,1 (54,7-55,4)	69,2 (68,0-70,2)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	13,2 (11,5-15,2)	8,0 (7,8-8,1)	15,2 (14,4-16,1)
Consumo abituale elevato ¹	3,9 (2,9-5,2)	3,7 (3,6-3,8)	5,8 (5,2-6,5)
Consumo binge ²	16,5 (14,5-18,7)	8,7 (8,6-8,9)	15,6 (14,7-16,5)
Consumo a maggior rischio ³	27,8 (25,4-30,4)	16,9 (16,6-17,1)	29,0 (27,9-30,2)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo ⁴ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	2,9 (1,4-5,7)	6,0 (5,6-6,4)	6,0 (4,9-7,5)

¹ più di 2 unità alcoliche (UA) medie giornaliere, ovvero più di 60 UA negli ultimi 30 giorni (per gli uomini); più di 1 UA media giornaliera, ovvero più di 30 UA negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 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)

³ 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

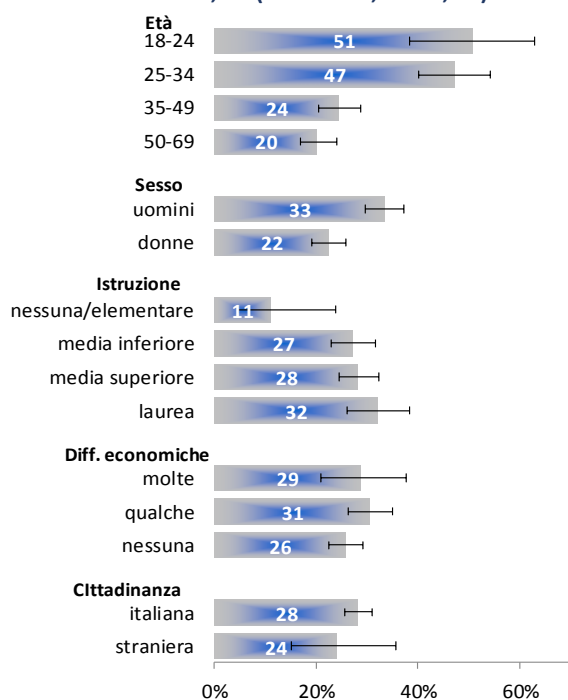
⁴ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2011-14, nell'AAS1 "Triestina", il 28% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio, perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato. Nella regione FVG può essere considerato consumatore di alcol a maggior rischio il 29% degli intervistati, ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani, in particolare tra i 18-24enni, e nel genere maschile (differenze significative dal punto di vista statistico); le differenze rilevate per livello di istruzione, status economico e cittadinanza non sono significative statisticamente.
- Le differenze rilevate rispetto al Pool nazionale sono significative statisticamente.

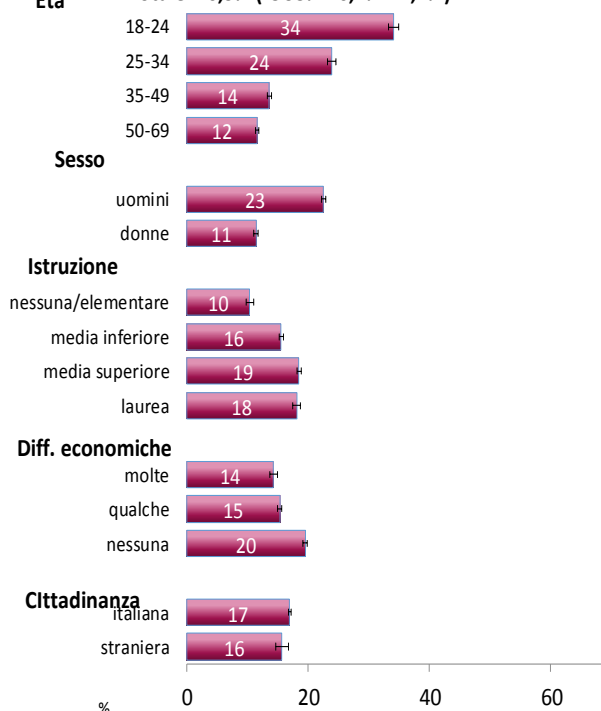
Consumo alcolico a maggior rischio
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 AAS1 "Triestina" 2011-14 (n=1.143)

Totale: 27,8% (IC 95%: 25,4%-30,1%)



Consumo alcolico a maggior rischio
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 PASSI Pool nazionale 2011-2014 (n=149.605)

Totale: 16,9% (IC 95% 16,7%-17,1%)



- Nel Pool di ASL PASSI, nel periodo 2011-14, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%.
- Nel confronto tra le Regioni si osservano differenze statisticamente significative, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Sicilia al 38% della P.A. di Bolzano.

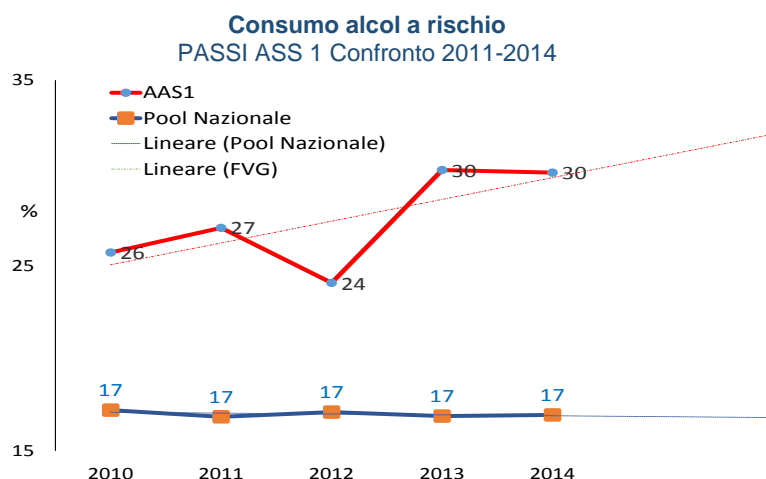
Consumo a maggior rischio
 Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
 Totale: 16,7% (IC95%: 16,5%-16,9%)



Confronti temporali

Nella AAS 1 “Triestina”, nel quinquennio in esame, si registra un progressivo aumento della popolazione adulta che ha un consumo a maggior rischio, con una flessione, isolata e non significativa statisticamente rispetto agli altri anni, nel 2012.

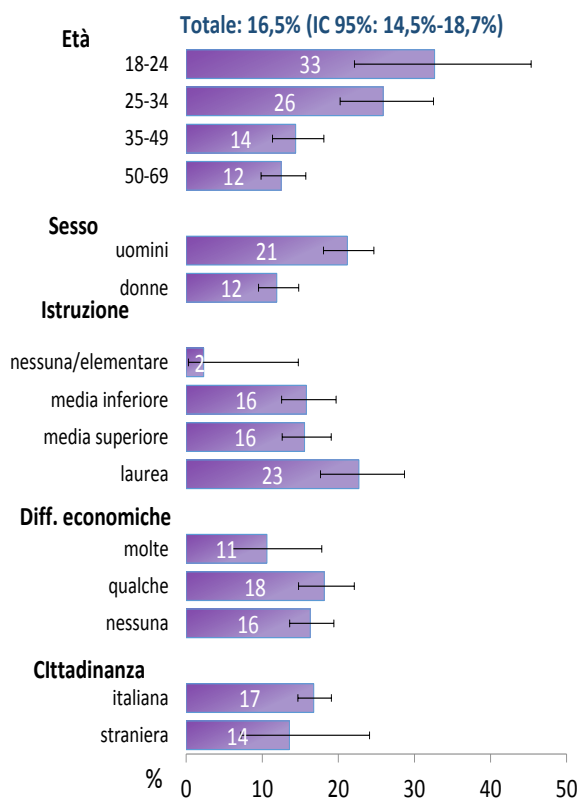
Tale dato risulta ancora più evidente se confrontato con la media nazionale, in cui il consumo a maggior rischio risulta stabile nel periodo e con percentuali significativamente più basse di quelle registrate nell'AAS1.



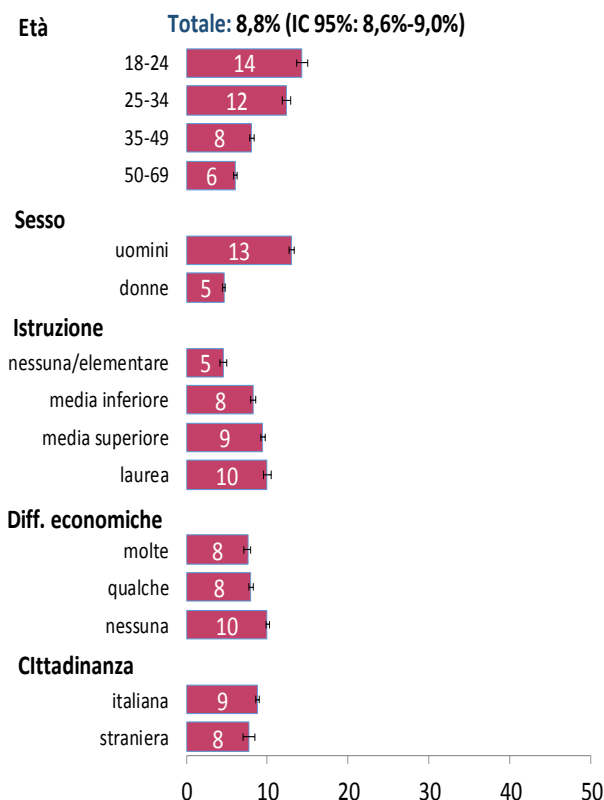
Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2011-14 nell'AAS1 “Triestina”, quasi il 17% degli intervistati è classificabile come consumatore binge. il dato non differisce dalla media regionale, ma risulta quasi doppio di quello del Pool nazionale (le differenze rilevate sono significative statisticamente).
- Il consumo binge è significativamente più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni) e nel genere maschile, mentre le differenze rilevate per grado di istruzione, livello economico e cittadinanza non sono rilevanti dal punto di vista statistico.

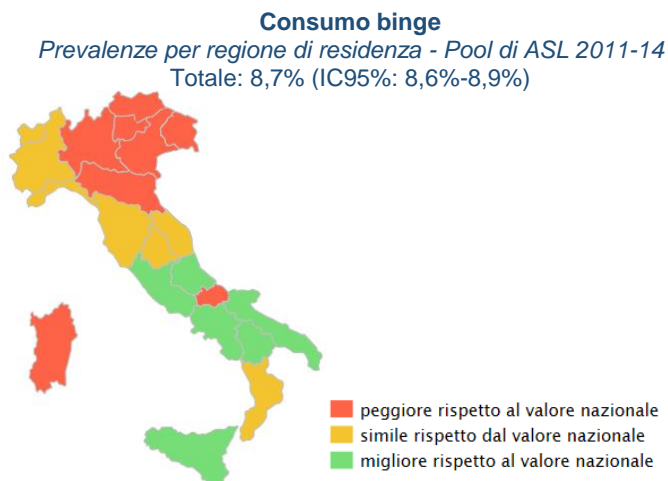
Consumo binge
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 AAS1 “Triestina” 2011-14 (n=1.143)



Consumo binge
 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
 Pool nazionale PASSI 2011-14 (n=149.605)



- Nel Pool di ASL PASSI nel periodo 2011-14, la percentuale di bevitori binge è risultata del 9% quasi.
- La prevalenza del binge drinking, nel 2011-2014, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord, la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (23%), ma anche in alcune Regioni meridionali, come il Molise (17%); la Sicilia registra quelli più bassi (4%).



Confronti temporali

Per quanto riguarda l'evoluzione temporale del binge drinking, nel periodo 2010-2014, nella AAS 1 "Triestina", si rileva un incremento di tale abitudine nella popolazione adulta, pur in assenza di variazioni significative da un punto di vista statistico, con una flessione nel 2012, già descritta nel consumo a maggior rischio, ed alla quale il binge drinking stesso contribuisce. Importante il confronto con il Pool nazionale, in cui il fenomeno del binge drinking rimane stabile nel periodo e con percentuali significativamente più basse di quelle registrate nell'AAS1.



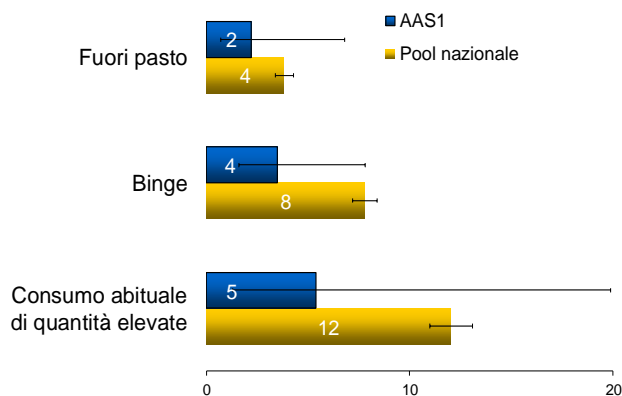
Qual'è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di **individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio**. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Nella AAS1 "Triestina", nel periodo 2011-14, fra gli intervistati con consumo a maggior rischio che sono stati dal medico (n=280), solo il 3% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche. Tra coloro che bevono alcol fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente), la frequenza del consiglio è pari allo 2%, fra le persone con consumo binge sale al 4% e in quelli con consumo abituale elevato al 7%. Le differenze rispetto alla media nazionale (Pool PASSI 2011-2014) non sono significative dal punto di vista statistico.

Categorie di persone con un consumo di alcol a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Percentuali per tipo di consumo – PASSI 2011-2014
 Confronto AAS1 "Triestina" - Pool Nazionale



Conclusioni

Nella AAS 1 “Triestina” si stima che circa tre persone su quattro di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e più di una su quattro abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni quasi un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio.

Non sono state rilevate differenze nella diffusione di questo fattore di rischio comportamentale per grado di istruzione e status economico.

In base alle indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio, nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati PASSI, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo (3%).

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata (Lancet, 2009) l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare su prezzo e reperibilità del prodotto. Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali sui bevitori a rischio. Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista far diventare l'alcol più costoso e meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione degli effetti nocivi dell'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Bibliografia

1 *The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 2009*

2 *Osservatorio nazionale alcol*

3 *Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol*

4 *Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheets. Alcohol Use and Health.*

Alcol e guida

Nei Paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida – - PASSI 2011-14

Confronto AAS1 "Triestina" (n=1.146) –Pool Nazionale – Regione FVG

	AAS1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	6,7 (5,2-8,6)	8,6 (8,4-8,8)	10,2 (9,3-11,2)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	5,4 (4,2-6,9)	5,9 (5,7-6,0)	7,2 (6,6-7,9)

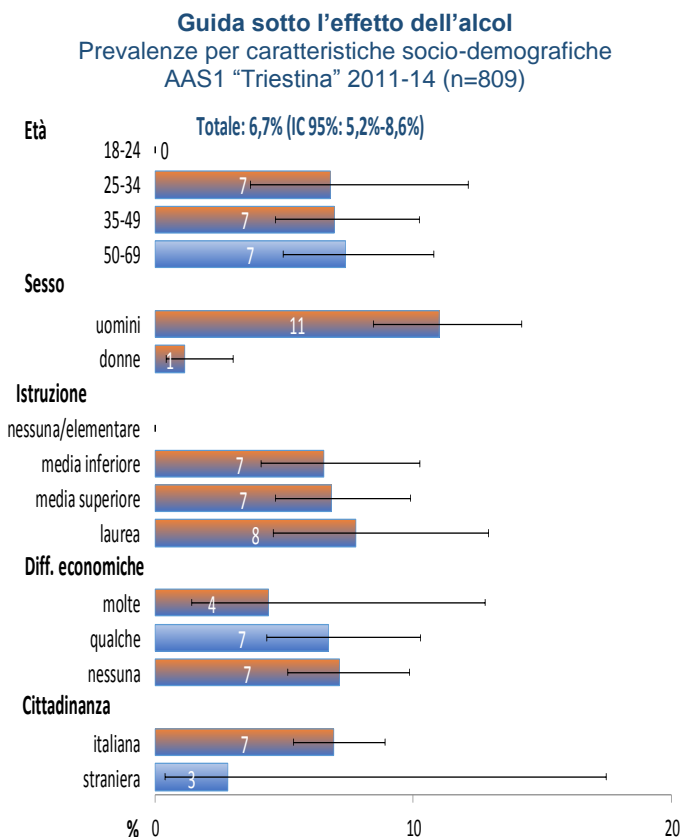
* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

** percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

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

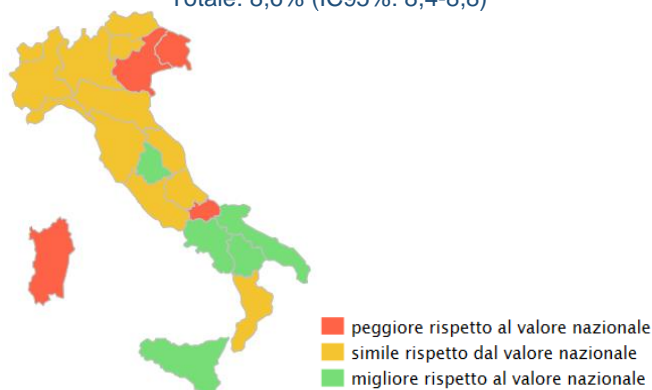
Nel periodo 2011-14, nella AAS1 "Triestina" il 7% circa degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 5% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è significativamente più frequente negli uomini che nelle donne
- Piccole differenze si rilevano anche per età, istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza, ma sono prive di rilevanza dal punto di vista statistico.



- Nella regione FVG nel periodo 2011-14, la percentuale di intervistati che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10% circa (differenze non significative dal punto di vista statistico), mentre nel pool di ASL è del 9% (differenze statisticamente significativa).
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con una maggiore diffusione in alcune settentrionali (12% in Friuli Venezia-Giulia e 10% nel Veneto) e al Centro (14% in Molise, 10% nelle Marche e in Sardegna).

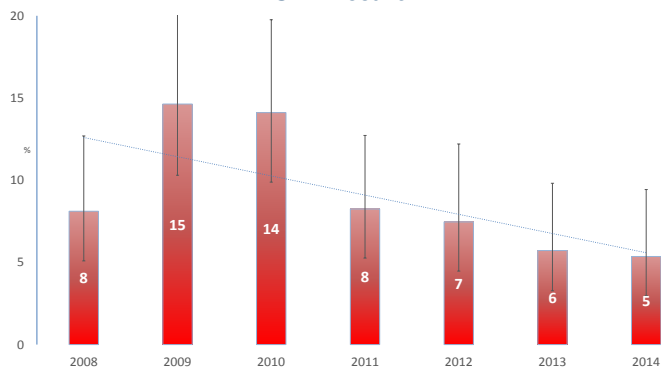
Guida sotto l'effetto dell'alcol
 Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
 Totale: 8,6% (IC95%: 8,4-8,8)



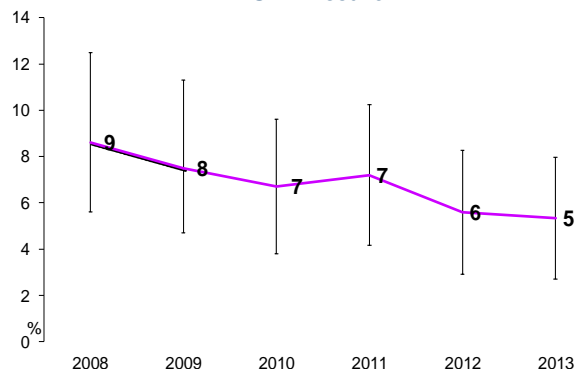
Nel corso del periodo di studio, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol sembra aver subito un incremento rispetto al valore rilevato nel 2008 negli anni 2009 e 2010, ma dopo tale periodo si è ridotta progressivamente, fino ad arrivare nel 2014 al di sotto del valore iniziale.

Le differenze rilevate negli anni non sono risultate significative dal punto di vista statistico. Pure in riduzione risulta la percentuale di persone che ha dichiarato di essere stata trasportata da guidatore in stato di ebbrezza.

Guida sotto l'effetto dell'alcol
 Andamento del fenomeno negli anni 2008-14
 AAS1 "Triestina"



Trasportato da conducente sotto l'effetto dell'alcol
 Andamento del fenomeno negli anni 2008-13
 AAS1 "Triestina"



Analisi di trend sul pool di ASL

Significativa la riduzione nel periodo 2008-14, a livello di Pool di Asl della prevalenza dei guidatori sotto l'effetto dell'alcol in tutto il Paese

Trend annuale guida sotto l'effetto dell'alcol
 Pool ASL PASSI -2008-2014



Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

Alcol e guida – - PASSI 2011-14

Confronto AAS1 “Triestina” (n=42) - Pool Nazionale

	AAS1 % (IC95%)	Pool Nazionale %	FVG % (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol nei 18-25enni*	0%	7,7% (7,0-8,5)	n.d.

*percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

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

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, la popolazione di giovani di 18-25 anni merita di essere monitorata con attenzione, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), è esposta ad un rischio maggiore di incidenti.

Tra i giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2011-2014 nell'AAS1 “Triestina”, nessuno ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli delle Forze dell'Ordine

Controlli delle forze dell'ordine — PASSI 2011-14

Confronto AAS1 “Triestina” (n=1.037) - Pool Nazionale -FVG

	AAS1 % (IC95%)	Pool nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	31,3 (28,7-34,1)	33,3 (33,0-33,6)	43,6 (42,2-44,9)
Effettuato l'etilotest**	13,9 (10,7-18,0)	9,7 (9,4-10,0)	13,2 (11,9-14,7)

*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

**percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine (nell'AAS1 n=338)

- Nel periodo 2011-14, nella AAS1 “Triestina” il 31% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi

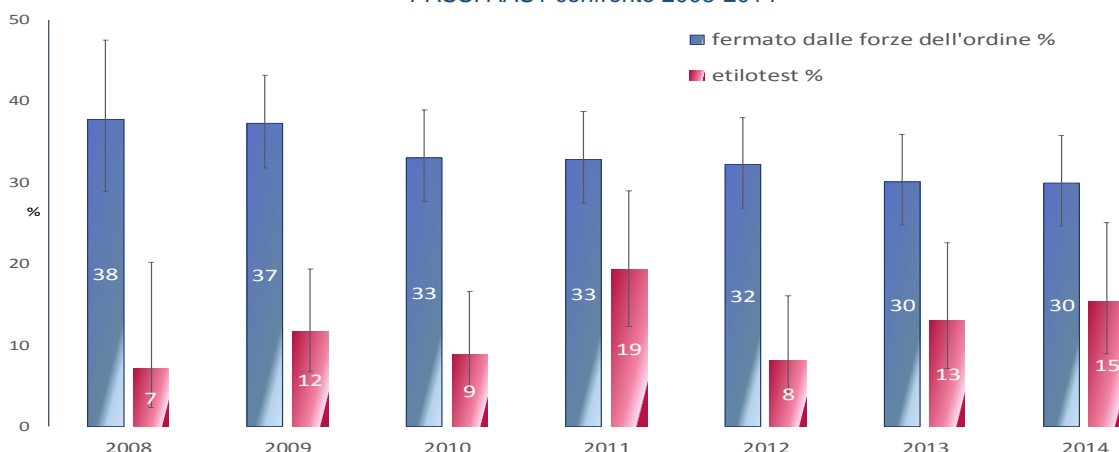
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo
 Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
 Totale: 33,3% (IC95%: 33,0-33,6)

- A livello regionale, nel periodo 2011-14, la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 44%, significativamente più elevata rispetto all'AAS1, mentre nel Pool di ASL questa percentuale nello stesso periodo è del 33%.

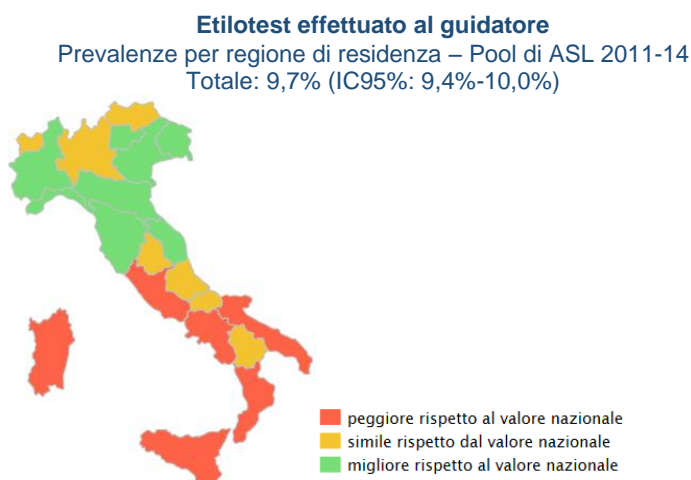


- Nell'AAS 1 il 14% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. L'etilotest è stato effettuato con frequenza maggiore fra i giovani (15% fra i 18 -24 anni; 28% fra 25-34 anni; 10% fra 35-49 anni; 10% fra 50-69 anni).
- Nell'AAS 1 dal 2008 al 2014 il numero dei controlli riferiti dagli intervistati è leggermente calato stabilizzandosi dal 2013 al 30%, mentre l'esecuzione di etilotest, dopo un incremento nel 2011, si è assestato intorno al 15%. Le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo ed esecuzione di etilotest
 PASSI AAS1 confronto 2008-2014



- Nel 2011-14, a livello regionale la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è del 13%, mentre nel Pool di ASL questa percentuale per lo stesso periodo temporale è quasi dello 10%.



In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Conclusioni

Nell'AAS1 "Triestina", una minoranza, piccola ma consistente (il 7% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: il 30% di coloro che hanno dichiarato di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi, ha riferito di aver subito un controllo da parte delle forze dell'ordine; fra questi, solo il 15% (prevalentemente giovani) riferisce di essere stato sottoposto ad etilotest rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sebbene i comportamenti individuali rappresentino fattori di primaria importanza, per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione in studio

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

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

Strategie di campionamento

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

Il campione complessivo dell'Azienda Sanitaria Triestina relativo al 2014 è risultato di 290 individui, mentre quello riferito al periodo 2010-2014 è di 1.147 persone.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione da gennaio a dicembre di ciascun anno di indagine, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 21 minuti.

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

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

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

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

Analisi delle informazioni

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

I risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%) solo per le variabili principali.

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

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

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

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

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

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

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

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

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

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

