

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale quadriennio 2011-2014



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

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

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

Intervistatori: Patricia Belletti, Daniela Bertolo, Nicla Bravin, Luisa De Carlo, Daniela Fabbro, Anna Clara Guastafarro, Sabrina Lalla, Mirella Lazzaretto, Beatrice Lazzaro, Sandra Polese, Manola Sgrulletti.

Coordinatore: Luisa De Carlo

Vice-coordinatore: Daniela Fabbro

- **a livello regionale**

Coordinatore: Tolinda Gallo

- **Il gruppo tecnico nazionale**

Un ringraziamento particolare:

- ai Cittadini intervistati per la cortesia e la disponibilità mostrate;
- ai Medici di Medicina Generale per la loro collaborazione;

Redazione e impaginazione a cura di:

Luisa De Carlo e Stefania Pilan (Dipartimento di Prevenzione AAS n.5 "Friuli Occidentale")

Per informazioni sul sistema di sorveglianza PASSI e-mail .: luisa.decarlo@ass5.sanita.fvg.it

Il rapporto PASSI 2011-2014 aziendale è scaricabile dal sito: www.ass6.sanita.fvg.it

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

Il sistema di sorveglianza Passi

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

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

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

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

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

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

Funzionamento del sistema

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

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

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

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

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

INDICE

	Pagina
Sintesi dei risultati principali	5
<i>Profilo socio-demografico</i>	9
Descrizione del campione aziendale	10
<i>Guadagnare salute</i>	14
Attività fisica	16
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	22
Abitudine al fumo	28
Consumo di alcol	36
Alcol e guida	42
<i>Benessere</i>	44
Percezione dello stato di salute	45
Sintomi di depressione	49
<i>Rischio cardiovascolare</i>	53
Iperensione arteriosa	55
Ipercolesterolemia	58
Calcolo del rischio cardiovascolare	62
<i>Sicurezza</i>	64
Sicurezza stradale	65
Sicurezza domestica	69
<i>Programmi di prevenzione</i>	71
Screening dei tumori del collo dell'utero	72
Screening dei tumori della mammella	79
Screening dei tumori del colon-retto	84
Vaccinazione antiinfluenzale	89
<i>Metodi</i>	91

Sintesi dei risultati

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-14

Campione n = 1584 soggetti intervistati

PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO

Descrizione del campione ASS6 " Friuli Occidentale" (%)

Numerosità	1584
Uomini	51%
Donne	49%
Età media	44 anni
18-34	37%
35-49	36%
50-69	27%
Titolo di studio	
nessuno/elementare	9%
media inferiore	31%
media superiore	47%
Laurea	13%
Stato civile	
Coniugati	58%
celibi/nubili	33%
vedovi/e	3%
separati/divorziati	6%
Cittadinanza straniera	14%
Lavoro regolare¹	61%
Difficoltà economiche	
Molte	12%
Qualche	35%
Nessuna	53%

GUADAGNARE SALUTE

Attività fisica ASS6 " Friuli Occidentale"

Livello di attività fisica	
attivo ²	38%
parzialmente attivo ³	43%
sedentario ⁴	19%
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica	34%
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	24%

¹ campione compreso tra 18 e 65 anni

² 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)

³ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

⁴ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari ASS6 " Friuli Occidentale"**Popolazione in eccesso ponderale**

Sovrappeso 30%

Obeso 13%

Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario⁵

Sovrappeso 45%

Obeso 74,5%

Consigliato di fare attività fisica da un medico o operatore sanitario

Sovrappeso 38%

Obeso 57%

Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno 9,5%**Abitudine al fumo ASS6 " Friuli Occidentale"****Abitudine al fumo**fumatori⁶ 24%

Uomini 30%

Donne 18%

ex fumatori⁷ 22%non fumatori⁸ 54%**Fumatori**

18-24 33%

25-34 32%

35-49 27%

50-69 16%

Livello di istruzione

Nessun titolo/elementare 11%

Scuola media inferiore 28%

Scuola media superiore 26%

Laurea 19%

Difficoltà economiche

Molte 33%

Qualche 26%

Nessuna 21%

Numero medio di sigarette fumate al giorno 11 sigarette**Chiesto se fuma**

a tutto il campione 47%

Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori) 46%**Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno 45%****Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):**

sempre o quasi sempre 94%

⁵ solo tra chi e' andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no⁶ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi⁷ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi⁸ meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici:
sempre o quasi sempre 99%

Consumo di alcol ASS6 " Friuli Occidentale"

Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese⁹ 67%
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto 13%
Bevitori binge¹⁰ 14%
Consumatori a maggior rischio 26%
Consigliato da un operatore sanitario di ridurre il consumo 7%
Guida sotto effetto dell'alcol¹¹ 10%

BENESSERE

Percezione dello stato di salute ASS6 " Friuli Occidentale"

Risponde "bene"/"molto bene" alla domanda sul proprio stato di salute 72,8%

Sintomi di depressione ASS6 "Friuli Occidentale"

Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane¹² 7%
Donne 10%
Uomini 4%
18-34 anni 8%
35-49 anni 7%
50-69 anni 7%
almeno 1 patologia cronica 9%
Ha cercato aiuto da qualcuno¹³ 42%

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Iperensione arteriosa ASS6 " Friuli Occidentale"

Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni 85%
Persone che riferiscono di essere ipertese¹⁴ 22%

Colesterolemia ASS6 " Friuli Occidentale"

Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita 75%
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche¹⁵ 23%

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni) " Friuli Occidentale"

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare¹⁶ 4%

⁹ una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

¹⁰ nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

¹¹ aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg

¹² score calcolato sulla base al numero di giorni nelle ultime 2 settimane con poco interesse o piacere nel fare le cose o giu' di morale, depresso/a o senza speranza

¹³ Tra le persone depresse, ma la domanda non è stata fatta a tutte le persone che vengono in seguito classificate come depresse utilizzando lo score

¹⁴ tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa

¹⁵ tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

SICUREZZA**Sicurezza stradale ASS6 "Friuli Occidentale"****Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza¹⁷**

<i>casco sempre</i>	99%
<i>cintura anteriore sempre</i>	92%
<i>cintura posteriore sempre</i>	40%

Sicurezza domestica ASS6 "Friuli Occidentale"

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico 92%

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

Effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni	91,5%
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	62%
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	84%

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

Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	87%
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	69%
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	82%

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

Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	61%
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	22%
Ha ricevuto la lettera dell' ASL	78%

Vaccinazione antinfluenzale ASS6 " Friuli Occidentale"

Vaccinati 18-64 (campagna antinfluenzale)	9%
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia cronica	16%

¹⁶ su tutte le persone ≥ 35 anni, senza patologie CV

¹⁷ calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione



Il campione 2011-2014

La popolazione in studio al 31.12.2014 è costituita da 210.242 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASS6 "Friuli Occidentale". Da gennaio 2011 a dicembre 2014, nella Azienda ASS6 "Friuli Occidentale" sono state intervistate 1584 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

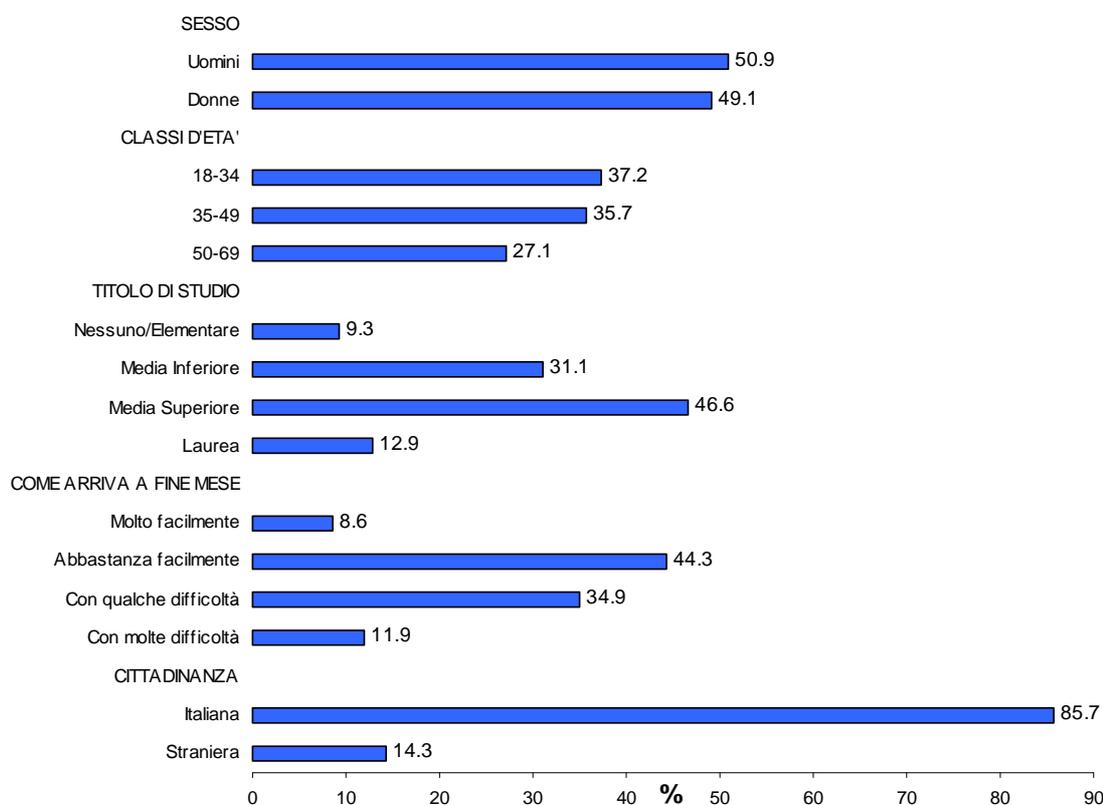
Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2011	PASSI 2012	PASSI 2013	PASSI 2014
Numerosità	396	396	396	396
Tasso di risposta	91	92.7	90.6	89.6
Tasso di rifiuto	7.4	5.6	7.6	9

Caratteristiche demografiche degli intervistati

Caratteristiche socio-demografiche
delle persone intervistate
ASS 6 PASSI 2011-14 (n=1584)



L'età e il sesso

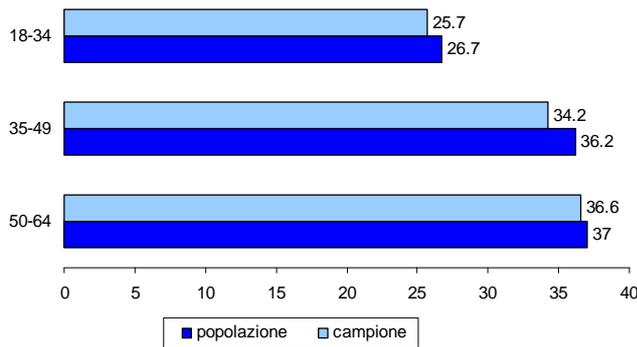
Il campione intervistato in ASS6 (1584 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (49%) e uomini (51%); l'età media complessiva è di 44 anni.

Il campione è costituito per:

- il 37 % da persone nella fascia 18-34 anni
- il 36 % da persone nella fascia 35-49 anni
- il 27 % da persone nella fascia 50-69 anni.

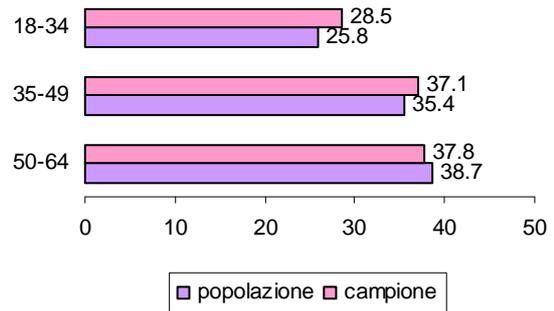
La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
ASS6 - PASSI 2011-14 (n=804)



%

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
ASS6 - PASSI 2011-14 (n=778)



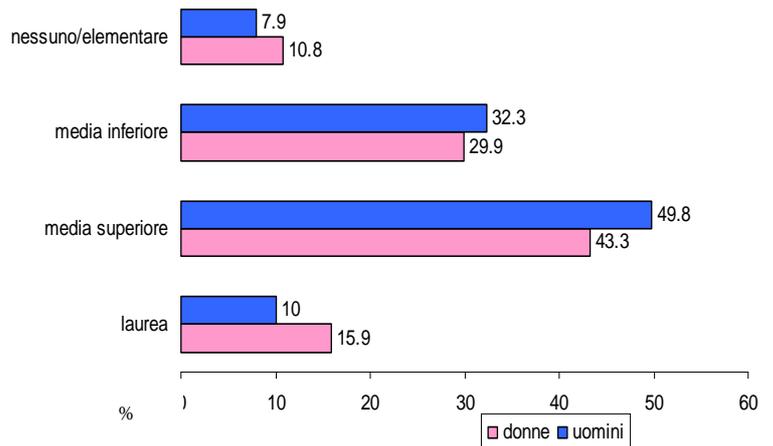
%

Il titolo di studio

Nella ASS6 " Friuli Occidentale" il 9% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 47% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

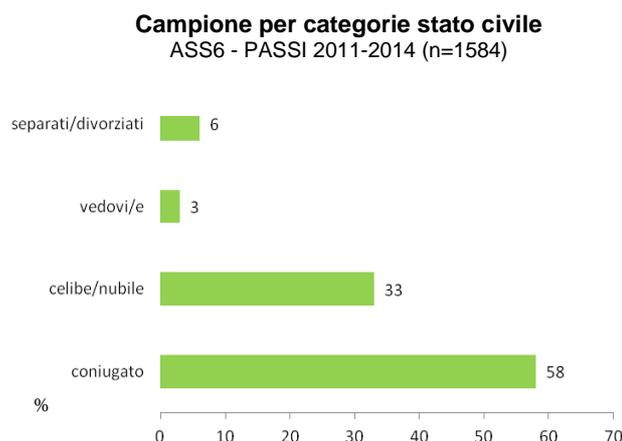
Il titolo di studio è fortemente correlato all'età: il 92,5% di chi non possiede nessun titolo o dichiara la licenza elementare ha tra i 50 e i 69 anni.

Persone intervistate per titolo di studio e per sesso
ASS6 PASSI 2011-14 (n=1584)



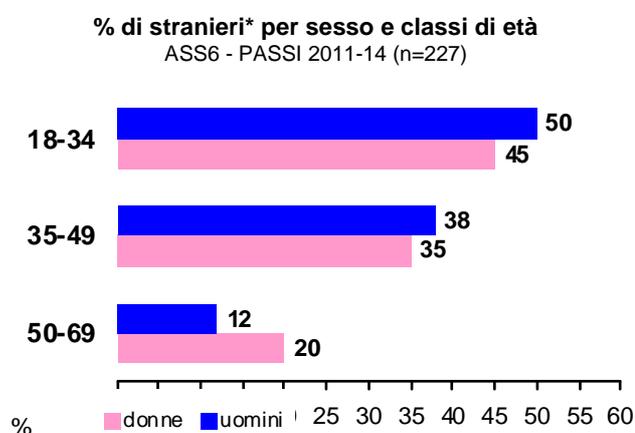
Lo stato civile

Nella ASS6 "Friuli Occidentale" i coniugati/conviventi rappresentano il 57,7% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 6,4% ed i vedovi il 2,8%.



Cittadinanza

In ASS6 "Friuli Occidentale" il campione è costituito dal 86% di cittadini italiani, 14% di stranieri. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani.



Il lavoro e le difficoltà economiche

- Nella ASS6 " Friuli Occidentale" il 61% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Nella ASS6 " Friuli Occidentale":
 - il 53% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 35% qualche difficoltà
 - il 12% molte difficoltà economiche.

Conclusioni

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

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

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

Guadagnare Salute

- **Attività fisica**
- **Situazione nutrizionale e abitudini alimentari**
- **Abitudine al fumo**
- **Consumo di alcol e Alcol e guida**



I PASSI per...

Guadagnare salute

Le malattie croniche, che secondo l'OMS provocano 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, hanno alla base 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).

Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione

"Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative di grande rilevanza epidemiologica" è il filo conduttore del programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome.

I 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, devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali.

Questo perché 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.**

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.

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. Una nuova cultura della prevenzione in cui i singoli individui diventano protagonisti e **responsabili della qualità della propria vita.**

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di mortalità per tutte le cause, malattie cardiovascolari, ipertensione, ictus, sindrome metabolica, diabete di tipo 2°, cancro al seno, cancro al colon, depressione, cadute. Forte evidenza inoltre per: rafforzamento osseo, miglioramento funzioni cognitive, perdita di peso, soprattutto se associato alla riduzione di calorie, miglioramento della fitness cardiovascolare e muscolare.

Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità. 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.

Livello raccomandato di attività fisica

È stato evidenziato 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.

Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano:

- *bambini e ragazzi* (5–17 anni): almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive
- *adulti* (18–64 anni): almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa, con esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana
- *anziani* (dai 65 anni in poi): le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni, dovrebbe fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.

Come Passi misura l'attività fisica

Le domande sull'attività fisica del sistema Passi sono state adattate dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - *physical activity module* dei Cdc di Atlanta. Gli aspetti indagati comprendono: frequenza, durata, intensità, attività fisica al lavoro, autopercezione del livello di attività fisica, interesse e consigli da parte di medici e altri operatori sanitari.

I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre distinti gruppi:

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

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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

	ASS 6 % (IC95%)	F.V.G. % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)
Livello di attività fisica			
Attivo	38,4 (35,6-41,3)	36,1 (34,8-37,3)	33,2 (32,9-33,5)
Parzialmente attivo	42,6 (40,2-45,7)	43,3 (42-44,5)	35,8 (35,5-36,1)
Sedentario	18,9 (17-20,9)	20,7 (19,7-21,7)	31,0 (30,7-31,3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica	34,3 (31,7-36,8)	31,1 (28,2-33,1)	30,6 (30,3-30,9)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	24,2	15,0	19,0

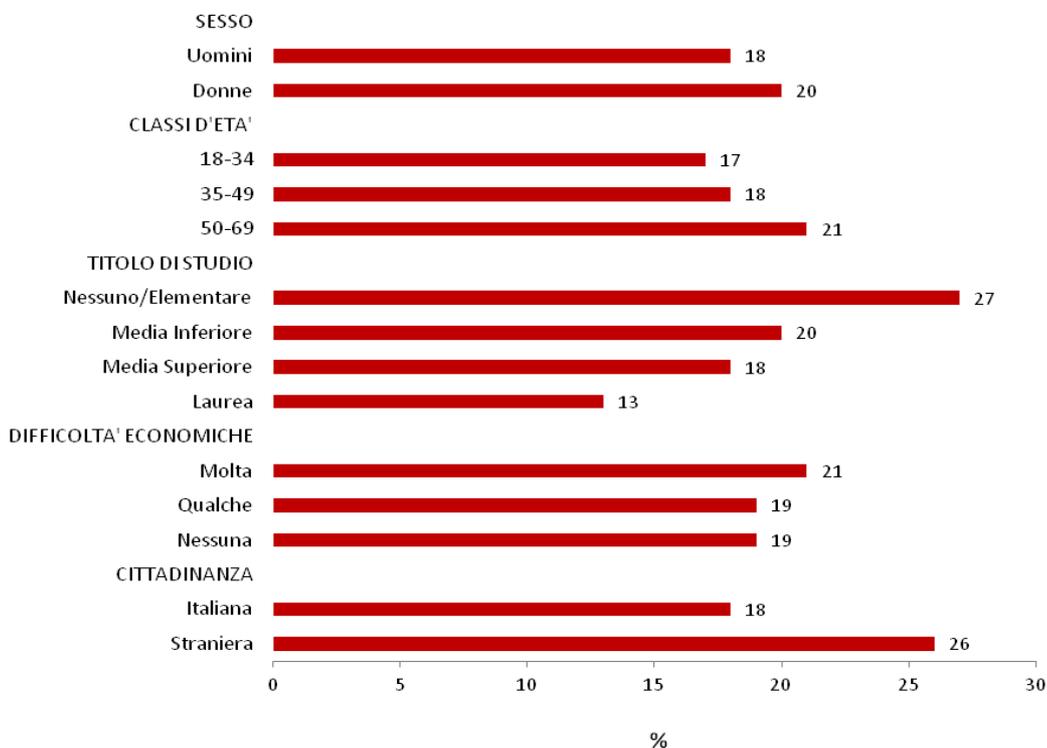
Nel periodo 2011-14, nella ASS6 "Friuli Occidentale" il 38% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 19% è completamente sedentario.

La sedentarietà è maggiormente diffusa:

- tra le donne
- tra le persone di 50-69 anni
- nei cittadini stranieri (differenza statisticamente significativa)
- nelle persone con un titolo di studio di licenza elementare o media inferiore rispetto a chi possiede una laurea (differenza statisticamente significativa).

Percentuale di Sedentari per caratteristiche socio-demografiche

ASS 6 2011-14- Totale: 19%

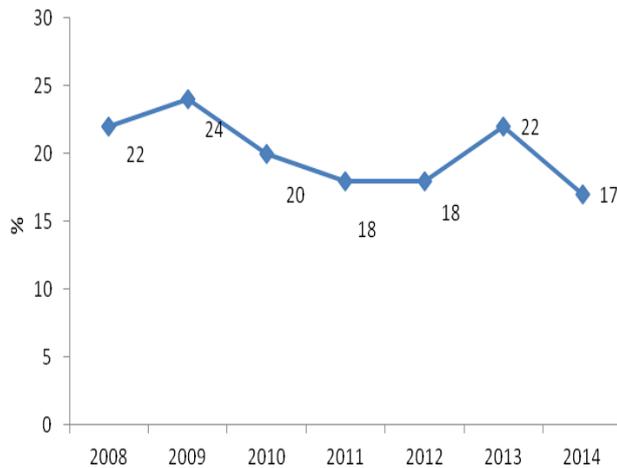


- In Friuli Venezia Giulia, la percentuale di sedentari è pari al 20,7% notevolmente inferiore al Pool nazionale di ASL (31%).
- Nel confronto tra Regioni, si nota un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (7,9%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (62,6%).

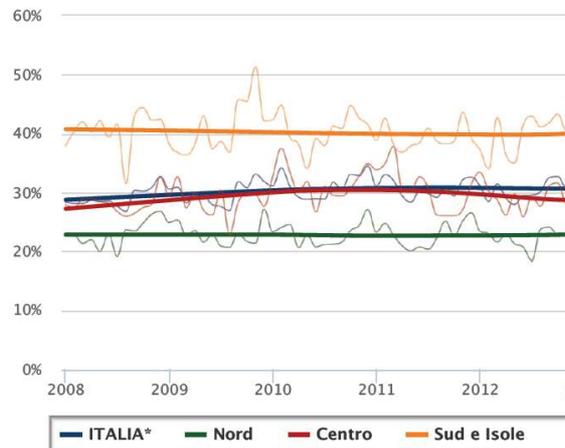
Percentuale di sedentari
Prevalenze per Regione di residenza
Passi 2011-14
Pool di Asl: 31%



Trend della sedentarietà
Prevalenze annuali ASS6 " Friuli Occidentale" anni
2008-2014



Trend della sedentarietà
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-
2014



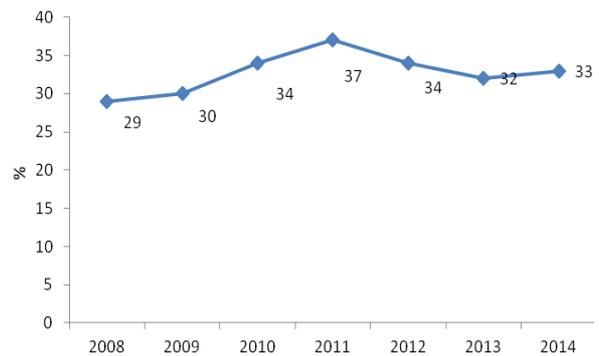
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 34% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha suggerito di fare attività fisica regolarmente. Tra le persone in sovrappeso ha ricevuto questo consiglio il 44% degli intervistati. Tra gli intervistati con patologie croniche il 48% ha ricevuto il consiglio.

Confronti temporali

A partire dal 2008, la percentuale di persone che ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica è aumentata, anche se le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

Trend del consiglio di praticare attività fisica
Prevalenze annuali ASS6 " Friuli Occidentale"
anni 2008-2014



- In FVG, la percentuale di persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31,1%
- Nel pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di intervistati a cui è stato **consigliato**, da parte del Medico o di un operatore sanitario, di fare attività fisica è del 30,6%.

Persone a cui è stato consigliato di effettuare attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2011-14
Pool di Asl: 30,6%

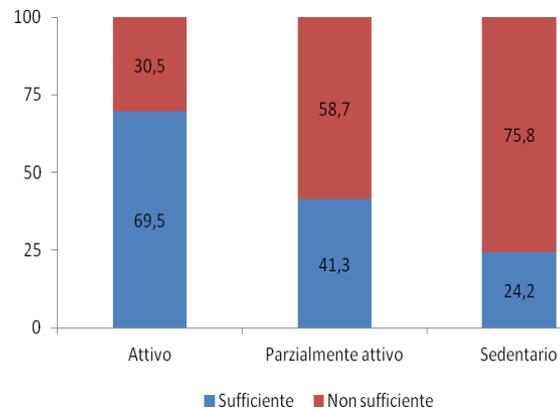


- peggiore rispetto al valore nazionale
- simile rispetto dal valore nazionale
- migliore rispetto al valore nazionale

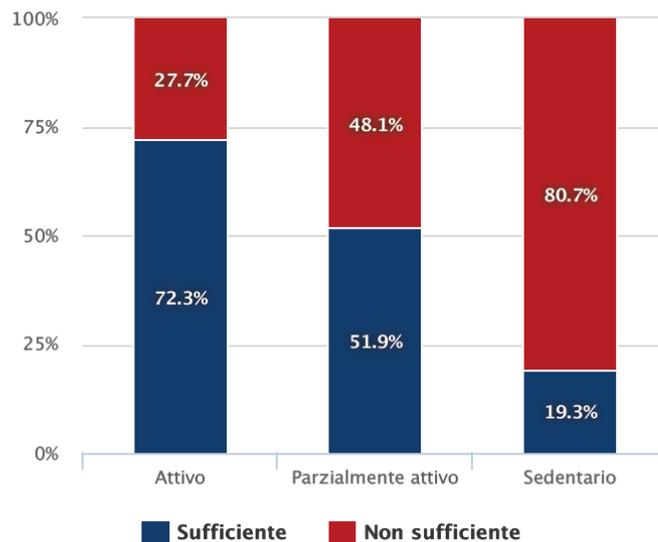
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- 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 69% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 41% delle persone parzialmente attive ed il 24% 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.

Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
ASS 6 PASSI 2011-14



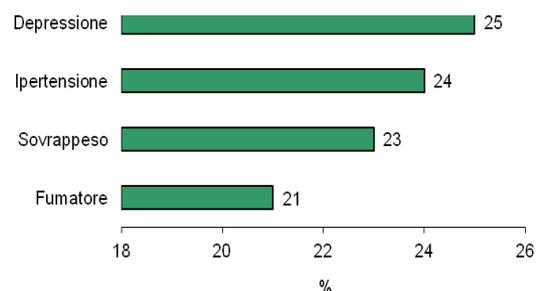
Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Prevalenze per livello di attività –
Pool Asl- Passi 2011-14



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa frequentemente ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 25% delle persone depresse
 - il 24% degli ipertesi
 - il 23% delle persone in eccesso ponderale
 - il 21% dei fumatori.

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
ASS 6 PASSI 2011-14



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" si stima che il 38% pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 19% può essere considerato completamente sedentario.

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

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

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti, anche se nel tempo si nota un miglioramento.

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.).

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

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

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

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASS 6 - PASSI 2011-14 (n=1579)

Popolazione in eccesso ponderale	% (IC95%)
<i>sovrappeso</i> ¹	30,4% (28,2-32,6)
<i>obesi</i> ²	12,6 % (11,1-14,3)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	% (IC95%)
<i>sovrappeso</i> ¹	45,4%
<i>obesi</i> ²	74,5 %
Adesione al <i>five-a-day</i>	9,5 % (8,2- 11,1)

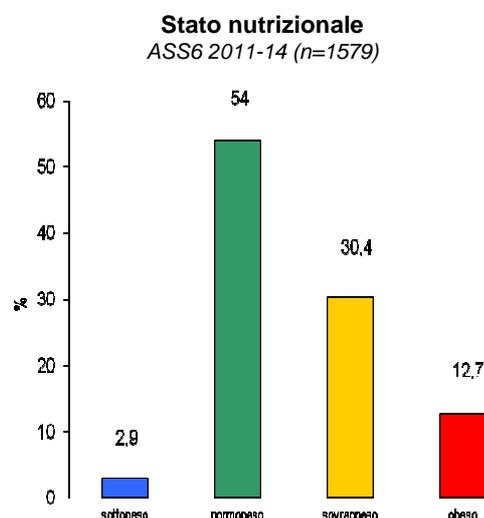
¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

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

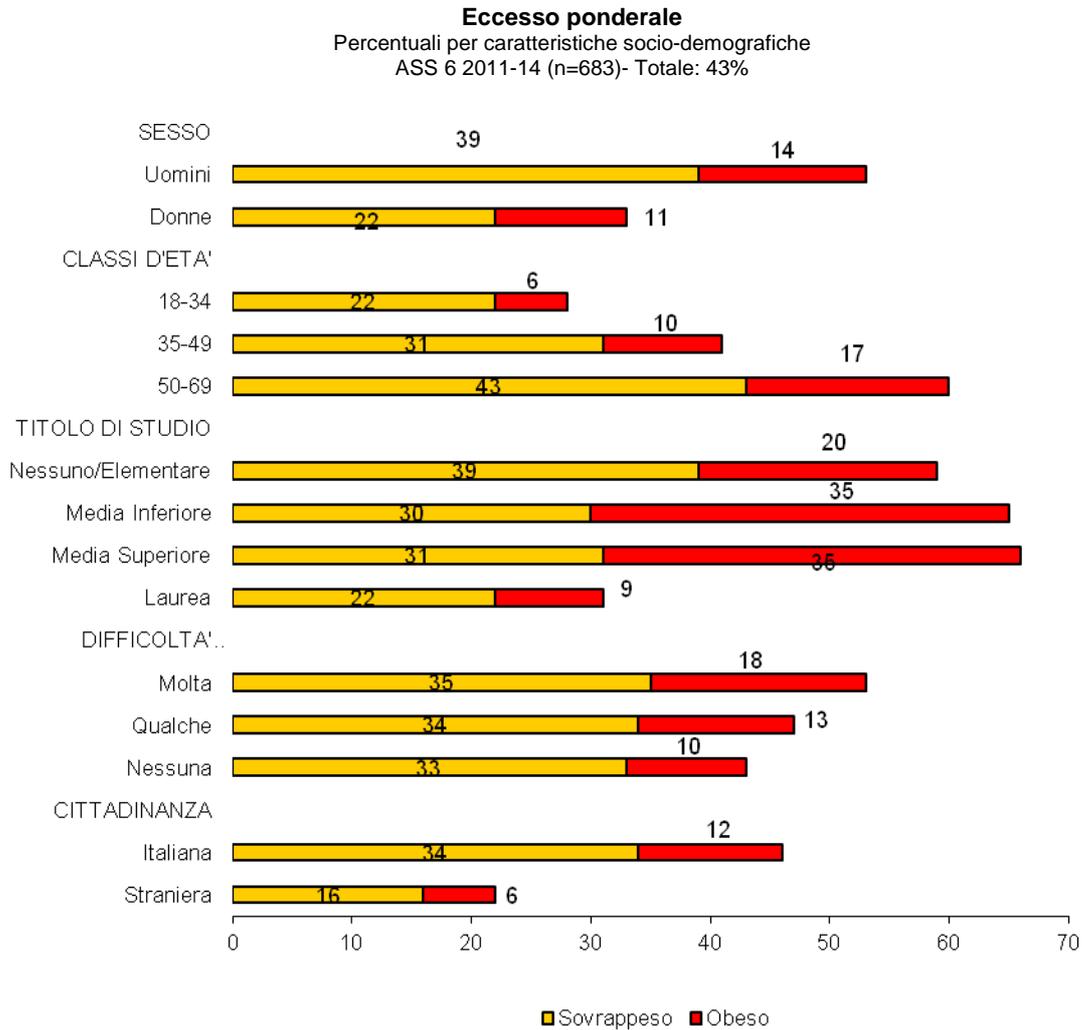
³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 34% sovrappeso e il 13% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

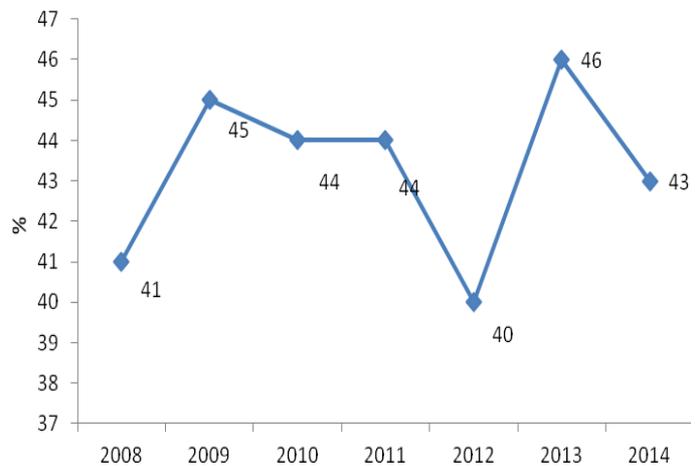


L'eccesso ponderale è statisticamente maggiore:

- negli uomini
- col crescere dell'età
- nelle persone con basso livello di istruzione.

Analisi del trend delle persone sovrappeso/obese in ASS 6

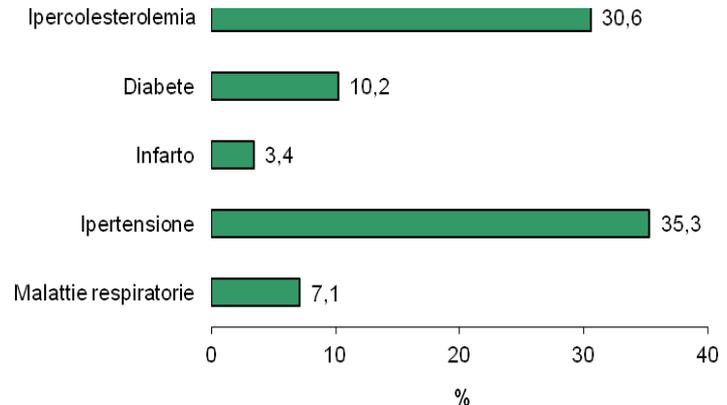
PASSI 2008-14



L'eccesso ponderale molto spesso si associa anche ad altre condizioni di rischio.

In particolare si rileva che:

- il 35% degli ipertesi presenta una condizione di sovrappeso/obesità, così come il 31% di chi ha il colesterolo alto e il 10% di chi dichiara di avere il diabete.



In Friuli Venezia Giulia la percentuale di persone con eccesso ponderale è del 42,1%.

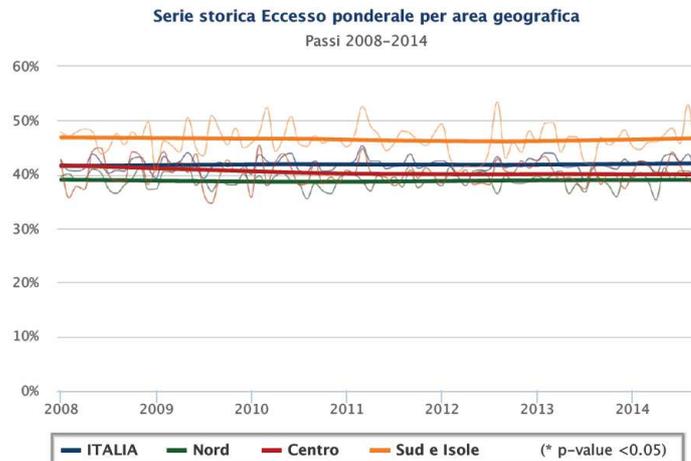
Nel pool nazionale di ASL 2011-14, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 41,9%. La distribuzione dell'eccesso ponderale, disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (la Basilicata è la Regione con il valore più alto, 49,8%, mentre la P.A. Bolzano con il 33,9% è quella con il valore più basso).

Eccesso ponderale
Prevalenze per Regione di residenza - Passi
2011-14 Pool di Asl:41,9%



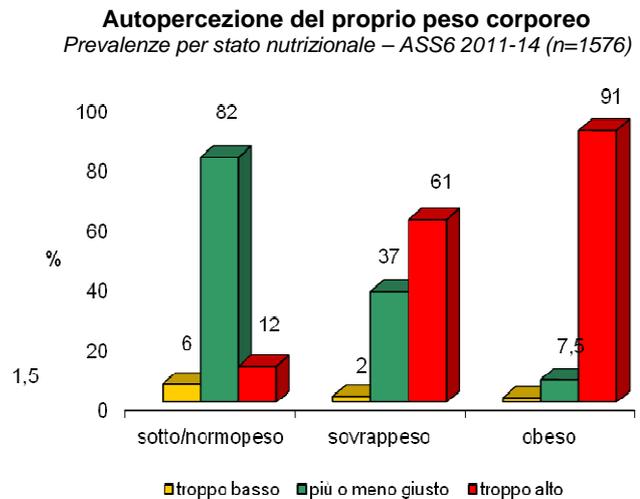
- peggiore rispetto al valore nazionale
- simile rispetto dal valore nazionale
- migliore rispetto al valore nazionale

Trend dell'eccesso ponderale nazionale
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2014



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 ASS 6 si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (91%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece il 37% ritiene il proprio peso giusto mentre il 61% troppo alto.



Consigli da parte degli operatori sanitari

Nella ASS 6 il 54% delle persone in eccesso ponderale **ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso** da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; il consiglio è stato dato in modo statisticamente significativo al 45% delle persone in sovrappeso e al 74% delle persone obese. In Friuli Venezia Giulia il 52% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso. Tra le persone in sovrappeso ha ricevuto il consiglio il 43,5% , mentre tra gli obesi lo ha ricevuto il 75,4% .

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso
Prevalenze per Regione
Pool ASL 2011-14 51,%



Il 25% delle persone in eccesso ponderale dell'ASS 6 **ha riferito di seguire una dieta** per perdere o mantenere il proprio peso. La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una

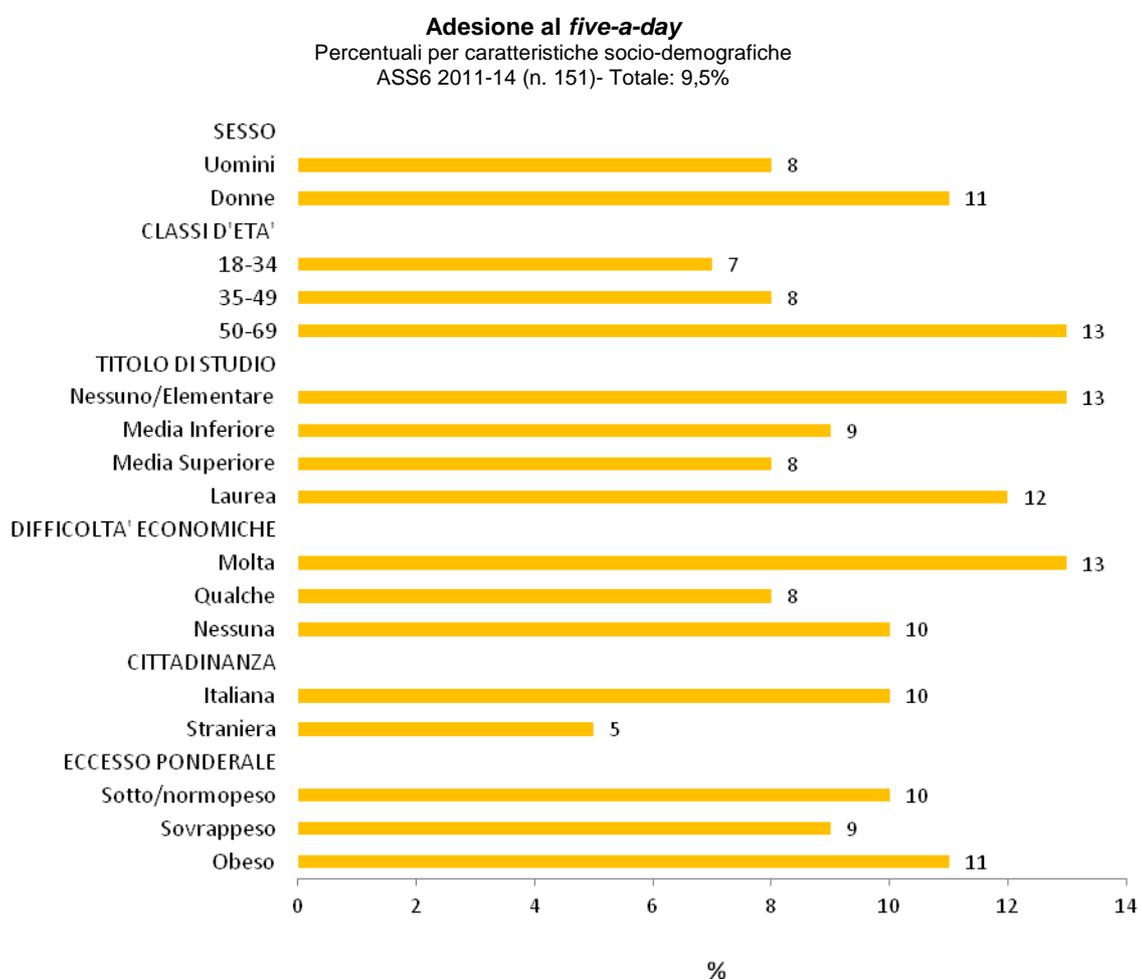
dieta è statisticamente maggiore nelle donne (31% vs 21% negli uomini) e negli obesi (32% vs 21% nei sovrappeso). Inoltre, il 29% delle persone che stanno facendo una dieta ritengono il proprio peso troppo alto vs il 14% di chi lo ritiene più o meno giusto (differenza statisticamente significativa).

In ASS 6 il 44% delle persone in eccesso ponderale **ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica** da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso e il 57% di quelle obese. Queste percentuali sono statisticamente significative.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 74% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 77% di chi non l'ha ricevuto.

Consumo di frutta e verdura (five a day)

Nella ASS 6 solo il 46% degli intervistati dichiara di consumare 1-2 porzioni di frutta/ verdura al giorno, il 42% ne consuma 3-4, solo il 10% ha riferito di consumare giornalmente le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate.



In ASS6 il *five a day* è maggiore nelle persone tra i 50 e i 69 anni e nei cittadini italiani (differenza statisticamente significativa).

A livello regionale la percentuale di persone che consuma le 5 porzioni di frutta verdura giornaliera è dell'11,8%, superiore rispetto alla media nazionale (9,5%).

A livello nazionale, questa buona abitudine è maggiormente diffusa tra le donne (11%), la classe d'età dei 50-69 anni (13%) e tra chi non ha nessuna difficoltà economica e possiede titoli di studio medio-alti (11%).

Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2011-14
Pool di Asl: 9,8%



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, in ASS 6 quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: circa una persona su tre percepisce il proprio peso come più o meno giusto.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 25% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (74%).

Solo il 10% degli intervistati assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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

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

L'abitudine al fumo

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

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.

Abitudine al fumo di sigaretta – ASS6- PASSI 2011-14 (n=1584)

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	54,1 (51,7-56,5)
Fumatori ²	24,11 (22,11-26,22)
<i>in astensione</i> ³	1,2 (0,7-1,8)
<i>occasional</i> ⁴	1,44 (0,9-2,16)
Ex –fumatori ⁶	21,7 (19,8-23,7)

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

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

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

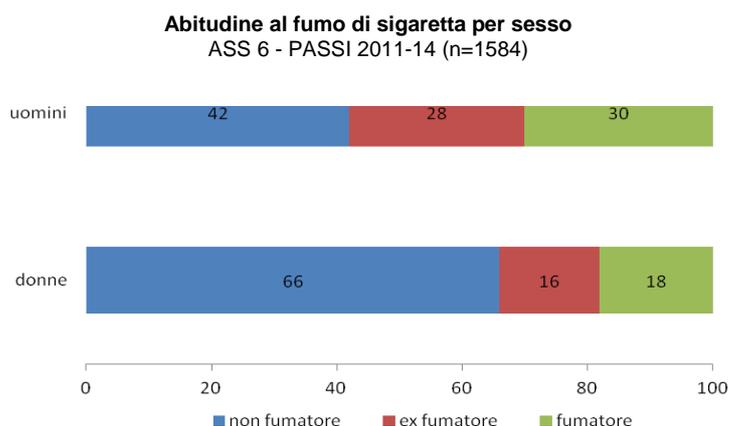
4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

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.

Com'è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASS6 "Friuli Occidentale", la percentuale di fumatori nel quadriennio 2011-14 è del 24%.
- L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).



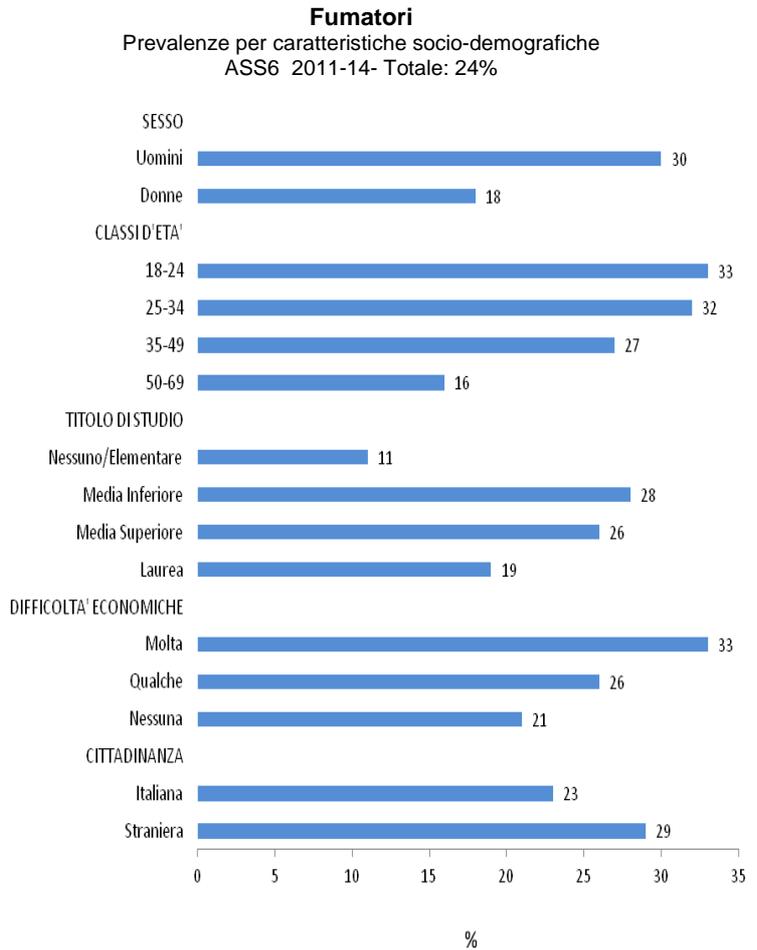
Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è maggiore:
 - tra gli uomini (differenza statisticamente significativa)
 - nelle classi d'età più giovani (differenza statisticamente significativa);
 - tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare;
 - con l'aumentare delle difficoltà economiche (differenza statisticamente significativa).
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Tra questi, il 4% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).



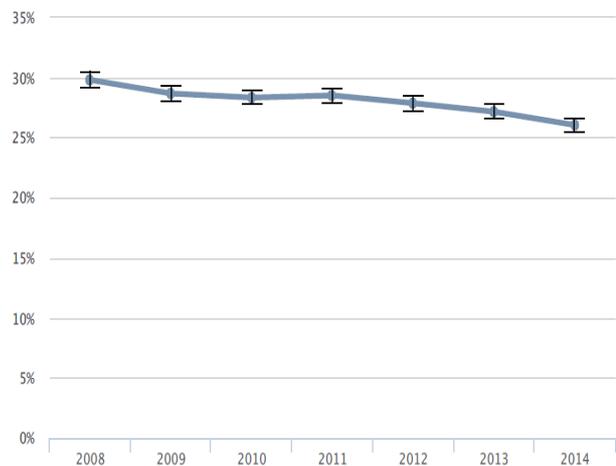
Analisi del trend dei fumatori in ASS 6

PASSI 2008-14



Analisi del trend dei fumatori in Italia

PASSI 2008-14



A livello regionale, la percentuale di fumatori è del 26,7%, mentre quella degli ex fumatori è del 23,7%.

A livello nazionale, la percentuale di fumatori è del 27,4, mentre quella degli ex fumatori è del 18,1%.

L'abitudine al fumo è maggiormente diffusa tra i giovani (18-34 anni, 62,6%), tra gli uomini (32%) e in chi ha molte difficoltà economiche (36%).



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

Attenzione degli operatori sanitari – ASS6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2011-14 (n=1354)

Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	46,7 (44,1-49,3)
---	----------------------------

- Circa il 47% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

In particolare, è stato chiesto al:

- 66% dei fumatori
- 44% degli ex fumatori
- 39% dei non fumatori.

Tali percentuali risultano essere statisticamente significative.

- A livello regionale, il 47% degli intervistati riporta di aver ricevuto la domanda sull'abitudine al fumo.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale è del 40% (si va dal 47% del FVG al 19% della Basilicata).

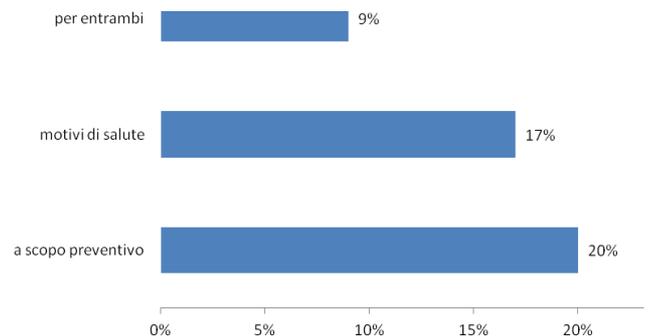
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare?

Attenzione degli operatori sanitari – ASS6 "Friuli Occidentale" - PASSI 2011-14 (n=319)

	(IC 95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	46,3 (40,9-51,7)

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione ASS6 - Passi 2011-14 (n=319)*

- Tra i fumatori, il 46% 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 (20%).



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

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
52,2%



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

- A livello regionale la percentuale di persone che dichiarano di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare è del 45,7%.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2011-14 è risultata pari al 52%.

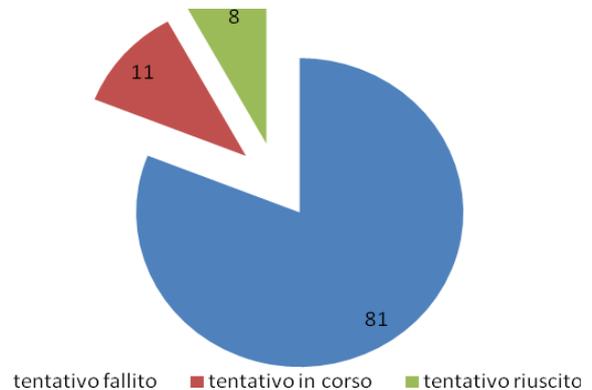
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2011-14, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 45% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'81% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- l'11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- l'8% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASS6 - Passi 2011-14



Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 94% l'ha fatto da solo, il 2% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a corsi organizzati dalle ASL o da altri enti.

A livello regionale, la percentuale che ha tentato di smettere di fumare è del 39% e solo il 10% ci è riuscito.

Tra il pool di ASL nazionali, il 38% ha tentato di smettere di fumare e solo il 9,6% ci è riuscito.

Fumo passivo

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

Per quanto riguarda il rispetto del divieto di fumare all'interno dei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, gli intervistati dell'ASS 6 si dimostrano in linea con i risultati ottenuti dalla Regione Friuli Venezia Giulia, di molto superiori a quelli nazionali.

PASSI 2011-14

Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	ASS 6	FVG
<i>nei locali pubblici</i> (n=1479)	96,3 (95,2-97,1)	96,4 (95,7-96,8)
<i>sul luogo di lavoro</i> (n=951)	94,1 (92,4-95,4)	94,2 (93,8-95,5)

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2011-14
Pool di Asl: 89,9%



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

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2011-14
Pool di Asl: 91,7%

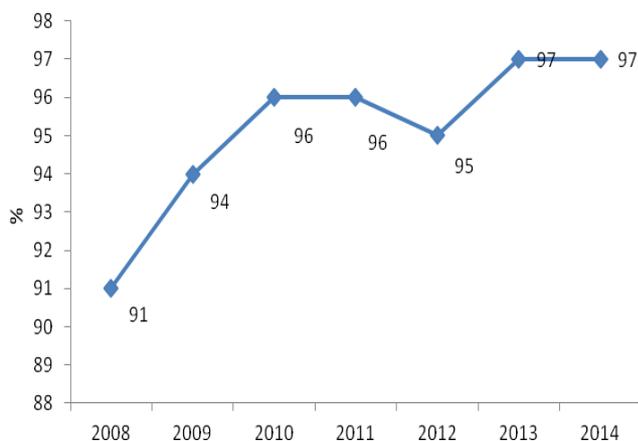


■ peggiore rispetto al valore nazionale
■ simile rispetto dal valore nazionale
■ migliore rispetto al valore nazionale

Il gradiente Nord Sud del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro è a favore delle Regioni settentrionali. La prevalenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici raggiunge punte massime in Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta (97%), mentre i valori più bassi si registrano in Calabria e Campania (76%). La frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata nella P.A. Bolzano (96%) e in Basilicata (95%) e più bassa in Molise (76%) e Campania (87%). Dal 2008 al 2014 il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro è stabile in ASS6, mentre a livello nazionale è aumentato.

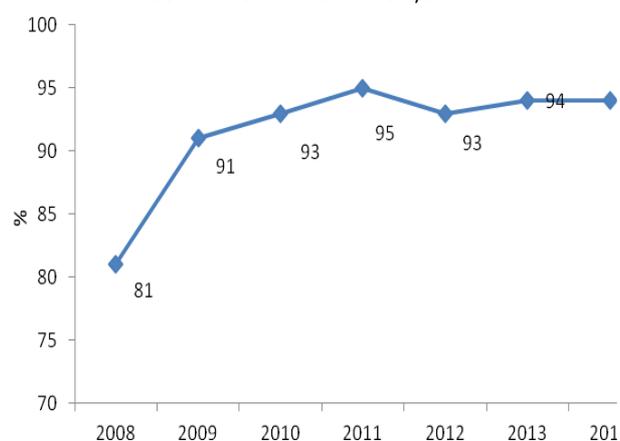
Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

ASS6 - Passi 2008-14
95,3%



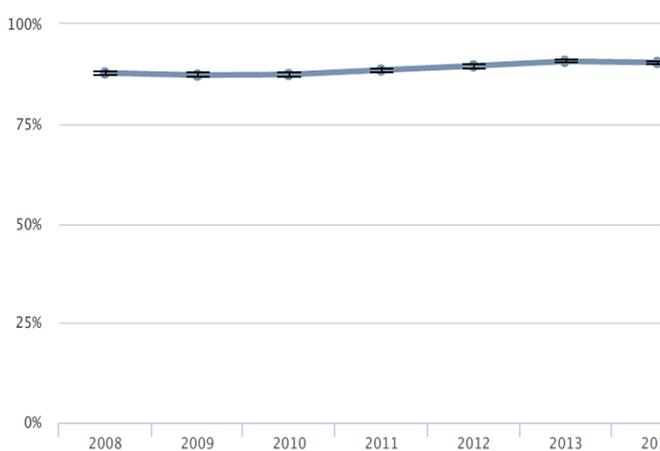
Rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASS6 - Passi 2008-14- 92,5%



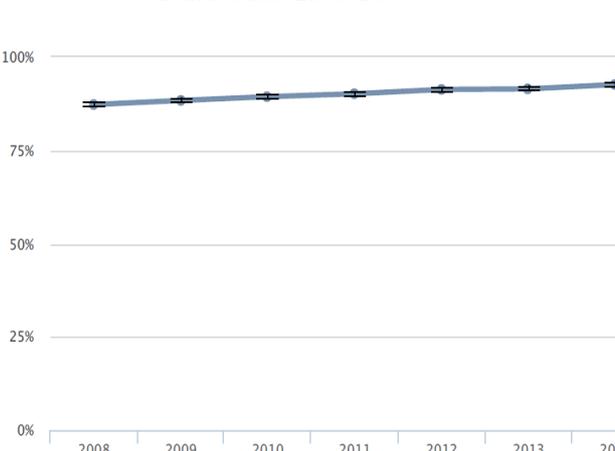
Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Italia- Passi 2008-14
88,7%



Rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Italia- Passi 2008-14- 90%



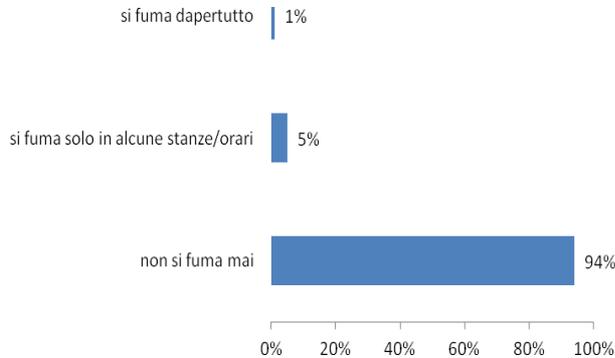
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell' ASS6 "Friuli Occidentale", nel periodo 2011-14:

- il 90% degli intervistati ha dichiarato che non in casa non si può fumare;
- l' 8% che si può fumare in alcuni luoghi;
- il 2% che si può fumare ovunque.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 94% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Divieto di fumo in casa in presenza di minori di 14 anni
ASS 6 – Passi 2011-14



Divieto di fumo in casa
Prevalenze per Regione di residenza –
Passi 2011-14
Pool di Asl: 78,7%



Conclusioni

Nella ASS6 "Friuli Occidentale", nel periodo 2011-14, si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-35 anni. Quasi la metà dei fumatori, ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

Quasi la metà dei fumatori ha tentato di smettere di fumare ma di questi meno di 1 su dieci ci è riuscito. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. 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 al lavoro, nei luoghi pubblici e nelle abitazioni rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo. Il 94% degli intervistati in ASS6 ha riferito che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre nel luogo di lavoro; nei locali pubblici, il divieto è rispettato dall'96%; nelle case ove sono presenti ragazzi con meno di 14 anni tale percentuale è del 96% in ASS 6.

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. 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.

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.

Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

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 giorni¹⁸; 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 occasione¹⁹; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – ASS6 - PASSI 2011-14 (n=1582)

	(IC 95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	66,98 (64,7-69,15)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	13 (11,5-14,7)
Consumo abituale elevato (più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, per gli uomini) e più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, per le donne)	5,45 (4,4 -6,6)
Consumo binge (5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010))	13,7 (12,1-15,4)
Consumo a maggior rischio (consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti)	25,8 (23,8-27,9)

¹⁸ 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.

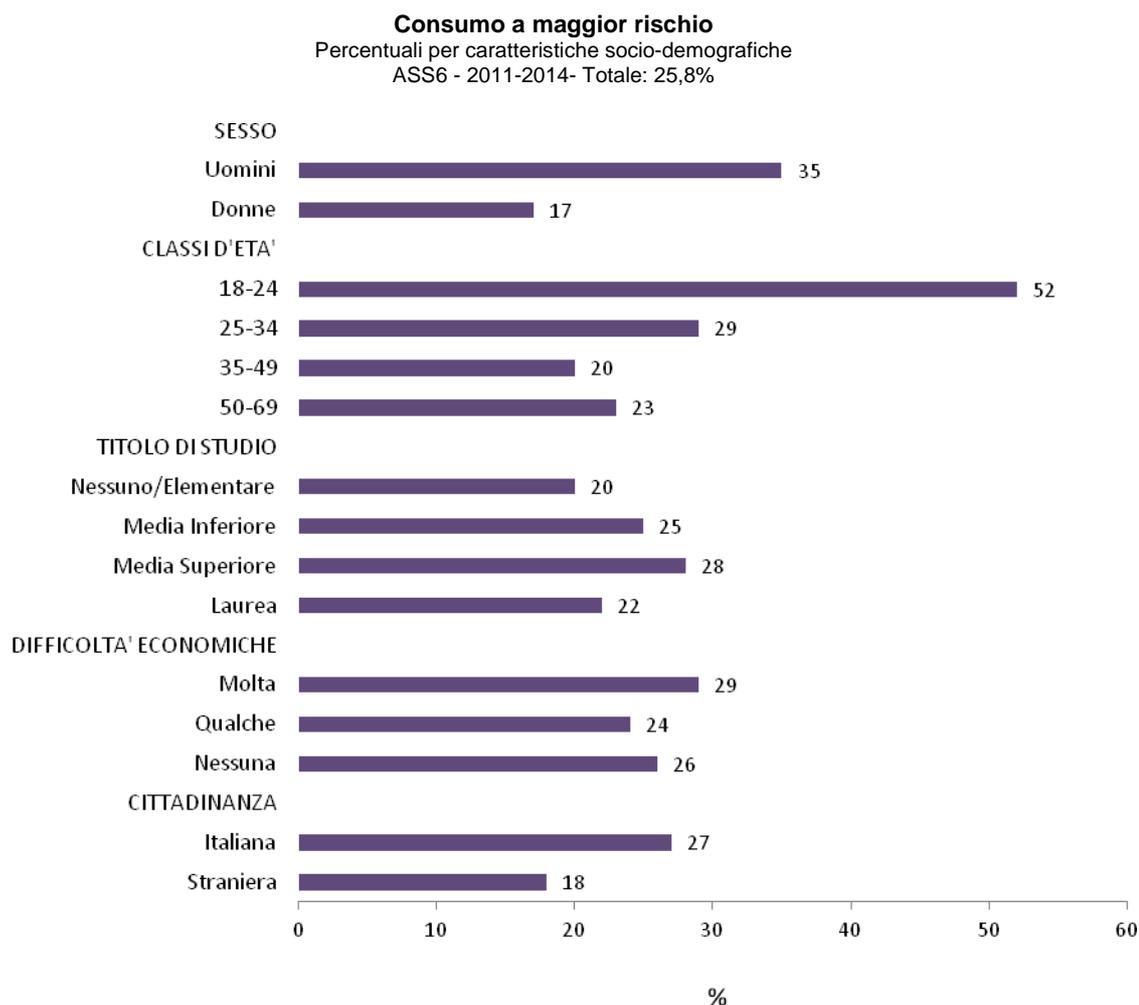
¹⁹ Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

Nel periodo 2011-14, la percentuale di consumatori di alcol nella ASS6 è risultata pari al 67%, il consumo fuori pasto del 13% e il consumo abituale elevato del 5%.

A livello nazionale, il 71% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni. La percentuale di chi lo consuma fuori pasto è del 19% e del consumo abituale elevato è pari al 7%.

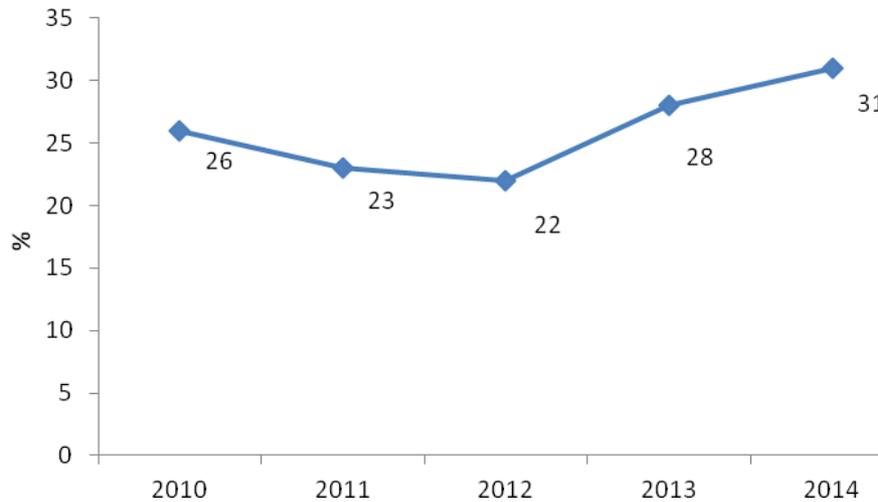
Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2011-14 nell'ASS6 " Friuli Occidentale", il 26% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- La differenza tra il consumo di alcol degli uomini e quello delle donne è statisticamente significativa; così come la differenza tra fasce d'età(18-34 vs 35-69) e il confronto tra i cittadini italiani e quelli stranieri.



Analisi del trend delle persone con consumo a maggior rischio- ASS 6 2010-14

Dai dati disponibili si nota che nel periodo in esame la percentuale di persone che hanno un consumo di alcol a maggior rischio in ASS 6 è in aumento.



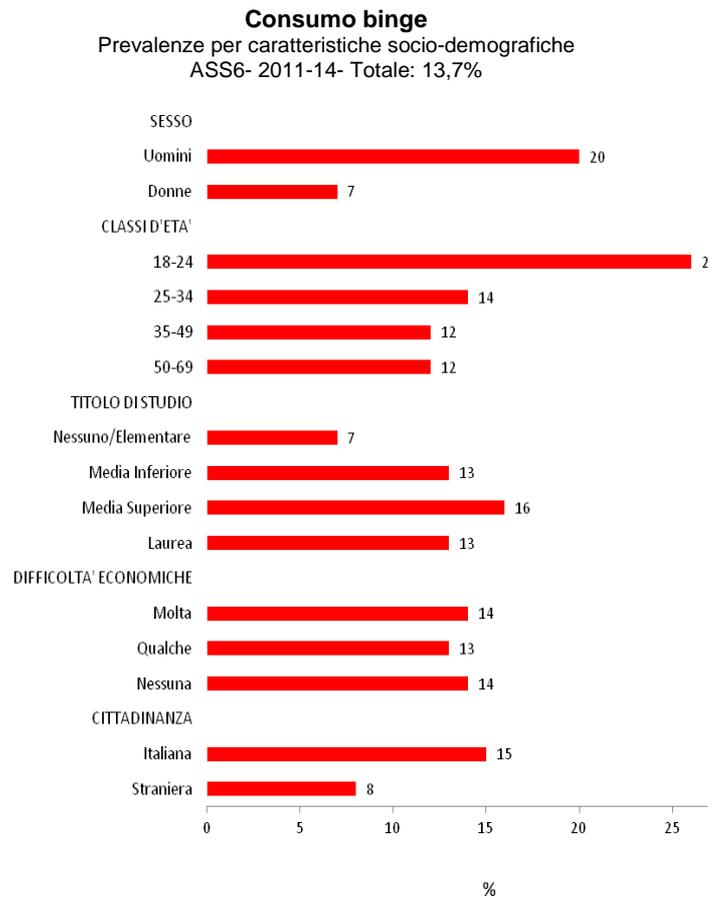
- In Friuli Venezia Giulia la percentuale di bevitori con consumo a maggior rischio è del 29%, mentre nel Pool di ASL PASSI è del 17%.
- La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio in Italia, per il periodo di rilevazione 2011-14, è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 14%) e gli uomini (13%), fra le persone senza difficoltà economiche (10%) e fra quelle con un titolo di studio più elevato (19%).

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



Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2011-14 nell'ASS6 " Friuli Occidentale", il 14% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge risulta essere statisticamente significativo confrontando uomini versus donne (20% vs 7%), le classi d'età più giovani rispetto agli adulti (26% vs 12%) e nel confronto tra titoli di studio (7% di chi non ha nessun titolo o solo la licenza elementare contro il 39% di chi ha titoli di medio alti).



Consumo binge
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 8,8%

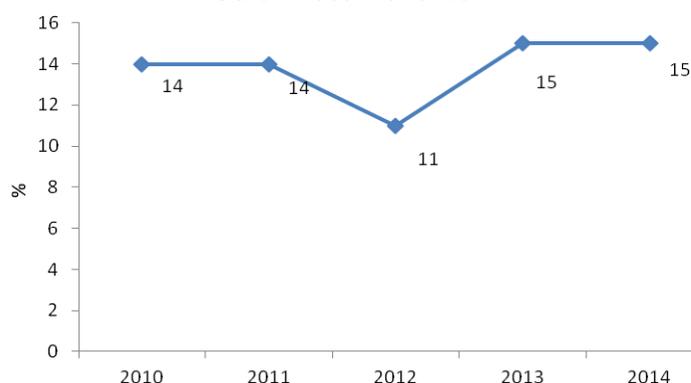


- In Friuli Venezia Giulia la percentuale di bevitori binge è del 15,6%.
- Nel Pool ASL PASSI, la percentuale è del 9%, sensibilmente più elevata nella macro area del Nord con la P.A. di Bolzano che presenta i valori più alti (23,5%).

Analisi del trend delle persone con binge

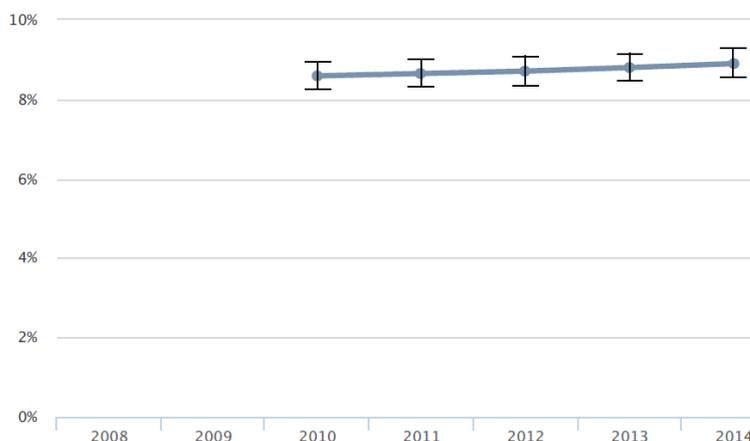
- In ASS 6, si nota che nel periodo preso in esame, la percentuale di persone consumatori "binge" (5 o più UA, per gli uomini o 4 o più UA, per le donne, in una singola occasione negli ultimi 30 giorni) si è mantenuta stabile.

Trend del consumo di alcol binge ASS 6 - Passi 2010-2014



- Anche per quanto riguarda l'evoluzione temporale del binge drinking a livello nazionale, nel periodo 2010-2014, la situazione appare in leggero aumento.

Trend del consumo di alcol binge Trend annuale- Pool ASL 2010-14



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. Passi permette di rilevare se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Attenzione al consumo alcolico –PASSI 2011-14

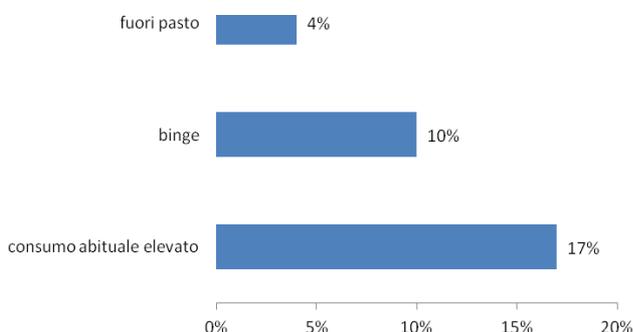
	ASS 6	FVG	ITALIA
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	7,2 (5-10,3)	6,1 (4,9-7,6)	7,0 (6,6-7,5)

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

In ASS 6 la percentuale di persone che ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol è pari al 4 % (dati 2011-14) tra i consumatori fuori pasto, al 10% dei bevitori binge e in quelli con consumo abituale elevato al 17%, in linea con i dati regionali e nazionali.

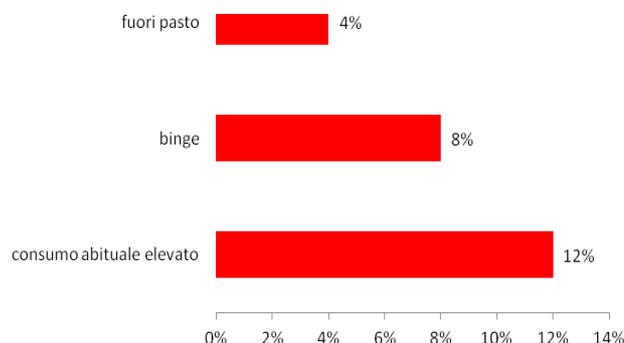
Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Percentuali per tipo di consumo – ASS6 2011-14



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

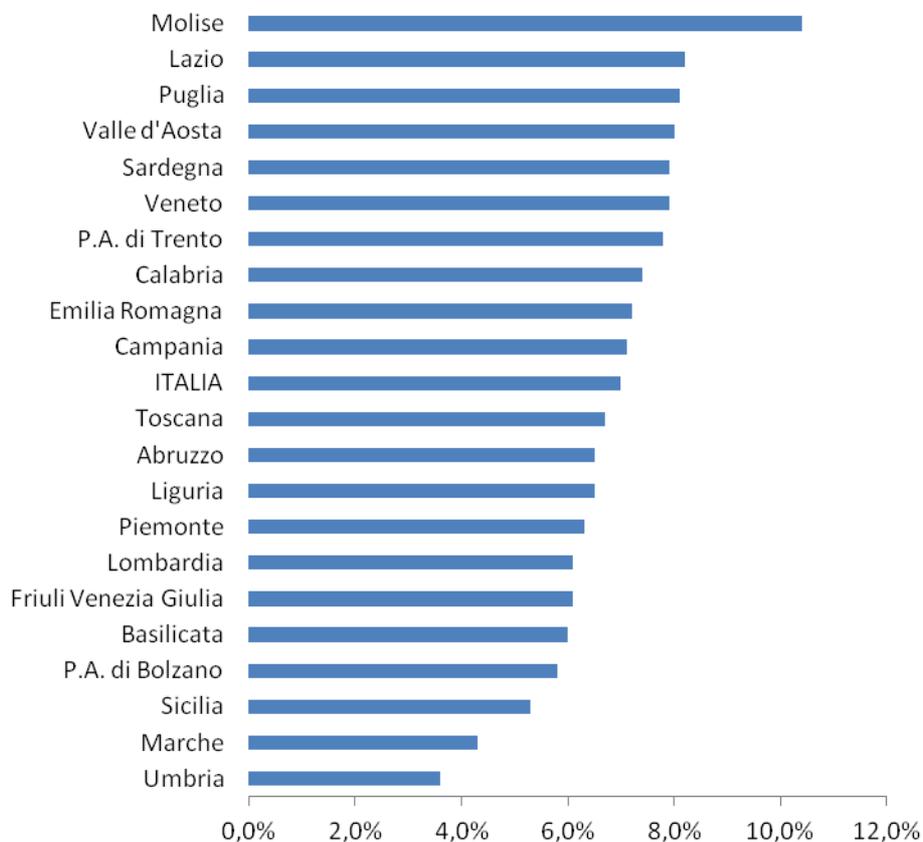
Percentuali per tipo di consumo – Pool ASL 2011-14



A livello nazionale è stato inoltre rilevato che il 46% di chi ha dichiarato malattie del fegato è un bevitore a rischio, così come il 30% delle donne in gravidanza.

Sempre a livello nazionale, gli operatori che consigliano maggiormente ai consumatori di ridurre la quantità di alcol appartengono al Molise (10,4%) e al Lazio (8,2%). Mentre solo il 3% di intervistati con un consumo a rischio di alcol, abitanti in Umbria e il 4% delle Marche ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario.

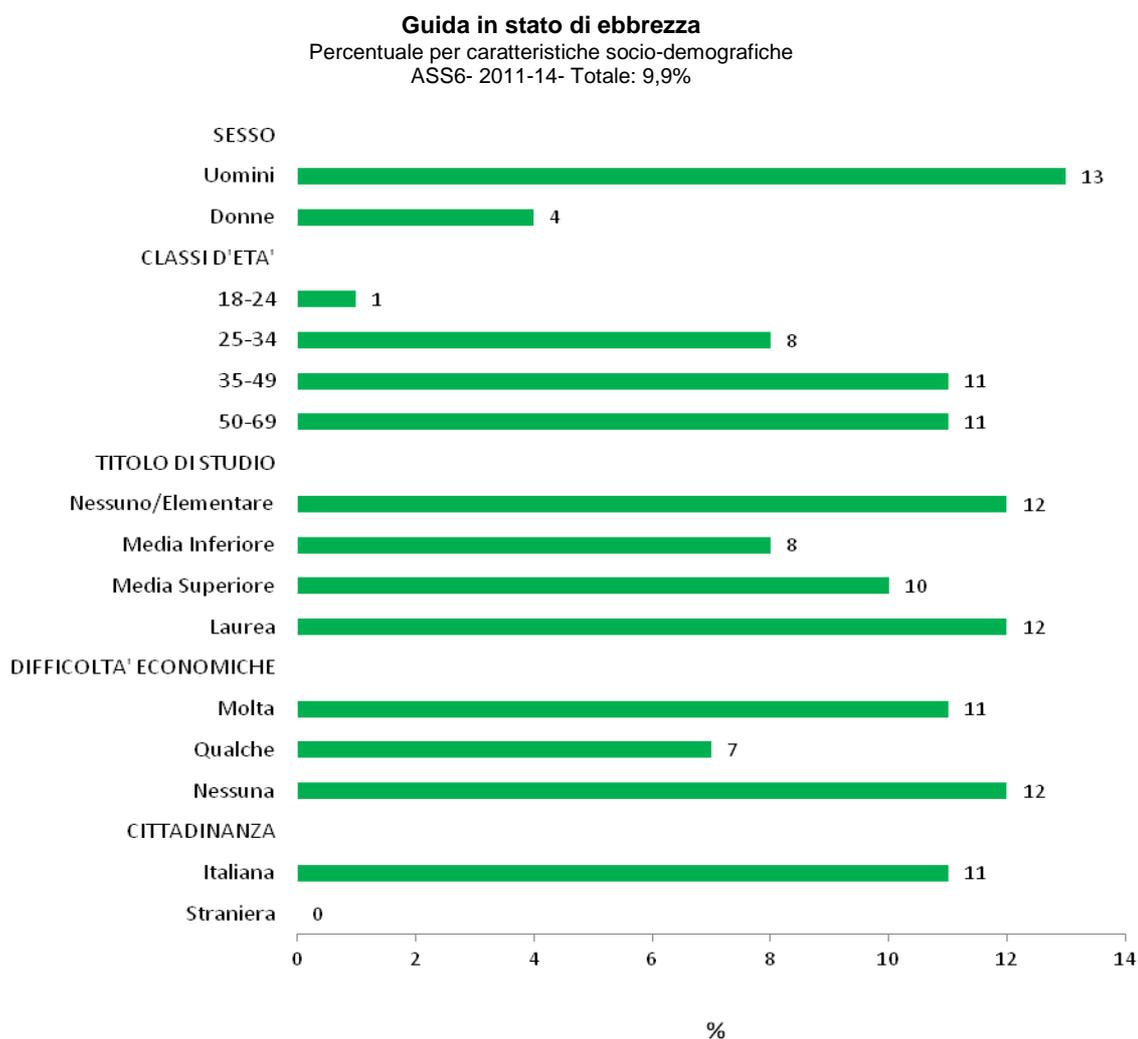
Percentuale di persone con consumo di alcol a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario suddivisi per Regione



Alcol e guida

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

In ASS 6, il 10% degli intervistati dichiara di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche, almeno una volta nell'ultimo mese. Il 7% degli intervistati invece è salito in auto con un guidatore in questo stato.



A livello regionale, la percentuale di intervistati che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10,6%, mentre a livello nazionale è dell'8,6%.

In Italia, la guida in stato di ebbrezza è più diffusa nelle persone con più di 35 anni (11%), tra gli uomini (13%) e nei cittadini italiani (11%).

Percentuale di persone che hanno guidato sotto effetto dell'alcol

Pool Asl 2011-14- 8,6%



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

Percentuale di persone che sono state fermate ad un controllo delle forze dell'ordine

Pool Asl 2011-14- 33,6%



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

Il 46% degli intervistati in ASS6 dichiara di essere stato fermato almeno una volta per controlli delle forze dell'ordine (43,2% in FVG, 33,6% media italiana) e nel 14% è stato effettuato il test dell'etilometro (13,5% in FVG, 10,6% in Italia). Il test con l'etilometro è stato effettuato maggiormente tra i ragazzi di 18-35 anni (26%) rispetto che negli adulti di 50-69 anni (11%).

Conclusioni

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

La maggioranza della popolazione della Azienda Sanitaria " Friuli Occidentale" beve alcol (67%). Tuttavia, si stima che più di un adulto su quattro (24%) abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più di uno su tre e, tra i più giovani, uno su 2. Il consumo a rischio è più frequente nelle regioni settentrionali. Preoccupante inoltre è l'aumento del numero di bevitori a maggior rischio che si registra nel corso degli anni.

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

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

Si dimostra quindi sempre più importante dedicare attenzione al consumo di alcol della popolazione e questo dovrebbe rientrare tra i compiti dei Medici di Medicina generale, 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.

BENESSERE

Percezione dello stato di salute
Sintomi di depressione



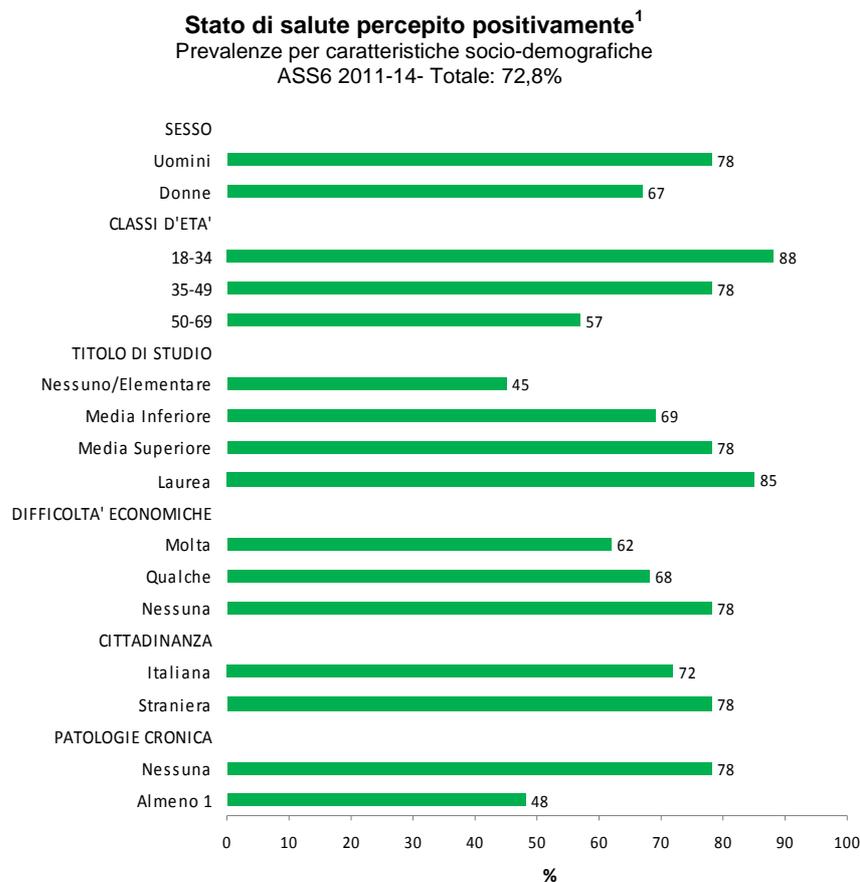
Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Nella ASS6 "Friuli Occidentale", il 73% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 24% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni (differenza statisticamente significativa)
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche (differenza statisticamente significativa)
 - i cittadini stranieri
 - le persone senza patologie severe.

- In Friuli Venezia Giulia la percentuale di intervistati che percepisce uno stato di salute positivo è del 70,3%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livelli nazionale, tale percentuale è del 69%.
- La quota di persone che riferiscono un buono stato di salute è maggiore al Nord, minore al Centro e ancor più bassa nel Sud e nelle Isole (con qualche eccezione, come per Puglia e Basilicata) ma va aumentando significativamente dal 2008 al 2014 in tutte e tre le macroaree geografiche.

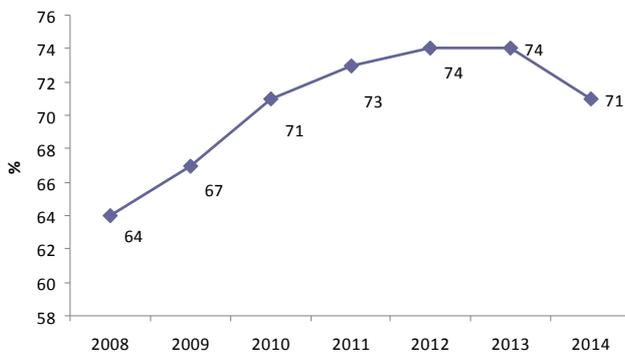
Stato di salute percepito positivamente
 Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
 Totale: 69% (IC95%: 68.7-69.3)



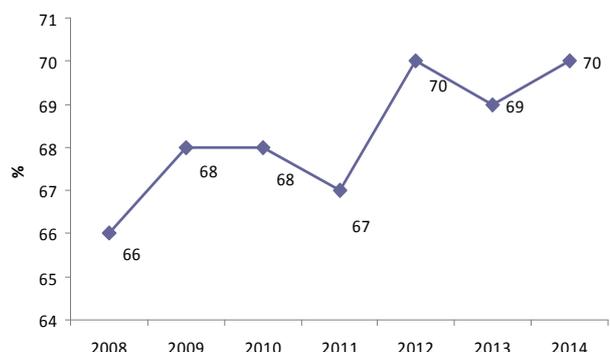
■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Confronto su pool omogeneo nazionale

Stato di salute percepito positivamente
 Prevalenze per anno - ASS 6 2008-14



Stato di salute percepito positivamente
 Prevalenze per anno - Pool di ASL 2008-14



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

- Nella ASS6 "Friuli Occidentale" la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (64% in buona salute fisica, 68% in buona salute psicologica e 86% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (7%), per motivi psicologici (9%) e con limitazioni alle attività abituali (3%).

Giorni percepiti in cattiva salute al mese

ASS6 - PASSI 2011-14

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

Confronto tra ASS, Regione FVG e Italia sulla limitazione delle attività per sintomi depressivi

	ASS 6	FVG	Italia
n. giorni percepiti in cattiva salute	5,5	6	4,8
n. giorni in cattiva salute fisica	2,4	3,1	2,6
n. giorni percepiti in cattiva salute psichica	3,2	3,5	2,8
media dei giorni con limitazioni quotidiane	1,1	1,2	1,2

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno e mezzo al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie croniche.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

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

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

Sintomi di depressione

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

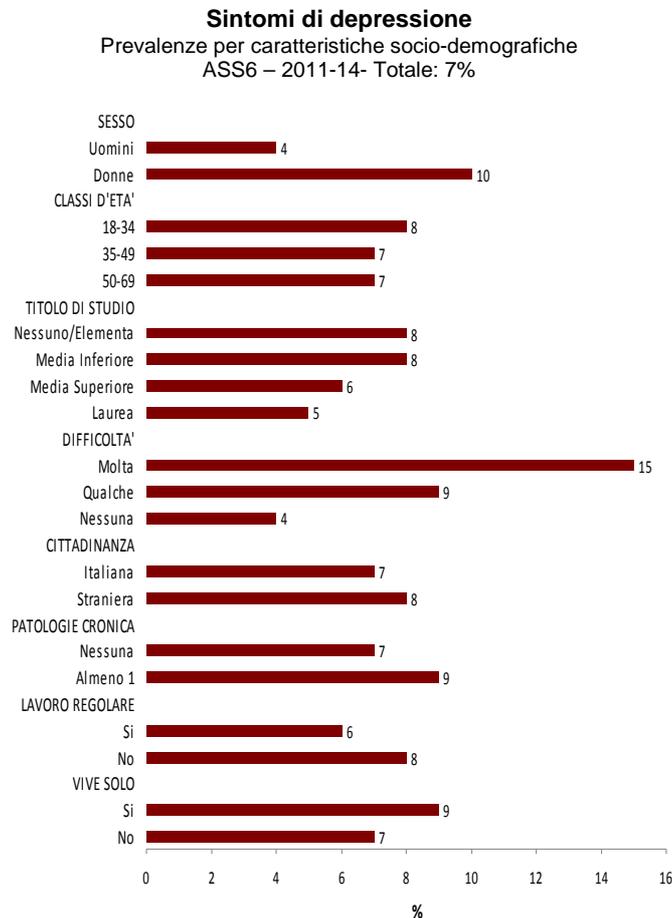
In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

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

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

Nella ASS6 " Friuli Occidentale", circa il 7% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati statisticamente più diffusi:

- nelle donne
- nelle persone con difficoltà economiche
- nelle persone con almeno una patologia cronica.



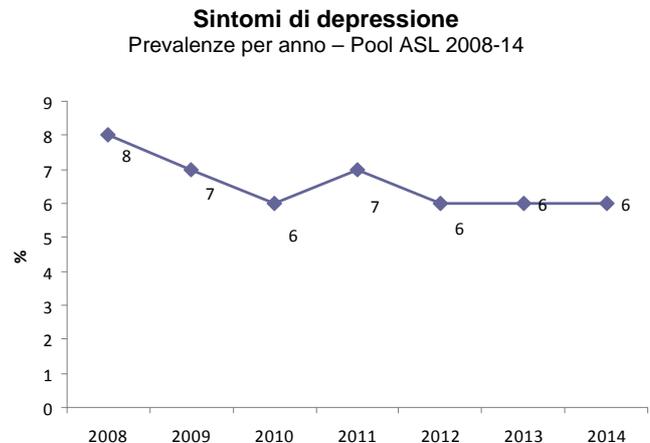
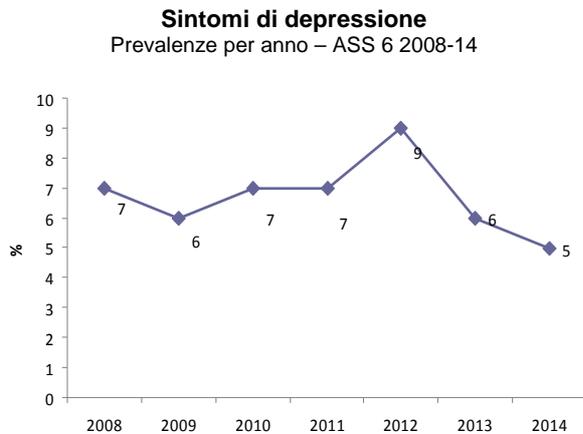
- Tra le aziende sanitarie della regione FVG, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 6,3%.
- Tra il POOL PASSI 2011-2014, tale percentuale è del 6,4%.

Sintomi di depressione
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 6,4%



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Confronto su pool omogeneo nazionale

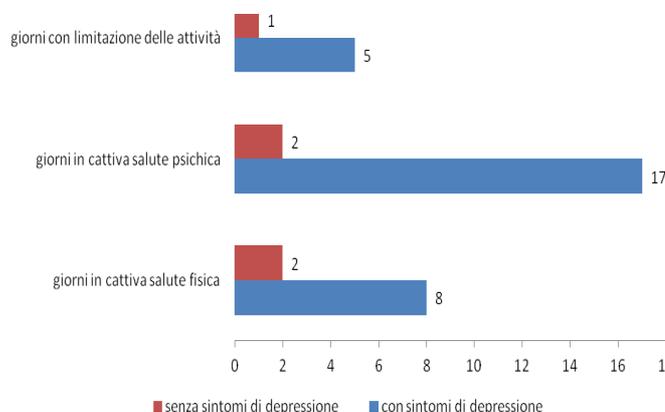


A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2014 (pool omogeneo nazionale) si osserva una lieve riduzione (non statisticamente significativa) della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

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

- Nella ASS6 le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 54% ha descritto il proprio stato di salute "discreto", "male" o "molto male" rispetto al 24% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
ASS6 - PASSI 2011-14



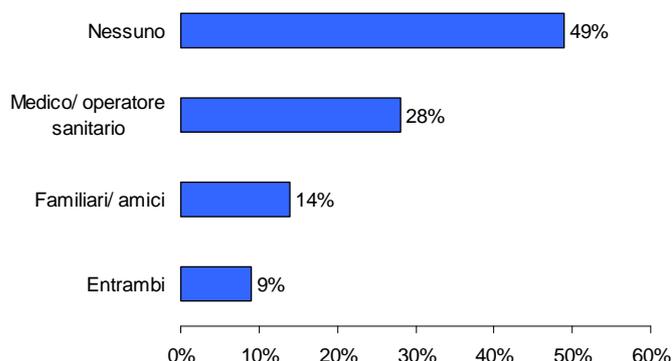
Confronto tra ASS, Regione FVG e Italia sulla limitazione delle attività per sintomi depressivi

	ASS 6	FVG	Italia
n. giorni in cattiva salute fisica	7,7	7,4	8,6
n. giorni percepiti in cattiva salute psichica	17,3	16,5	15,4
media dei giorni con limitazioni quotidiane	4,8	4,5	5,9

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 42% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (23%), a familiari/amici (11%) o ad entrambi (8%).
- A livello regionale la percentuale di intervistati con sintomi di depressione che ha chiesto aiuto è del 52%.
- A livello nazionale, il 59% degli intervistati con sintomi di depressione ha chiesto aiuto.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
ASS 6 - PASSI 2011-14 (n=46)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" si stima che circa il 7% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

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

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Iperensione arteriosa

Ipercolesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare



Rischio cardiovascolare

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

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

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

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse;

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

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

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

Ipertensione arteriosa

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

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

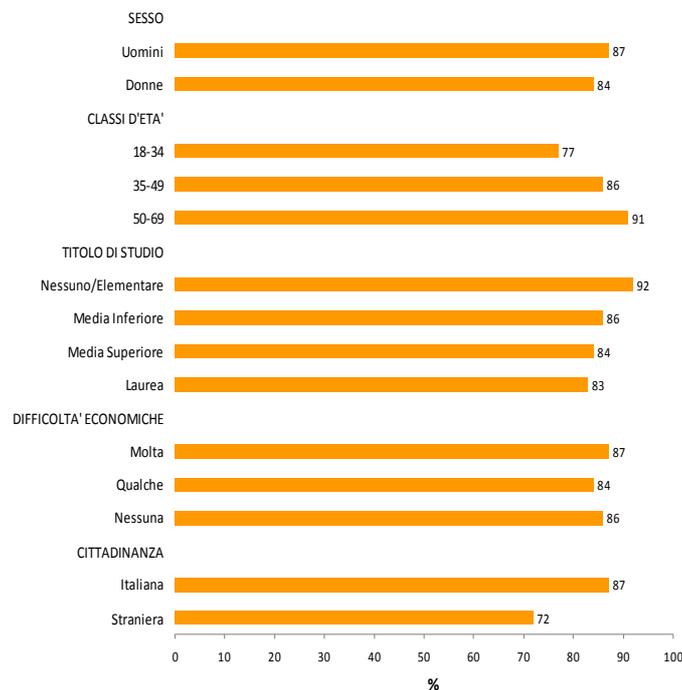
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale", l'85% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il restante 6% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è statisticamente più diffusa:

- nelle fasce d'età più avanzate
- nei cittadini italiani.

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14- Totale: 85%



- In FVG l'85,4% degli intervistati afferma di aver controllato la pressione negli ultimi due anni.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14

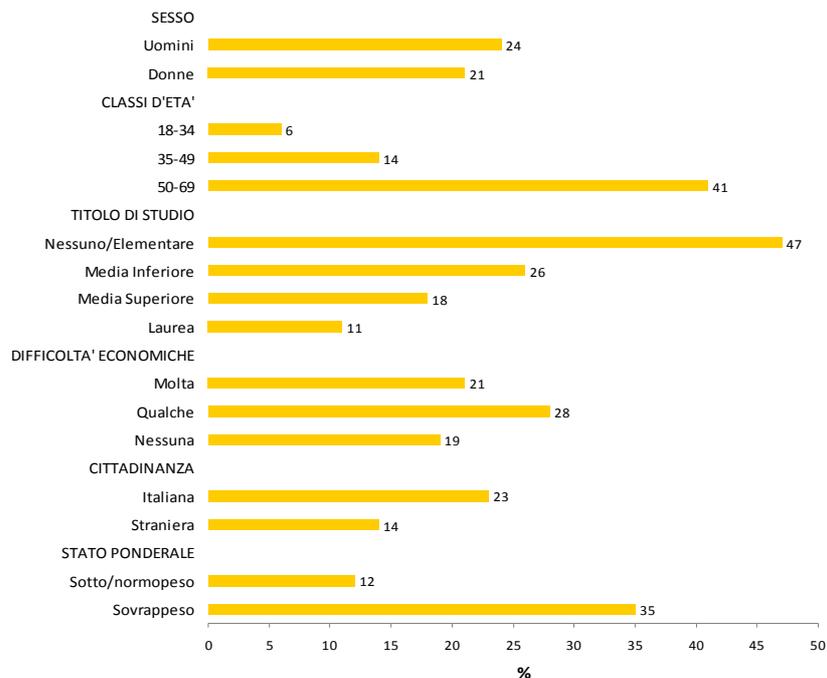


- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'82,9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le classi d'età (18-34 vs 49-60 si passa dal 71% al 91%).

Quante persone sono ipertese?

- Nella ASS 6 il 22% degli intervistati, ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In FVG la percentuale di intervistati che dichiara di soffrire di ipertensione è del 20,5.
- Nel pool ASL 2011-14, tale valore è pari al 20%, con un range che dal 16,6% della Valle d'Aosta al 26,2% della Calabria.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14- Totale: 22%



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

- Nella ASS 6 il 76 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (80%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (81%)
 - svolgere regolare attività fisica (83%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel periodo 2011-14 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASS 6 "Friuli Occidentale", nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 41% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

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

Meno di una persona su dieci non è mai stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia.

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo ed ipertensione.

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

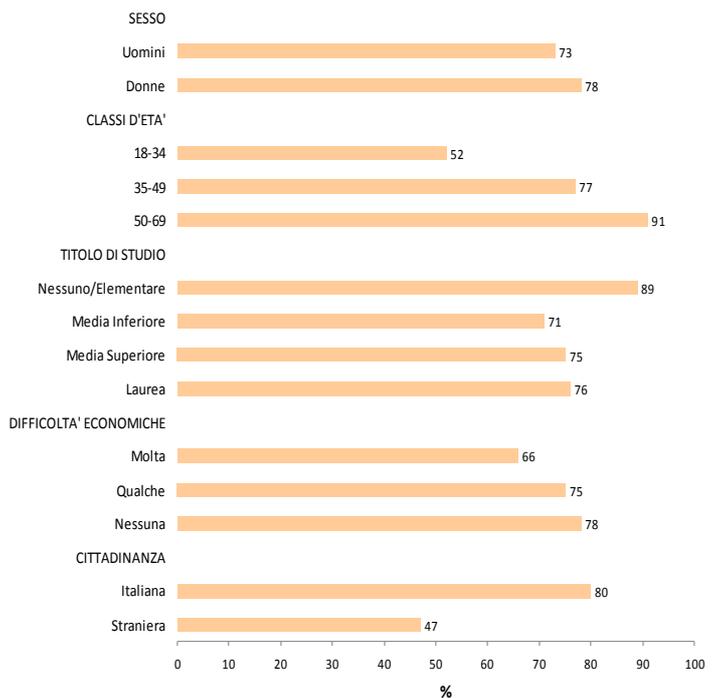
E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

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

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale", il 75% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 54% nel corso dell'ultimo anno
 - il 13% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - l'8% da oltre 2 anni.

Il 25% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14- Totale: 75%



**Persone a cui è stata misurata
la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)**
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14



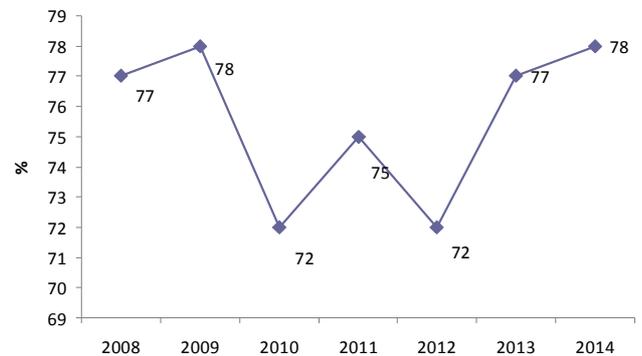
■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

- Tra le ASL del FVG la percentuale di intervistati che ha controllato almeno una volta nella vita il colesterolo è dell' 80,4%.
- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79%.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello provinciale, dal 2008 al 2014 non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata
la colesterolemia almeno una volta nella vita**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-14



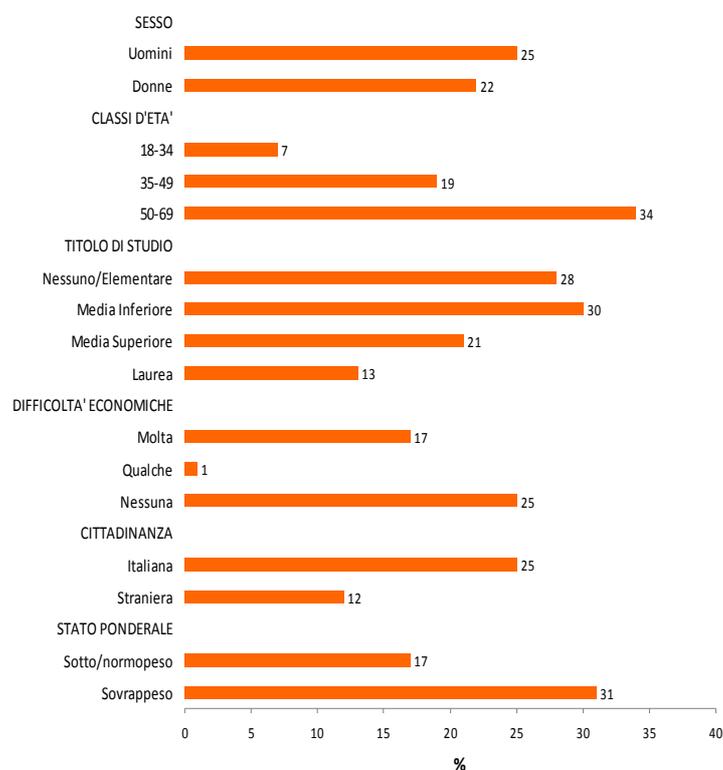
Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Nella ASS 6, il 23% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Tale percentuale è del 24,6% in Friuli Venezia Giulia e del 24% nel pool nazionale.

- In ASS 6, in particolare, l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione statisticamente più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nei cittadini italiani
 - nelle persone sovrappeso/obese.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASS 6- 2011-14 – Totale: 23%



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASS 6, il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (85%)
 - svolgere regolare attività fisica (86%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (79%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (79%).

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASS 6 "Friuli Occidentale", nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a una persona su tre sopra ai 50 anni. L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su quattro non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale", solo il 4% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

- In ASS 6, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

- nella classe di età 50-69 anni (7% vs il 3% della fascia 35-39%);
- nelle donne (5% vs il 4% degli uomini)
- negli italiani (5% vs il 4% degli stranieri)
- in chi ha un basso titolo di studio 9% vs il 3% di chi ha la laurea)
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare (32%) tra fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete.

- A livello regionale, il calcolo del punteggio del rischio è stato effettuato al 4,5% degli intervistati.

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 5,6%.

Persone alle quali è stato calcolato il rischio cardiovascolare
Pool Asl 2011-14



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

SICUREZZA

Sicurezza stradale
Sicurezza domestica



Uso dei dispositivi di sicurezza

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2014 sono stati registrati in Italia 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 3381 (entro il 30° giorno), quello dei feriti ammonta a 251.147. Rispetto al 2013, il numero di incidenti scende del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta, -0,6%.

Nell'Unione Europea, il numero di vittime di incidenti stradali nel 2014 sono state 25.896 (26.025 nel 2013). Nel confronto fra il 2014 e il 2010 i decessi si riducono del 18,0% a livello europeo, del 17,8% in Italia. Ogni milione di abitanti, nel 2014 ci sono stati 51 morti per incidenti stradali nella Ue28 e 55,6 nel nostro Paese. Nella graduatoria europea l'Italia si colloca al 15° posto, dietro Regno Unito, Spagna, Germania e Francia.

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

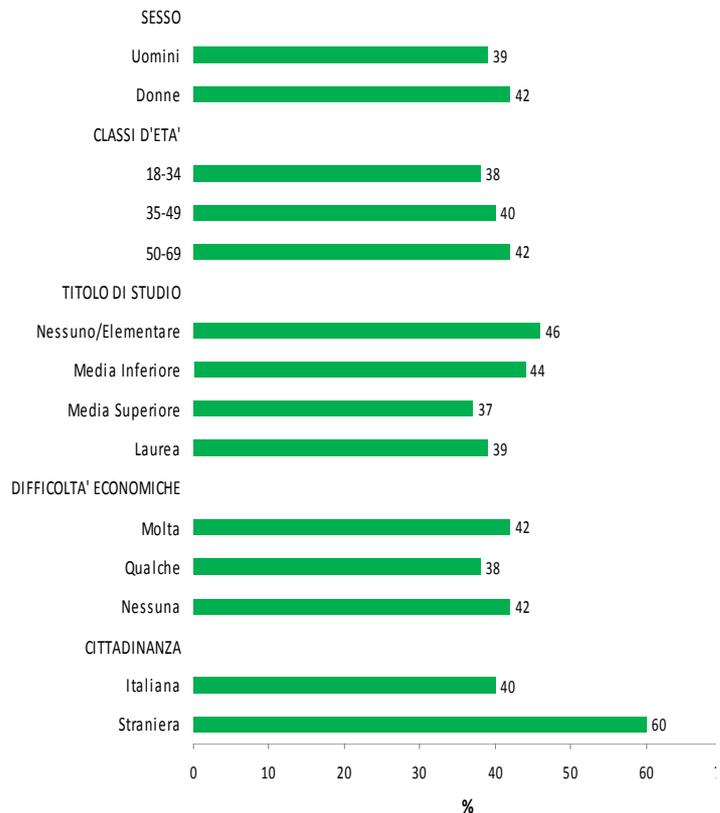
Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

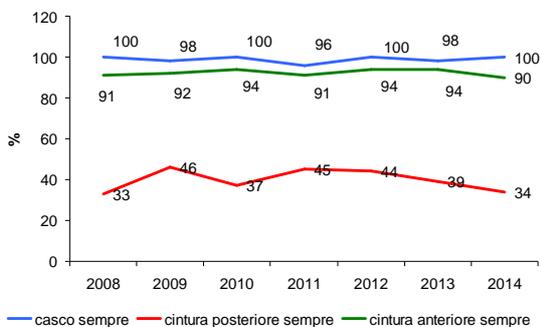
Nel periodo 2011-14, nella ASS 6 "Friuli Occidentale" la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (92%) e il casco (99%).

- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 40% degli intervistati, infatti, la usa sempre. Non si registrano comunque differenze significative analizzando i dati nel dettaglio.
- Il 19% degli intervistati in ASS 6 riferisce di avere difficoltà nell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini da 0 a 6 anni.
- Tale difficoltà è maggiore in chi ha bambini dai 2 ai 6 anni (20% degli intervistati) e in chi riferisce molte difficoltà economiche (25%).

Utilizzo sempre delle cinture posteriori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14- Totale: 40%



Dal 2008 al 2014 la percentuale di persone che fa utilizzo dei dispositivi di sicurezza in ASS6 è pressoché stabile.



Uso della cintura anteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 84,5% (IC95%: 84,2-84,8%)



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Uso della cintura posteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 20,1% (IC95%: 19,8-20,4)



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Uso del casco sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 95,3% (IC95%: 94,9-95,6%)



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Uso inadeguato dei dispositivi per bambini

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 22,3% (IC95%: 21,5-23,1%)



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

- A livello regionale, la percentuale di intervistati che dichiara di utilizzare sempre la cintura di sicurezza anteriore è del 93,9%, mentre chi utilizza sempre quella posteriore è il 37,3%. L'utilizzo del casco è utilizzato sempre dal 99,2% degli intervistati in FVG.
- A livello nazionale, l'84,5% degli intervistati utilizza la cintura anteriore sempre e il 20,1% quella posteriore. Il casco è utilizzato dal 95,3% degli intervistati.
- I dispositivi per bambini per auto vengono utilizzati in modo inadeguato dal 15% dei residenti in Friuli Venezia Giulia e dal 22,3% degli intervistati dal Pool di ASL Italia.
- Il 62% degli intervistati in ASS 6 ha sentito campagne informative sull'utilizzo dei dispositivi dei bambini, percentuale in linea con i dati nazionali (61%).

Conclusioni

I dati Passi sull'uso di cinture, casco e seggiolini di sicurezza misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da Passi, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

La maggior parte degli intervistati nella ASS6 "Friuli Occidentale" fa uso della cintura anteriore e del casco. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori, anche se in miglioramento.

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati. Sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le forze dell'ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza. Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il sistema sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come Passi o Ulisse.

Il Piano nazionale della prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Sicurezza domestica

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

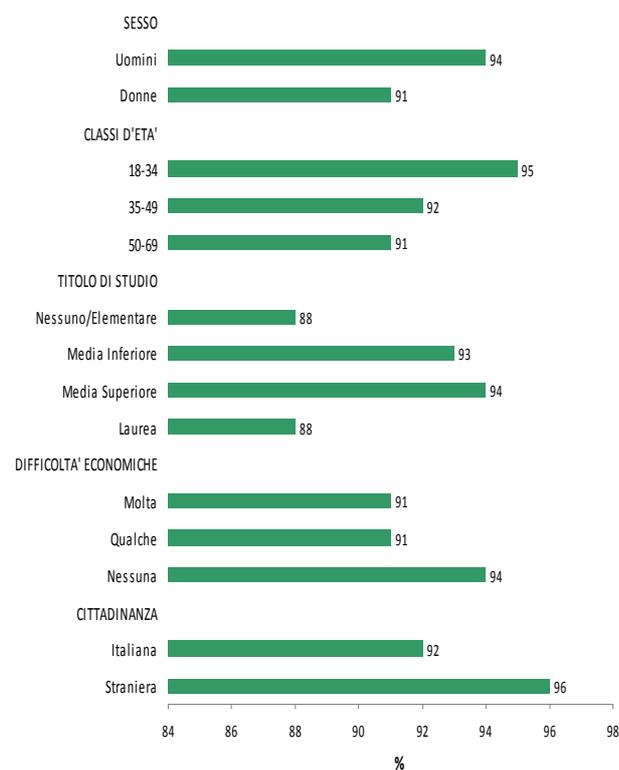
Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. A partire dal 2012 Passi misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

- Nella ASS6 "Friuli Occidentale" la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 92% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare la percezione del rischio di infortunio domestico è sempre pari all'8%.
- La consapevolezza di incorrere in un incidente domestico in F.V.G. è pari al 7,9%, mentre a livello nazionale tale percentuale è del 5,8%.

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS6 2011-14- Totale: 92%



¹ Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

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

Nel periodo 2011-14, nella ASS6 "Friuli Occidentale", la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 5%.

Nel pool di Asl PASSI, nello stesso periodo, questa percentuale è del 3,3%.

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Screening dei tumori del collo dell'utero
Screening dei tumori della mammella
Screening dei tumori del colon retto
Vaccinazione antiinfluenzale

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

L'incidenza e la mortalità del tumore della cervice stimate in Italia dal 1980 al 2014 sono in continua riduzione. Nel 2013 si stimano in Italia 1.580 nuovi casi di tumore del collo dell'utero e circa 720 decessi, ovvero 5 nuovi casi annui ogni 100.000 donne e 2 decessi l'anno ogni 100.000 donne. La prevalenza a 15 anni dalla diagnosi, ovvero il numero totale di donne a cui è stato diagnosticato un cervico-carcinoma nell'arco dei precedenti 15 anni, si riduce progressivamente e nel 2013 si stimano 17.620 casi prevalenti in Italia.

La riduzione del rischio di ammalarsi e di morire per tumore della cervice è più accentuata nelle donne oltre i 65 anni di età e via via meno importante nelle più giovani, tanto che dalla metà degli anni 2000 il differenziale di rischio per età si è azzerato o addirittura invertito.

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Asl e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito.

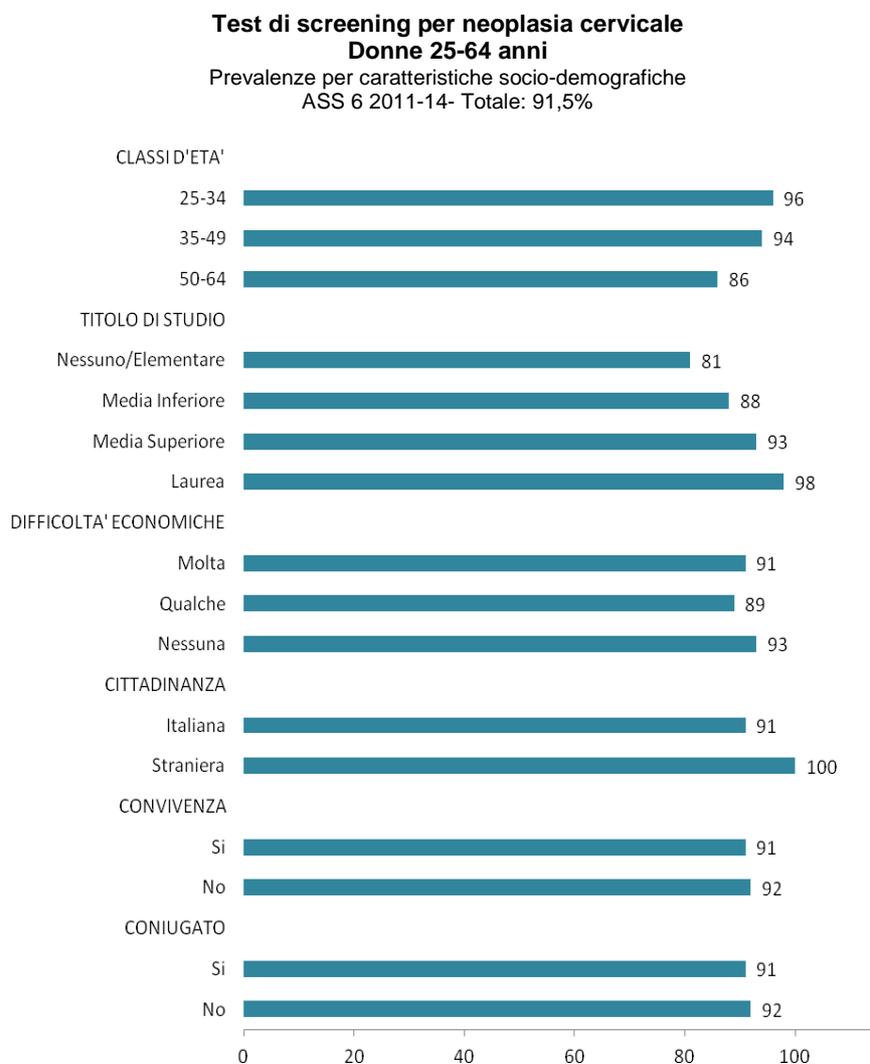
Intanto, da pochi anni, è stata introdotta un'alternativa al Pap test: un nuovo test screening che si basa sul riconoscimento dell'infezione da papilloma virus (Hpv) ed esistono ormai sufficienti prove scientifiche per affermare che il test con Hpv è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili. L'Italia si avvia a effettuare un cambiamento nel test di screening primario, applicando il test Hpv nella vasta rete degli screening organizzati. Anche per l'esecuzione del test dell'Hpv è raccomandata una periodicità triennale alle donne di 25-64 anni, che potrebbe essere modificata in futuro, in base ai risultati degli studi in corso.

Passi effettua la stima della copertura dello screening, distinguendo la partecipazione dentro e fuori i programmi delle Asl, individua i fattori predittivi della pratica del test, e la penetrazione delle azioni di promozione, fornendo ai pianificatori informazioni essenziali per il monitoraggio del livello di protezione della popolazione a rischio e indirettamente della performance dei programmi di screening.

Nella Regione Friuli Venezia Giulia i programmi di screening sono organizzati a partire dal 1999 e coinvolgono ogni anno circa 94.000 donne della fascia d'età 25-64 anni. In ASS 6 le donne coinvolte di questa fascia d'età sono circa 25.000 ogni anno.

Quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida?

Nel periodo 2011-2014, il 91,5% delle donne tra i 25 e i 64 anni intervistate ha affermato di averuito un pap test preventivo.



In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

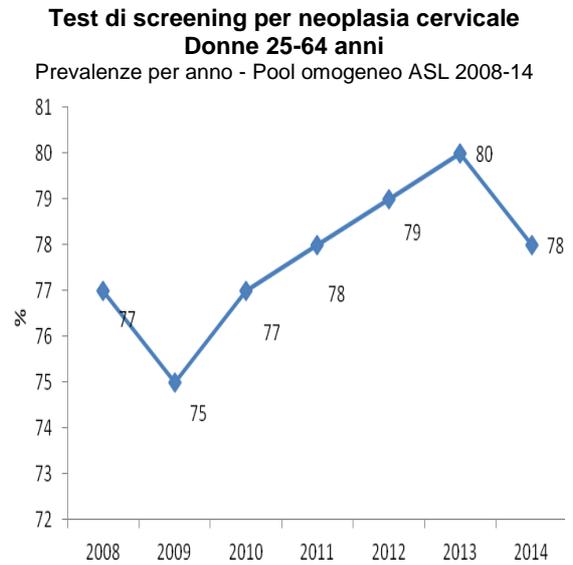
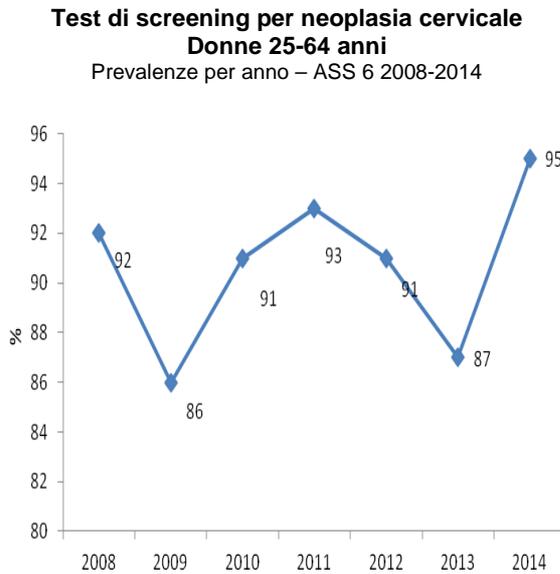
- tra i 25 e 49 anni
- in coloro che dichiarano un titolo di studio medio- alto
- con la cittadinanza straniera

In Friuli Venezia Giulia, la percentuale di donne che ha eseguito un test di screening è pari all'89,2%.

A livello nazionale tale percentuale è del 78,7% con un range che va dal 58,3% della Calabria all'89,9% dell'Emilia Romagna.

Analisi del trend

Considerando i dati raccolti dal 2008 al 2014 si nota come la percentuale in ASS 6 sia sempre maggiore rispetto a quella del Pool di ASL nazionale, in lento miglioramento nel corso degli anni.

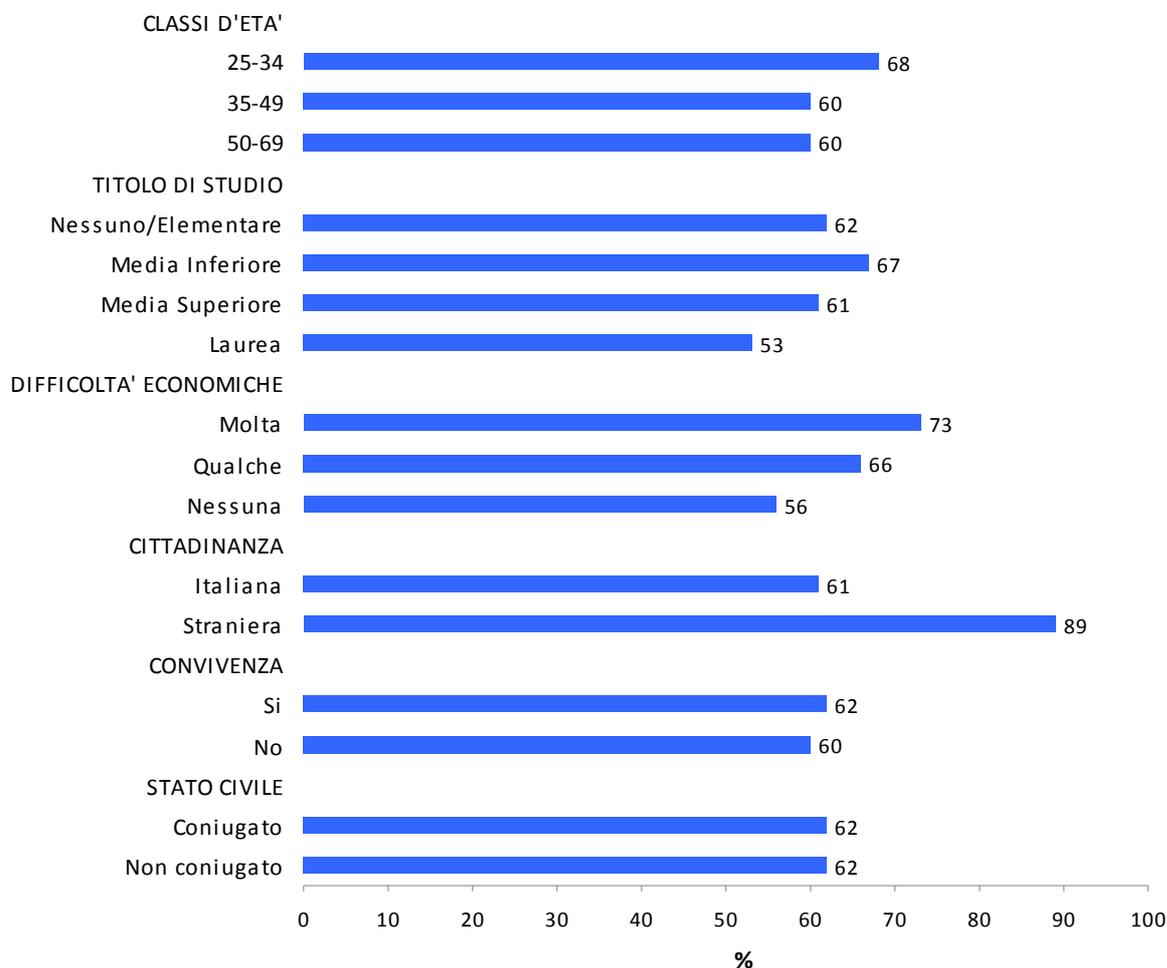


Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale", il 62% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni all'interno di un programma organizzato.

**Test di screening per neoplasia cervicale
eseguito negli ultimi tre anni all'interno di un programma organizzato
Donne 25-64 anni**
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14- Totale: 62%



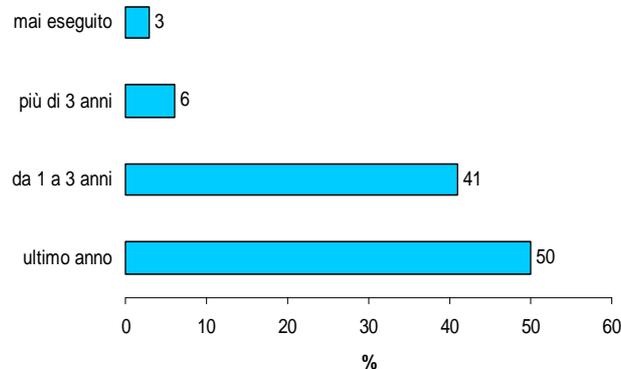
Nella Regione Friuli Venezia Giulia, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 61,6% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 27,5% lo ha eseguito spontaneamente.

Nel Pool di ASL la quota di adesione ad uno screening cervicale organizzato è del 41,7%, mentre il 36,5% ha effettuato il pap test in modo spontaneo.

Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Circa la metà delle donne 25-64enni (50%) ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno: il dato è maggiore rispetto a quello atteso ed evidenzia un possibile ricorso al test con una periodicità più ravvicinata rispetto a quella raccomandata ("sovra copertura").

**Periodicità di esecuzione del test di screening
per neoplasia cervicale
Donne 25-64 anni
ASS 2011-14 (n.472)**



Il test di screening per neoplasia cervicale è stato eseguito a pagamento?

L'esecuzione del Pap Test è possibile attraverso programmi organizzati, già attivi da diversi anni su tutto il territorio nazionale.

In ASS 6 comunque:

- il 67% delle intervistate riferisce di non aver sostenuto nessuna spesa;
- il 22% ha eseguito il test privatamente, pagando l'intero importo;
- l'11% ha eseguito il test pagando il ticket.

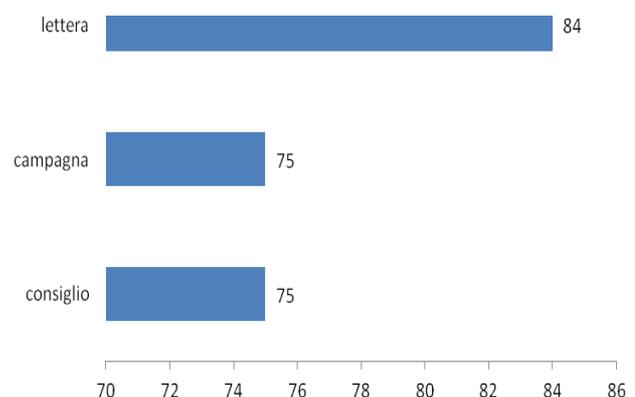
Gli screening organizzati riducono le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione. Infatti, per la gran parte delle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente di altre si sottopongono allo screening cervicale, l'offerta di un programma organizzato rappresenta l'unica occasione di prevenzione del tumore della cervice.

Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

Nella ASS 6:

- l'84% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 75% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
- il 75% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

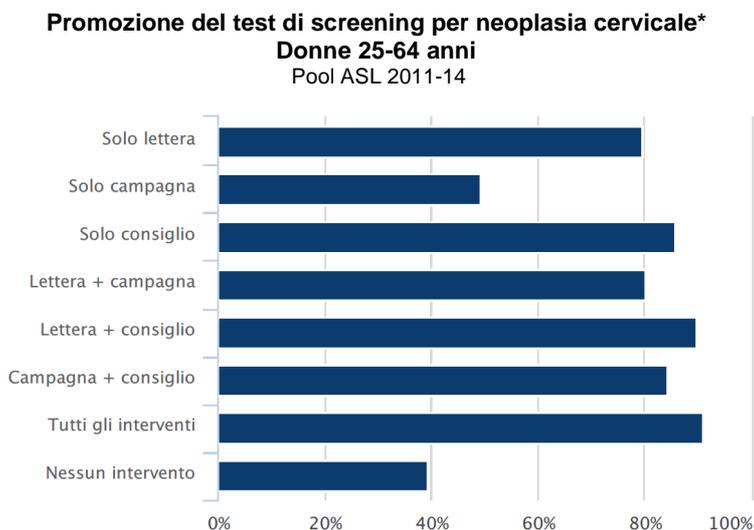
**Promozione del test di screening per neoplasia cervicale*
Donne 25-64 anni
ASS 6 2011-14 (n=393)**



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

La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro. Il 92% ha ricevuto tutte e tre le tipologie di incentivo all'esecuzione del test.

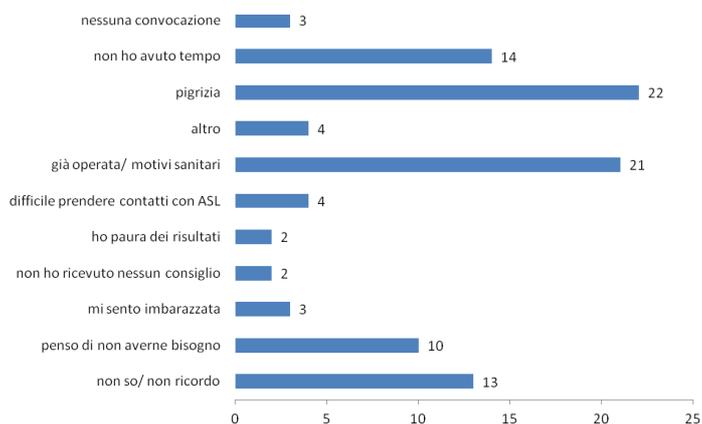
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 91% delle donne ha ricevuto tutti e tre gli interventi. In particolare il 79,6% ha ricevuto la lettera, il 49% ha visto campagne informative, l'86% ha svolto l'esame su consiglio di un medico o di un operatore sanitario



Perché non è stato eseguito il test di screening?

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 9% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (3%)
- La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 22% non lo esegue per pigrizia.

**Motivazione della non esecuzione del test di screening
 secondo le linee guida**
Donne 25-64 anni
 ASS 6 2011-14



Conclusioni e raccomandazioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea.

I dati raccolti dimostrano che la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI è pressoché simile a quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (64%), dimostrando una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

Nella ASS 6, la copertura al test di screening è elevata e la quota di adesione spontanea è superiore a quella presente a livello nazionale, testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame; esiste pertanto una quota di donne che esegue l'esame con una frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovra copertura").

Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test, come pure la cittadinanza straniera; una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione, lo screening cervicale attraversa un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Secondo le stime dell'Istituto superiore di sanità, basate sui dati raccolti dai Registri Tumori, il tumore della mammella è, tra le donne, la neoplasia di gran lunga più frequente, con oltre il 40% di tutti i tumori maligni delle donne, nel 2010. Il rischio di sviluppare il tumore della mammella nel corso della vita non è trascurabile e si stima che circa 1 donna su 11 ne verrà colpita. Le stime di incidenza parlano di 39.781 nuove diagnosi nel 2010 e ben 488.200 casi prevalenti, donne che ne sono affette.

Tuttavia, grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure, la sopravvivenza delle donne affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente, la mortalità per cancro alla mammella si è ridotta notevolmente e la sopravvivenza stimata a 5 anni è pari all'87%. La variabilità territoriale nella sopravvivenza al tumore della mammella rispecchia la variabilità degli interventi di prevenzione.

Infatti, la mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia. Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti. L'Osservatorio nazionale screening, che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, stima che nel 2010 sono state circa 2,5 milioni (87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro della mammella femminile.

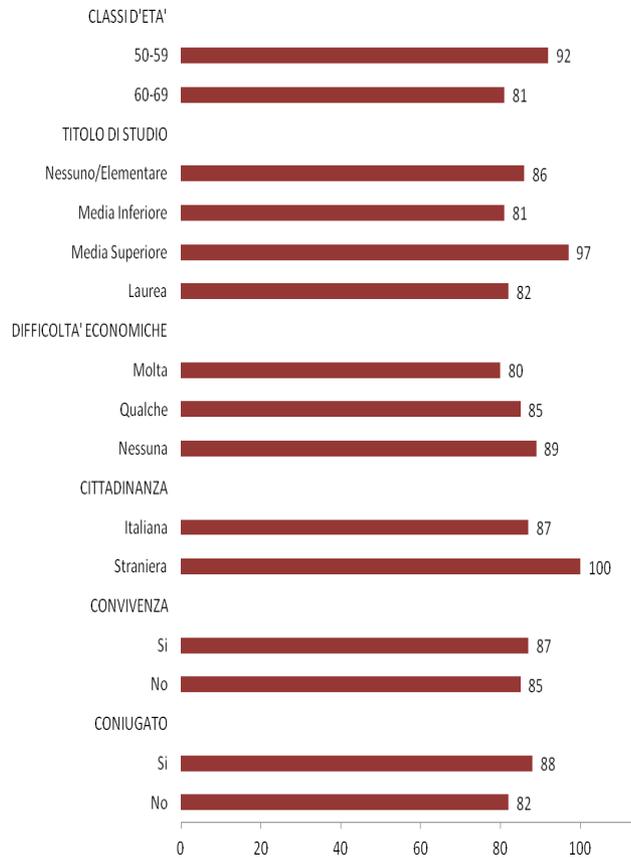
Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il programma di screening organizzato è presente dal 2006 e coinvolge ogni anno circa 20000 donne tra i 50 e i 69 anni.

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

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" circa l'87% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 43 anni.

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 2011-14- Totale: 87%



**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Totale: 71%

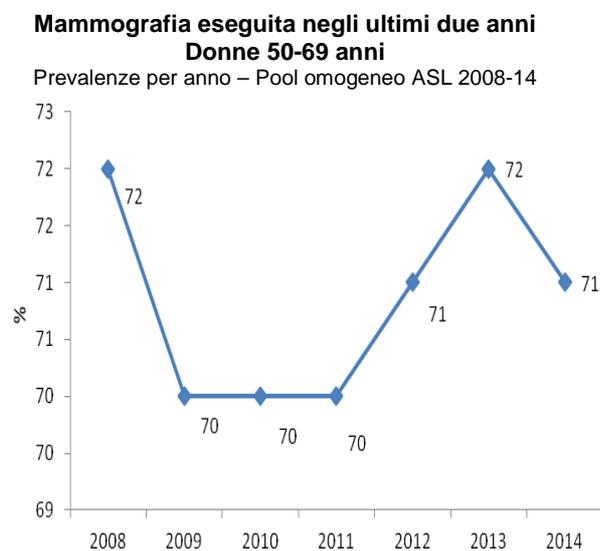
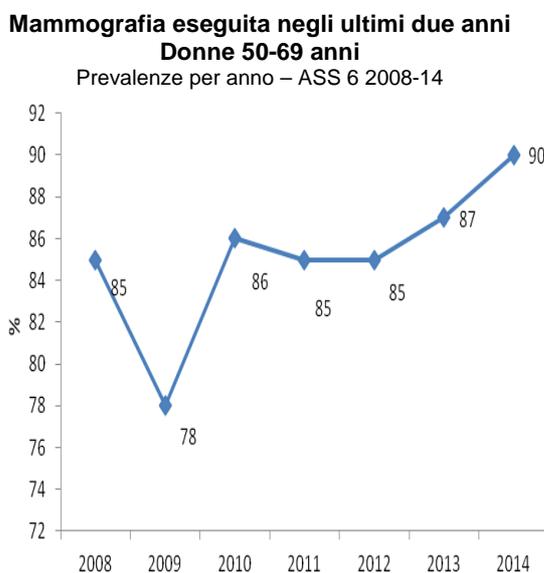


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

- Nel periodo 2011-14 in F.V.G. l'85,6% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia negli ultimi due anni.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 71% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Analisi del trend

Come si può notare dai dati sotto riportati la percentuale di donne che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni è sempre maggiore in ASS6 rispetto al valore nazionale.



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

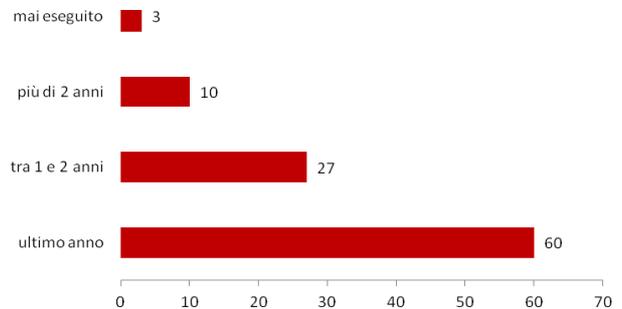
- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella ASS 6, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 69% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 17% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nella Regione F.V.G. il 68% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 17% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL il 51% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.

- In ASS 6, l'87% degli intervistati ha eseguito l'esame negli ultimi due anni, in linea con quanto atteso.
- Il 3% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

Periodicità di esecuzione della Mammografia
ASS 6 2011-14



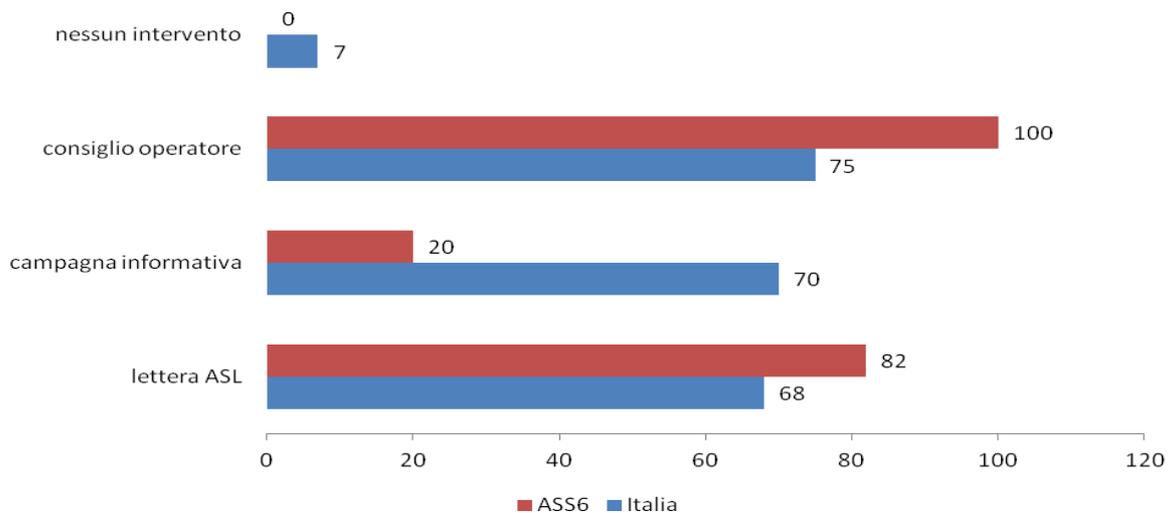
Quale promozione della Mammografia?

Nella ASS 6:

- l'82% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 20 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 100% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia.

Il 90% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti e tre gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa)

Promozione della Mammografia
ASS 6 2011-14

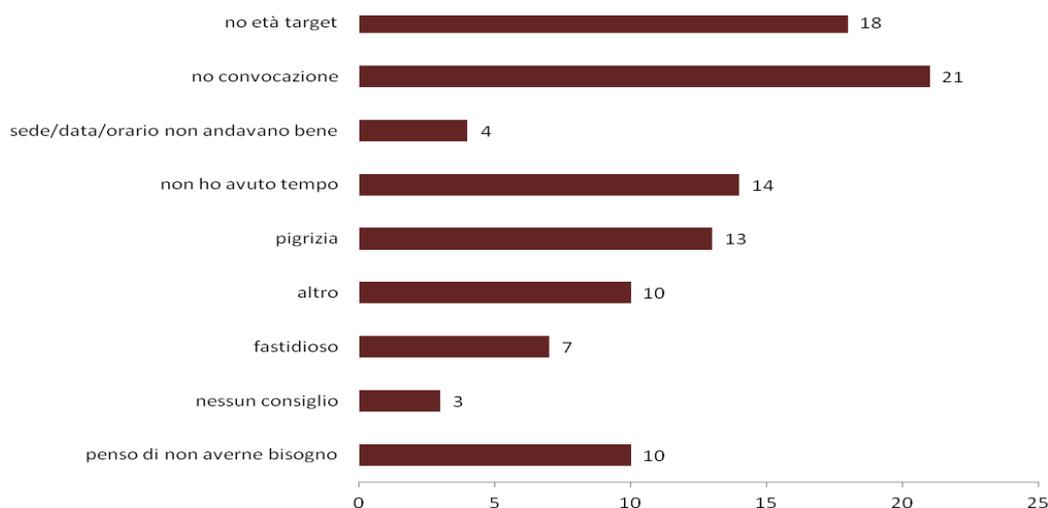


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, le campagne informative sembrano essere maggiormente efficaci rispetto agli altri interventi, soprattutto nel confronto con l'ASS6.

Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

Nella ASS 6, il 13% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (3%) o l'ha eseguita da oltre due anni (10%).

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida
ASS 6 2011-14 (n=28)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 6 "Friuli Occidentale" la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della mammografia raggiunge i valori consigliati, in quanto tra chi dichiara di effettuarla mediante i programmi organizzati e chi la svolge al di fuori nel quadriennio 2011-14 si raggiunge l'86%. La quota di adesione ai programmi di screening organizzati è superiore rispetto ai dati raccolti a livello nazionale, testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo le stime dell'Istituto superiore di sanità, basate sui dati raccolti dai Registri tumori, con circa 51.200 nuovi casi stimati nel 2010 (30.900 uomini e 20.300 donne), il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne. Abbastanza rara prima dei 40 anni, questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. Fortunatamente migliora la sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti e a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza stimata è pari al 64%, grazie alla diagnosi precoce e ai miglioramenti terapeutici.

I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia). Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda alle Asl di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione in età 50-69 anni, praticando la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale o l'esecuzione della retto-sigmoidoscopia o colonscopia, con una cadenza che non è stata definita in modo univoco. Attualmente, il programma di screening coloretale più diffuso sul territorio nazionale è quello a due stadi, costituito da ricerca di sangue occulto nelle feci e successiva colonscopia per i positivi; mentre in un numero limitato di Asl si utilizza la retto-sigmoidoscopia eseguita a partire dai 58 anni, una volta nella vita.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening coloretale, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro del colon retto.

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" i programmi di screening colon rettale sono avviati dal 2009 e coinvolgono circa 39.000 persone di 50-69 anni ogni anno.

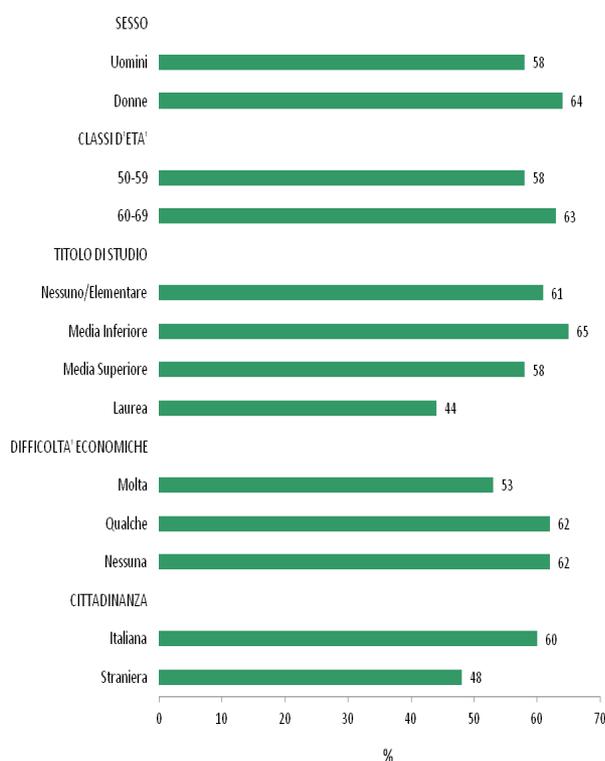
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- Nella ASS 6 circa il 68% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 61% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni.
- Il 22% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14

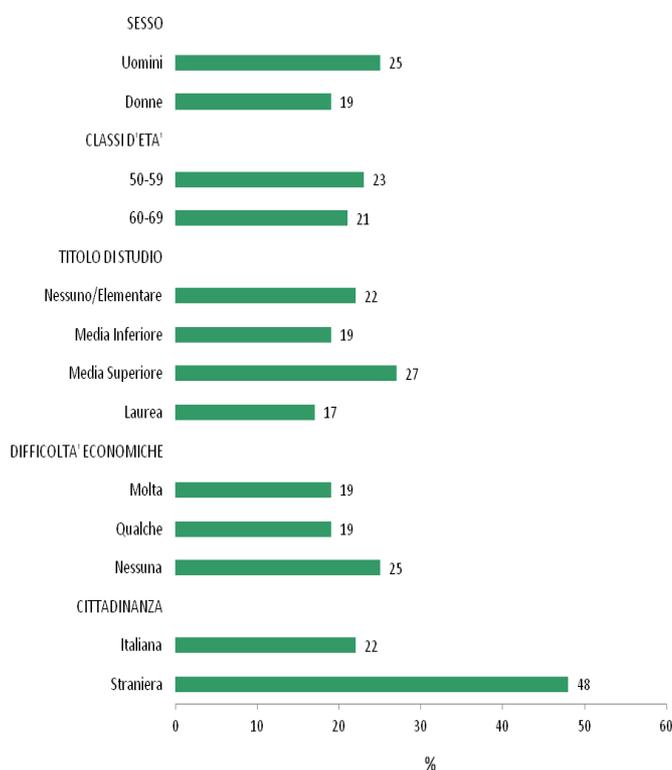
Totale: 60,88%



Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 6 2011-14

Totale: 22,16%



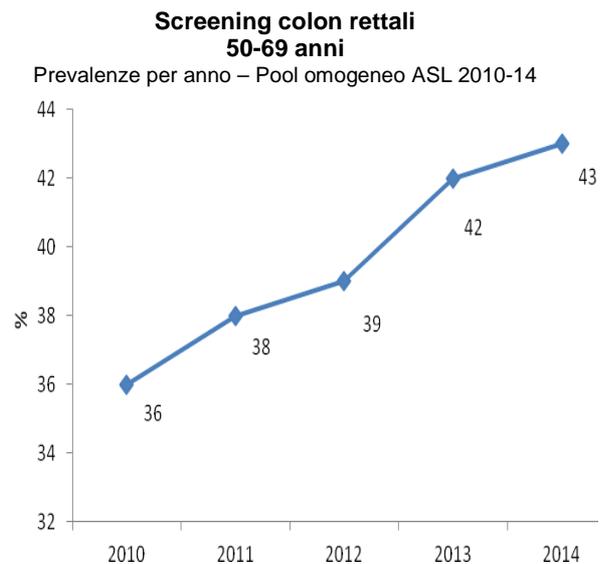
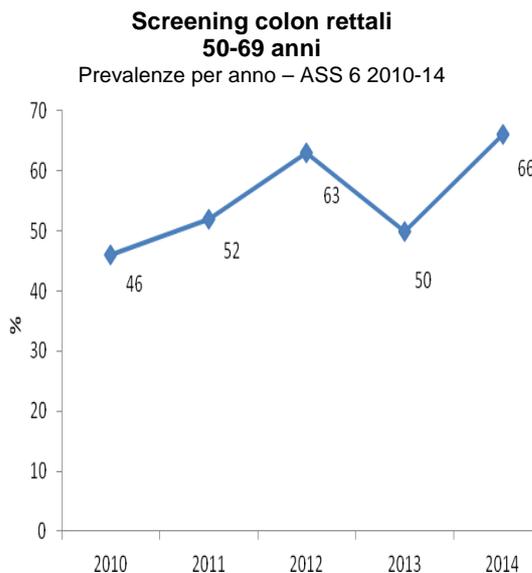
- Nel periodo 2011-2014, in Friuli Venezia Giulia, il 58,8% delle persone intervistate ha riferito di aver effettuato una ricerca del sangue occulto nelle feci nel corso degli ultimi due anni, mentre il 65% dichiara di aver effettuato una colonscopia negli ultimi cinque anni.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 34,6% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 40,8% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

Qual è la percentuale di adesione ai programmi di screening organizzati?

Il 58% degli intervistati in ASS6 dichiara di aver effettuato la ricerca del sangue occulto o una colonscopia attraverso programmi di screening organizzati.

Tale percentuale in Friuli Venezia Giulia è del 57%, mentre a livello nazionale è del 32,8%, con un range che va dal 65% dell'Emilia Romagna al 5,2% della Calabria.

Il numero di persone che dal 2010 al 2014 aderisce a programmi di screening organizzati è in aumento come riportato dai grafici sottostanti.



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

Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:

- il 41% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 20% da uno a due anni
- il 9% da più di 2 anni
- il 30% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Relativamente all'ultima colonscopia eseguita:

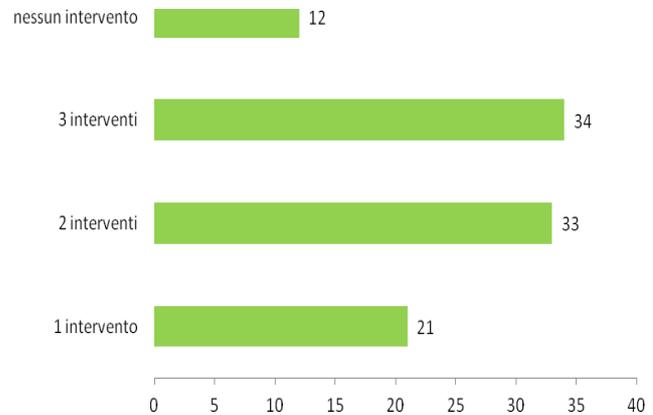
- l'8% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 14% da uno a cinque anni
- il 4% da cinque a dieci anni
- il 3,5% da più di dieci anni.
- il 70,7% ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

Nella ASS 6:

- il 78% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
- il 59,5% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 52% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettales.

**Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci
Persone 50-69 anni
ASS 6 2011-14**

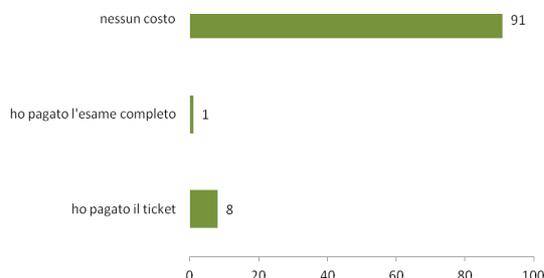


- Con l'aumentare degli interventi di promozione dello screening, ne migliora anche l'adesione. Infatti, il 76% di chi ha ricevuto tutti e tre gli interventi ha eseguito la ricerca del sangue occulto.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 29% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41% ha visto una campagna informativa.

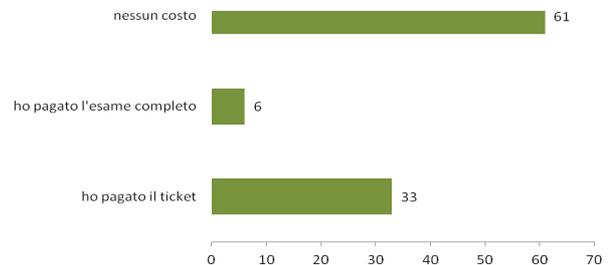
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Tra coloro che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto in ASS 6, il 90% non ha dovuto sostenere alcun costo.
- Il 61% di chi ha eseguito la colonscopia negli ultimi 5 anni l'ha fatta gratuitamente.

**Costi della ricerca del sangue occulto
Persone 50-69 anni
ASS 6 2011-14 (n=249)**



**Costi della colonscopia
Persone 50-69 anni
ASS 6 2011-14 (n=85)**

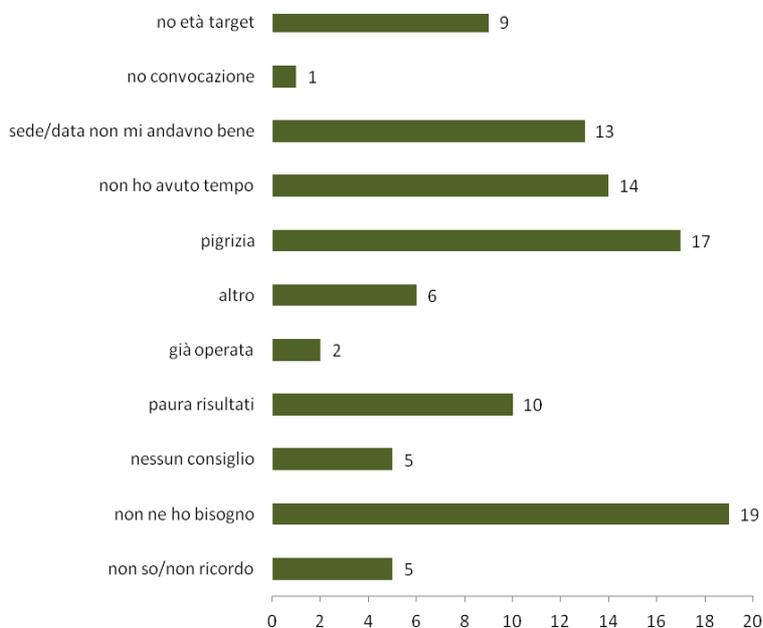


Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo?

Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (19%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito. Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la

sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

**Motivazione della non effettuazione
della ricerca di sangue occulto nelle feci***
Persone 50-69 anni
ASS 6 2011-14



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata avviata nell'ottobre 2008 e negli anni si nota un leggero aumento, seppur con grandi margini di miglioramento.

La situazione in ASS6 è sicuramente migliore rispetto al contesto nazionale.

I dati ottenuti dal Sistema PASSI rilevano che solo il 68% delle persone riferisce di aver effettuato questo tipo di esame. Confrontando pertanto i due dati a disposizione si nota una sottostima degli intervistati nell'esecuzione del test.

La lettera di invito, in ogni caso, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

Data la bassa adesione al programma di screening, si rende sempre più necessaria la promozione di iniziative, rivolte alla popolazione target e che coinvolgano gli attori presenti sul territorio, quali i Medici di Medicina Generale, per ribadire l'importanza di tali azioni

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

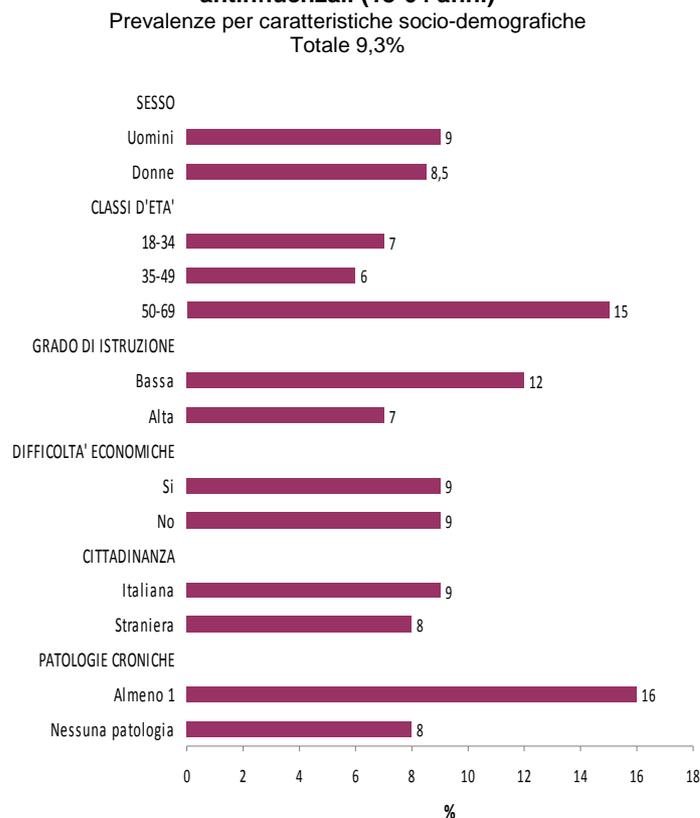
La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali?

- Nella ASS 6 "Friuli Occidentale" il 9,3% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 16%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è statisticamente più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni
 - nelle persone con almeno una patologia cronica.
- Il 73% degli intervistati che ha effettuato la vaccinazione antiinfluenzale l'ha eseguita nel mese di novembre.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello regionale la percentuale di persone che riferisce la vaccinazione è del 7,7% (9% in Italia).

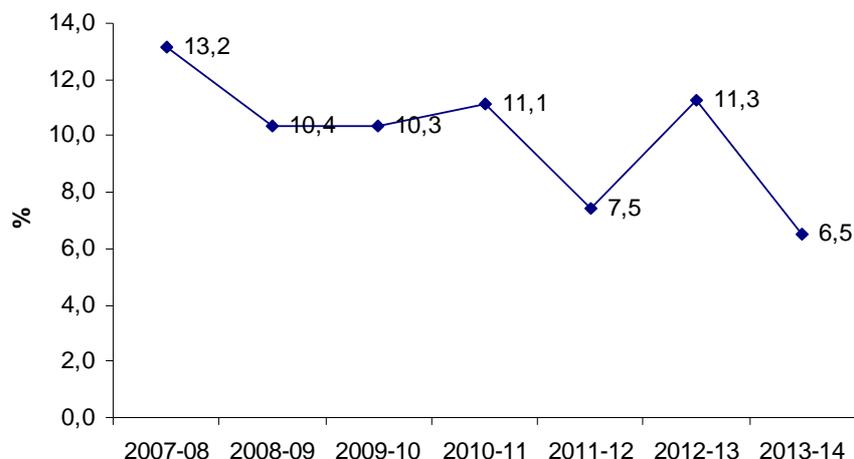
Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)



1.istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

2.almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato

Vaccinazione antinfluenzale nelle campagne antinfluenzali, dal 2007 al 2014 (18-64 anni)
Prevalenze per anno ASS 6



- In Friuli Venezia Giulia, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 18,2%.
- Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra gli adulti di 18-64 anni non è molto frequente e si riduce negli anni: nella campagna vaccinale 2013-2014 meno del 10% dei 18-64enni si è vaccinato contro l'influenza. Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale aumenta con l'avanzare dell'età, in particolare è significativamente più alto tra i 50-64enni e fra le persone con un più basso livello di istruzione.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è pari al 23%.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)
Totale: 23,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Friuli Venezia Giulia hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

METODI

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

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

Popolazione di studio

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

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

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

Strategie di campionamento

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

Interviste

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

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

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

Analisi dei dati

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

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

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