

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto 2008

Azienda per i Servizi Sanitari n.3 - Alto Friuli



Coordinatore Aziendale:

Andrea Iob (Responsabile S.O. Medicina Preventiva nelle Comunità)

Organizzazione interviste

Mariarita Forgiarini (S.O. Medicina Preventiva nelle Comunità - *Dipartimento di Prevenzione*)

Intervistatori

Angelo Butera, Giuliana Copetti, Denise Di Bernardo, Luca Steffè, Manuela Ridolfo, Tiziana Pallober. (S.O. Medicina Preventiva nelle Comunità - *Dipartimento di Prevenzione*)

Gruppo Tecnico PASSI nazionale:

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



Si ringraziano:

- La Direzione Generale
- La Direzione Sanitaria
- Il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione
- i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita.

Si ringraziano infine tutte le persone residenti in Alto Friuli che con disponibilità e cortesia hanno accettato di farsi intervistare rendendo possibile la realizzazione di questo studio.

Elaborazione dati, redazione e impaginazione a cura di:

Andrea Iob (Responsabile S.O. Medicina Preventiva nelle Comunità)

Copia del volume può essere scaricata dal sito internet

<http://www.ass3.sanita.fvg.it/>

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Andrea Iob 0432 989500 – andrea.iob@ass3.sanita.fvg.it

S.O. Medicina Preventiva nelle Comunità - Dipartimento di Prevenzione –P. Baldissera, 1 – 33013 Gemona del Friuli

Il presente rapporto relativo ai risultati del 2008, permette di documentare quanto rilevato nella Azienda Sanitaria “Alto Friuli” e costituisce un importante tassello per la costruzione nei prossimi anni di trend temporali, elemento importante per valutare l’impatto di politiche complesse sui fattori di rischio correlati agli stili di vita.

Nel 2008 nell’ASS 3 “Alto Friuli” gli intervistatori, infermieri e assistenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione, hanno condotto 276 interviste telefoniche a cittadini della fascia di età 18-69 anni, attraverso un questionario standardizzato.

Ad essi va il merito del funzionamento del sistema di sorveglianza che ora necessita di essere consolidato come strumento nella pianificazione e valutazione aziendale.

INDICE

IL SISTEMA PASSI IN BREVE	pagina 4
II PROFILO SOCIODEMOGRAFICO	
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	7
BENESSERE	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	12
SINTOMI DI DEPRESSIONE	15
GUADAGNARE SALUTE	
ATTIVITÀ FISICA	19
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	23
CONSUMO DI ALCOL	30
ABITUDINE AL FUMO	34
FUMO PASSIVO	39
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	42
COLESTEROLEMIA	46
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	50
SICUREZZA	
SICUREZZA STRADALE	53
SICUREZZA DOMESTICA	56
PROGRAMMI DI PREVENZIONE	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	62
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	67
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO	72
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	75
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	77
APPENDICE	
MONITORAGGIO	80

Il sistema PASSI in breve...

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

Nel 2006 il Ministero della salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI, acronimo di **P**rogressi delle **A**ziende **S**anitarie per la **S**alute in **I**talia.

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

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

Il funzionamento del sistema

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono un campione di persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle ASL, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età.

La rilevazione (in genere 25 interviste al mese per ASL) 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 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
- rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio
- programmi di prevenzione oncologica per il tumore cervicale, mammario e coloretale
- vaccinazioni contro influenza e rosolia
- sicurezza stradale e sicurezza in ambito domestico
- percezione dello stato di salute e presenza di sintomi depressivi.

Analisi delle informazioni

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 in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli Intervalli di Confidenza al 95% solo per le variabili principali.

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

Nelle tabelle dell'analisi univariata, i confronti che riportano la sottolineatura sono quelli significativi sul piano statistico per ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata nelle varie tabelle (es. le donne rispetto agli uomini).

L'intervallo di confidenza regionale viene preso come riferimento per i confronti.

Infine le cartine tematiche mostrano la distribuzione dei valori dei principali indicatori per le Regioni (o parti di esse) partecipanti al pool PASSI.

Lo stato di avanzamento

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto; da aprile 2007 è iniziata la rilevazione in tutte le Regioni eccetto la Calabria.

Alla fine del 2008 erano state registrate sul server centrale circa 60.000 interviste complete e a ottobre 2009 il numero di interviste caricate era superiore a 80.000.

Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di risposta molto elevato (87%, con solo il 9% di rifiuti), elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

Etica e privacy

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

È stata chiesta una valutazione sul sistema PASSI da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

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

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

Il personale della Struttura Operativa Medicina Preventiva nelle Comunità, che svolge l'intervista, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

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

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

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

profilo sociodemografico

il campione 2008

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 51.083 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie della A.S.S. n.3 Alto Friuli.

Da gennaio 2008 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 276 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

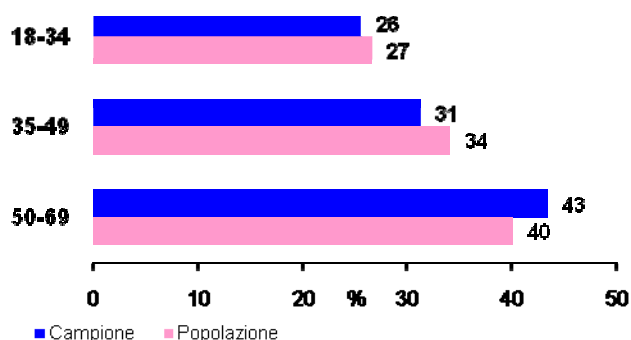
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 20 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta¹ è risultato del 96%, il tasso di sostituzione² del 7% e quello di rifiuto³ del 4%.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

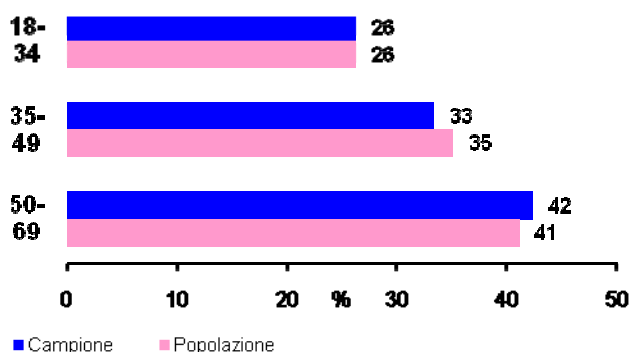
L'età e il sesso

- In Alto Friuli, il campione intervistato (276 persone) è risultato composto dal 51% di maschi e dal 49% di femmine; l'età media complessiva è di 46 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 25% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 32% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 43% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello regionale e nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=141)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=135)



¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

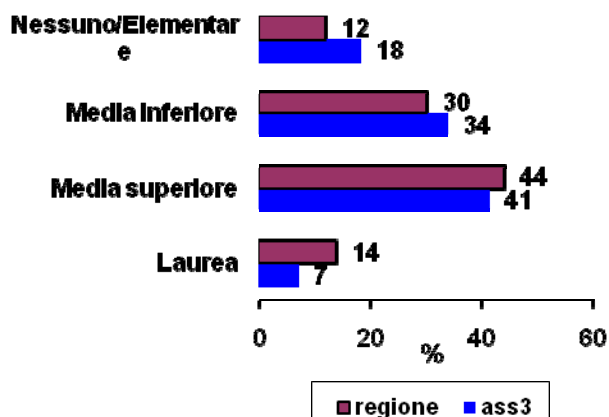
Il titolo di studio

- In Alto Friuli il 18% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 34% la licenza media inferiore, il 41% la licenza media superiore e il 7% è laureato.

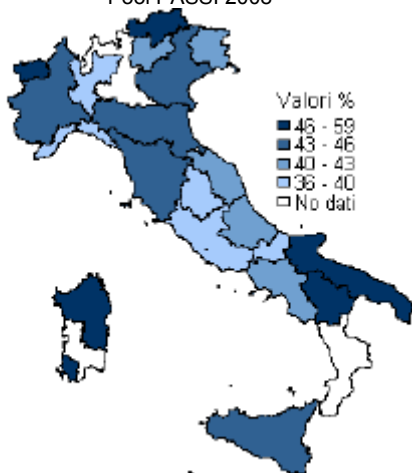
Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.

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

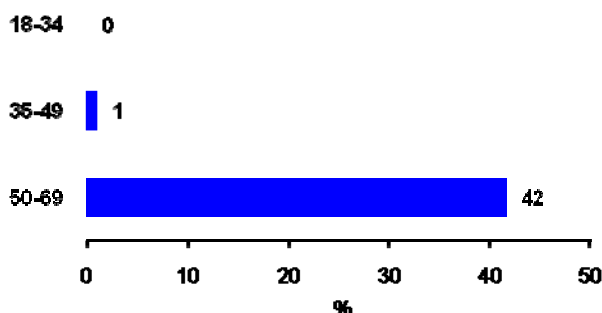
Campione per titolo di studio
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)



Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2008



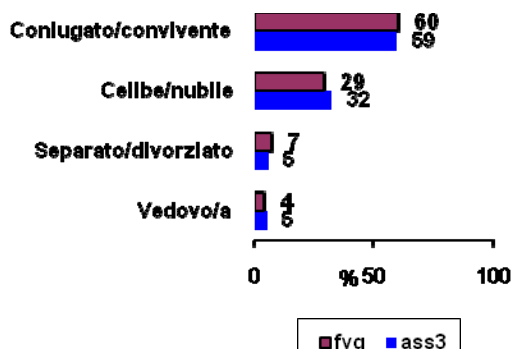
Prevalenza di scolarità bassa
(nessuna/licenza elementare) per classi di età
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli PASSI 2008 (n=50)



Lo stato civile

- In Alto Friuli i coniugati/conviventi rappresentano il 59% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi il 5%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 31%, 5% e 3%.

Campione per categorie stato civile
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli PASSI 2008 (n=276)



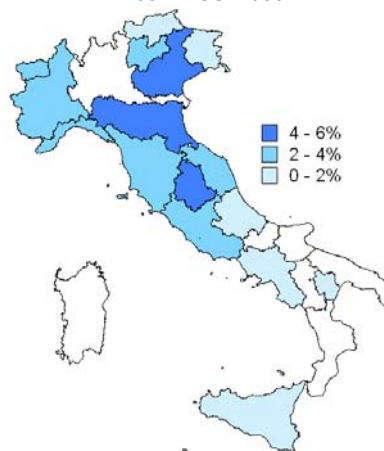
Cittadinanza

- In Alto Friuli la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 3% della popolazione. Anche nel campione il 3% degli intervistati ha cittadinanza straniera.

Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni il 5% delle donne ha cittadinanza straniera.

- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- In Regione FVG le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 4% degli intervistati sul 7% di residenti.

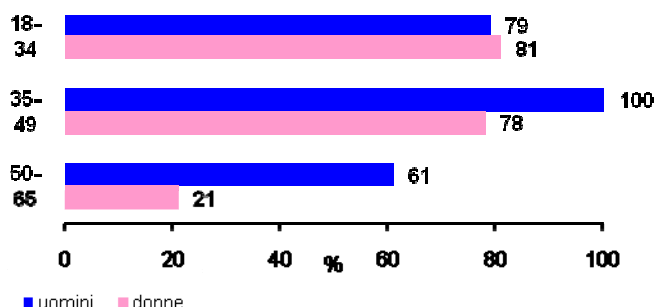
% di stranieri intervistati
Pool PASSI 2008



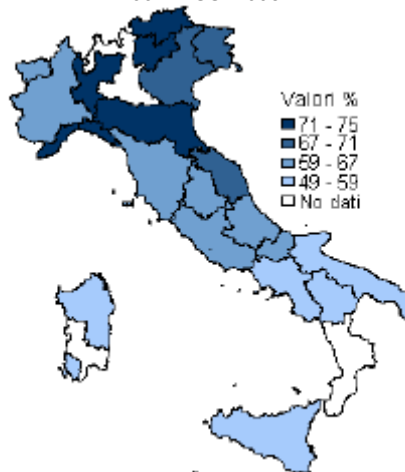
Il lavoro

- In Alto Friuli il 70% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente (71% in regione FVG).
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (59% contro 80%). Gli intervistati di entrambi i sessi di 18-34 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità. Dopo i 35 anni gli uomini sono significativamente più occupate delle donne. Tale differenza è confermata anche a livello regionale e nazionale.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 64% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli PASSI 2008 (n=276)



% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2008



Difficoltà economiche

- In Alto Friuli:

- il 55% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 36% qualche difficoltà
- il 9% molte difficoltà economiche significativamente più marcate nelle donne (12%) rispetto ai maschi (7%).

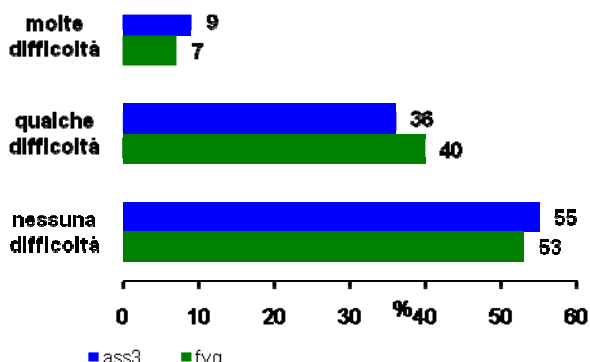
- Le differenze tra sessi e per classi di età tra chi riferisce difficoltà economiche non raggiungono la significatività statistica.

- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale

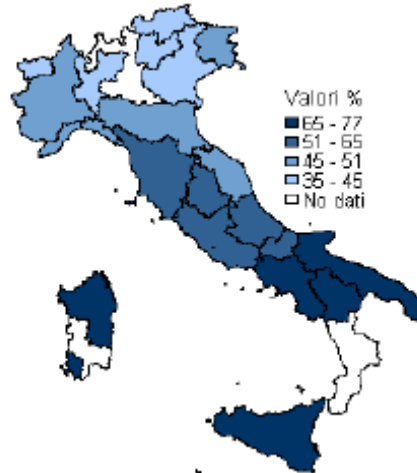
- il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 41% qualche difficoltà
- il 14% molte difficoltà economiche.

La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

Difficoltà economiche
Azienda Sanitaria n.3 Alto Friuli PASSI 2008 (n=276)



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2008



Conclusioni

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

In Alto Friuli il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della Azienda Sanitaria.

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

benessere
percezione dello stato di salute
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?

- In Alto Friuli il 64% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 33% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente°

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)

Caratteristiche	%	IC95%
Totale	63,8	57,8-69,4
Età		
18 - 34	84,1	
35 - 49	70,8	
50 - 69	46,6	
Sesso		
uomini	72,3	
donne	54,8	
Istruzione		
nessuna/elementare	44,0	
media inferiore	59,1	
media superiore	74,6	
laurea	73,7	
Difficoltà economiche		
molte	30,8	
qualcuna	56,1	
nessuna	74,2	
Patologie severe°°		
almeno una	35,8	
assente	70,4	

° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

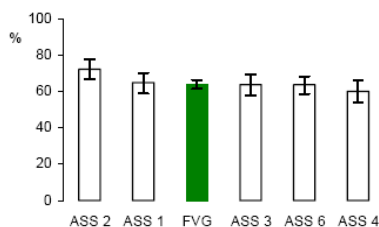
°° almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Nelle ASS regionali, l'ASS 2 "Isontina" ha una percentuale significativamente più alta di percezione positiva dello stato di salute rispetto al dato regionale (range: 60% ASS4 - 72% ASS2).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 66% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute (Nord-Est 68% range: 59% Sardegna - 82% prov. aut. Bolzano).

Persone che si dichiarano in salute

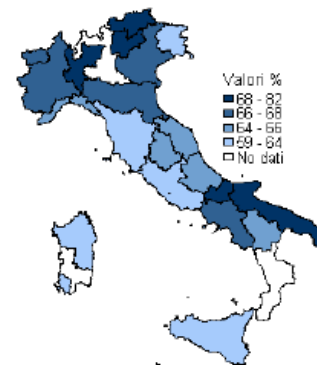
buona o molto buona (%)
Friuli Venezia Giulia PASSI 2008



Persone che si dichiarano in salute

buona o molto buona (%)

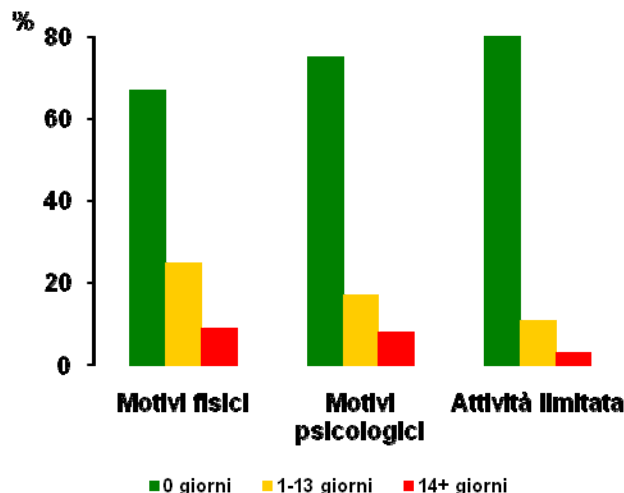
Pool PASSI 2008



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

- In Alto Friuli la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (67% in buona salute fisica, 75% 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 (9%), per motivi psicologici (17%) e con limitazioni alle attività abituali (3%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)



Media dei giorni percepiti in cattiva salute al mese
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,0	2,7	1,3
Classi di età			
18 - 34	0,9	1,6	0,5
35 - 49	2,9	3,0	1,4
50 - 69	<u>4,2</u>	2,9	1,7
Sesso			
uomini	2,1	1,4	1,1
donne	<u>3,9</u>	<u>4,0</u>	1,5
Istruzione			
nessuna/elementare	<u>5,9</u>	2,7	2,2
media inferiore	3,2	3,3	1,5
media superiore	1,7	2,4	0,7
laurea	1,3	0,7	1,7
Difficoltà economiche			
molte	<u>6,4</u>	<u>7,5</u>	<u>3,1</u>
qualche	3,5	2,5	1,7
nessuna	2,1	2,0	0,7
Patologie severe^o			
almeno una	<u>5,5</u>	<u>5,1</u>	2,1
assente	2,4	2,1	1,1

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno 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 severe.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni 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 ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

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

Bibliografia

- CDC Healthy days methods 1989 <http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm#healthy>
- WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, 2005 WHO global report http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. Quality of Life Research 2002;11:193-205

Sintomi di depressione

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

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

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

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

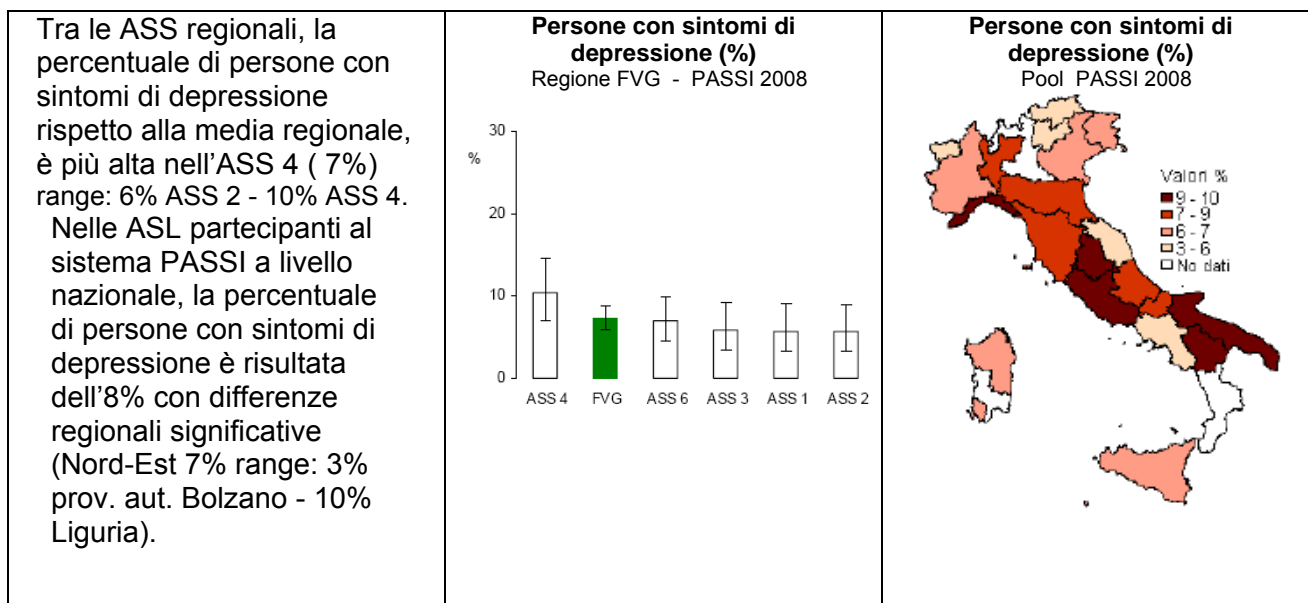
Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad un punteggio da 0 a 6; coloro che ottengono un punteggio uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione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

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- In Alto Friuli circa il 6% delle persone intervistate ha riferito, nelle 2 settimane precedenti all'intervista, sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.

Sintomi di depressione		
A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=274)		
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)	
Totale	5,8	3,4 – 9,3
Classi di età		
18 - 34	1,4	
35 - 49	5,7	
50 - 69	8,5	
Sesso		
uomini	2,1	
donne	<u>9,7</u>	
Istruzione		
nessuna/elementare	8	
media inferiore	5,4	
media superiore	6,2	
laurea	0	
Difficoltà economiche		
molte	11,5	
qualche	6,2	
nessuna	4,7	
Stato lavorativo		
lavora	4	
non lavora	8,9	
Patologie severe		
almeno una	13,7	
nessuna	<u>4</u>	

°Punteggio PHQ-2 uguale o maggiore di 3
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)

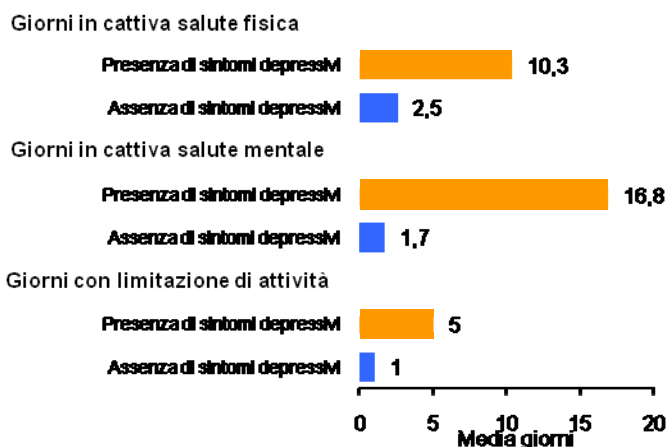


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 18% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 82% 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 nell'ultimo mese

A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=274)

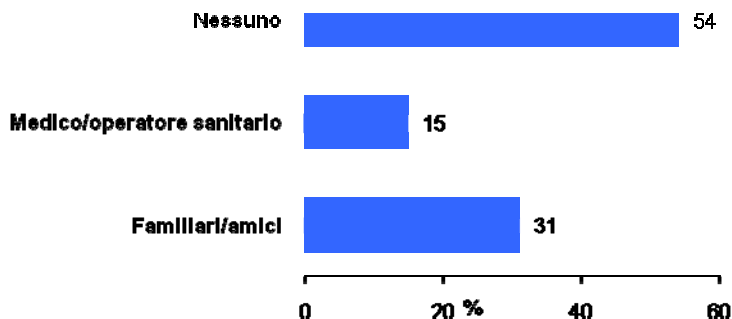


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

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

A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=13)

- Il 46% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (15%), a familiari/amici (31%)



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli si stima che circa 6 persone su 10 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

Bibliografia

- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB "The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener" 2003 Nov;41(11):1284-92.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. et al "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH" "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" n. 4, 2005 <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>
- European Commission "European Pact for Mental Health and well-being" 2008
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: Recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002;136:760-4
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care 2003;41:1284-92.

guadagnare salute

attività fisica

situazione nutrizionale

consumo di alcol

abitudine al fumo

fumo passivo

Attività fisica

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

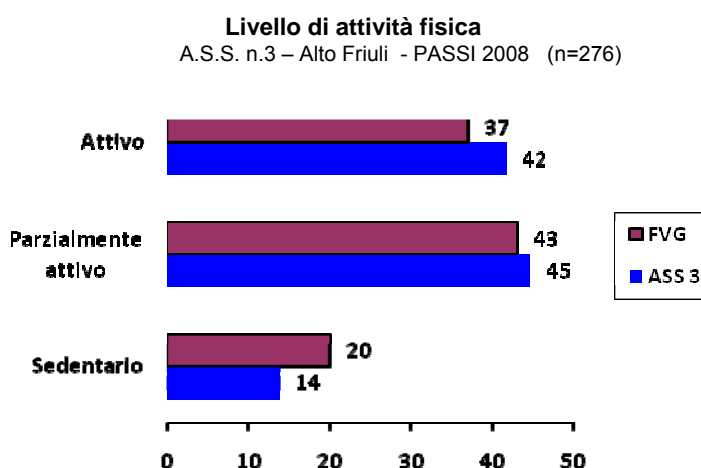
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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

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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- In Alto Friuli il 42% 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 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 14% è completamente sedentario.

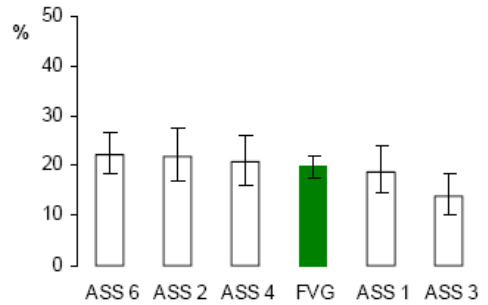


Sedentari	
A.S.S. n.3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)	
Caratteristiche	%
Totale	13,8
	9,9 – 18,4
Classi di età	
18-34	10,1
35-49	6,7
50-69	<u>21,2</u>
Sesso	
uomini	13,5
donne	14,1
Istruzione	
nessuna/elementare	22
media inferiore	14
media superiore	11,4
laurea	5,3
Difficoltà economiche	
molte	23,1
qualche	15,3
nessuna	10,6

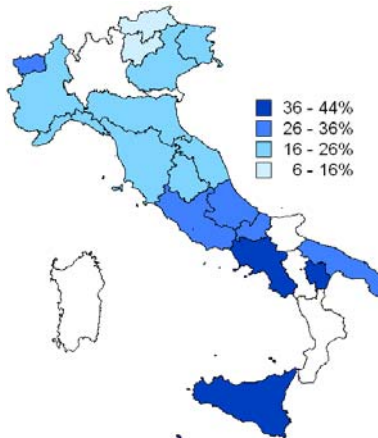
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

- Nelle ASS regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie (range dal 14% dell'ASS3 al 22% di Pordenone).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 29% del campione, con un evidente gradiente territoriale.

% di persone sedentarie
Regione FVG - PASSI 2008



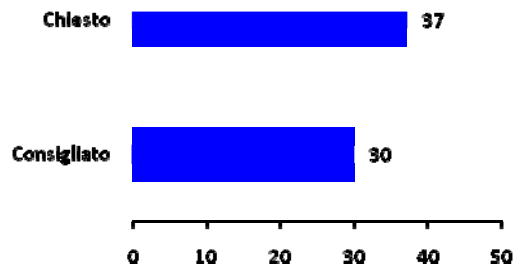
% di persone sedentarie
Pool PASSI 2008



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

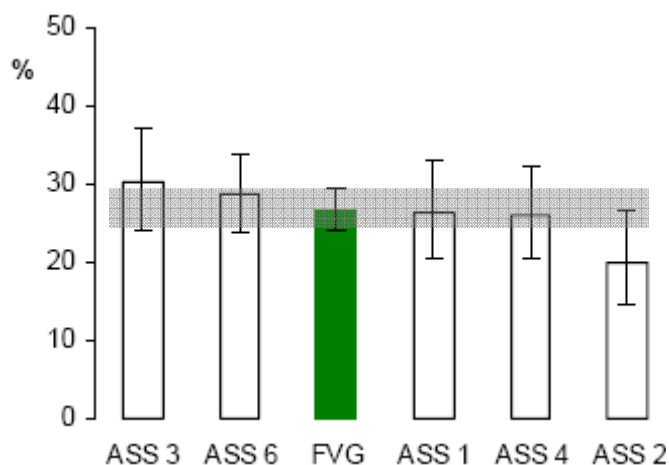
- In Alto Friuli solo il 37% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 30% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
A.S.S. n.3 – Alto Friuli - PASSI 2008
(n=276)

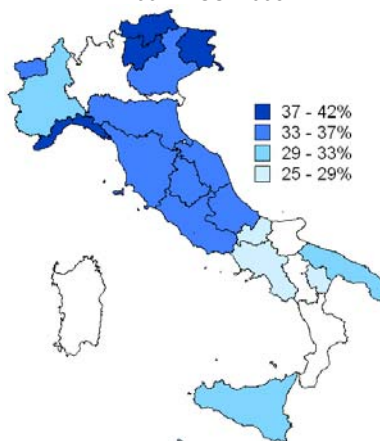


- Nelle ASS regionali la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 20% di Gorizia al 30% dell'Alto Friuli.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 31%, con un evidente gradiente territoriale.

% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Regione FVG - PASSI 2008



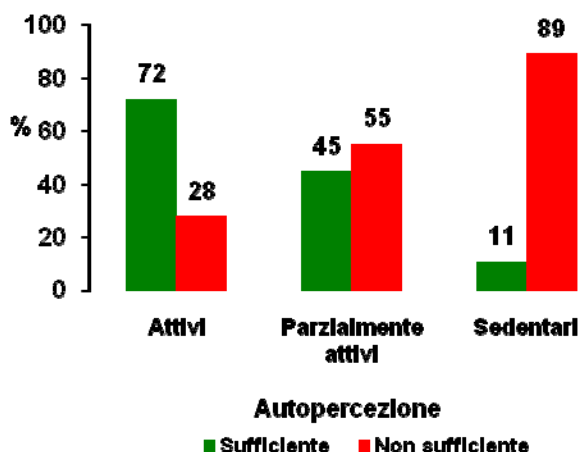
% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Pool PASSI 2008



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

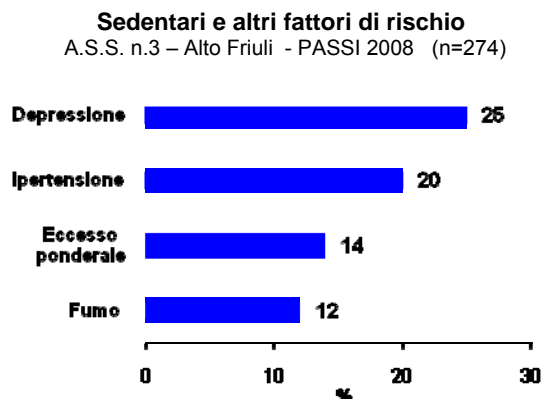
- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 28% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 45% delle persone parzialmente attive ed il 11% 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 e livello di attività fisica praticata
A.S.S. n.3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)



Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 25% delle persone depresse
 - il 20% degli ipertesi
 - il 14% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 12% dei fumatori



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli l'attività fisica è praticata in modo non ancora sufficiente e molti miglioramenti sono possibili, in particolare nelle persone sopra ai 50 anni. Si stima infatti che meno di una persona adulta su due (42%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 14% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: addirittura un sedentario su dieci 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, ipertesi, obesi o in sovrappeso.).

L'attenzione ed il consiglio dell'operatore sanitario possono essere esercitati con maggiore frequenza.

La Regione Friuli Venezia Giulia con il "Patto per la Prevenzione dell'Obesità" ha promosso la pratica dell'attività fisica/motoria con azioni sia sui determinanti ambientali sia sui comportamenti individuali.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1

- US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14). Washington, DC Government Printing Office 2000.

<http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume1>

- U.S. Department of health and human service "Physical activity guideline for Americans", 2008
<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- CDC "Guide to Community Preventive Service Physical activity"

<http://www.thecommunityguide.org/pa/>

- WHO "Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities", 2006
<http://www.euro.who.int/Document/E90144.pdf>
- World Health Organization; Regional Office for Europe. Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.

<http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Regione Friuli Venezia Giulia "Patto per la Prevenzione dell'obesità" – Generalità n.3093 del 7.12.2007

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

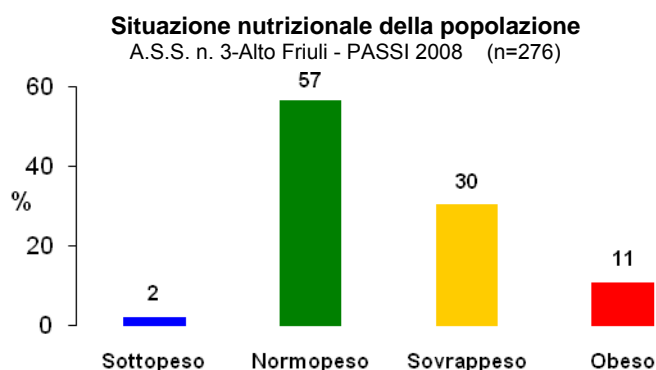
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato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

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Alto Friuli il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 30% sovrappeso e l'11% obeso.
- Complessivamente si stima che il 41% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



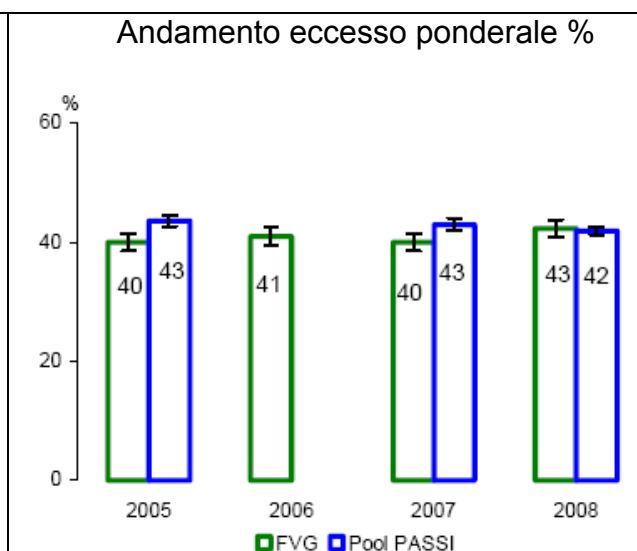
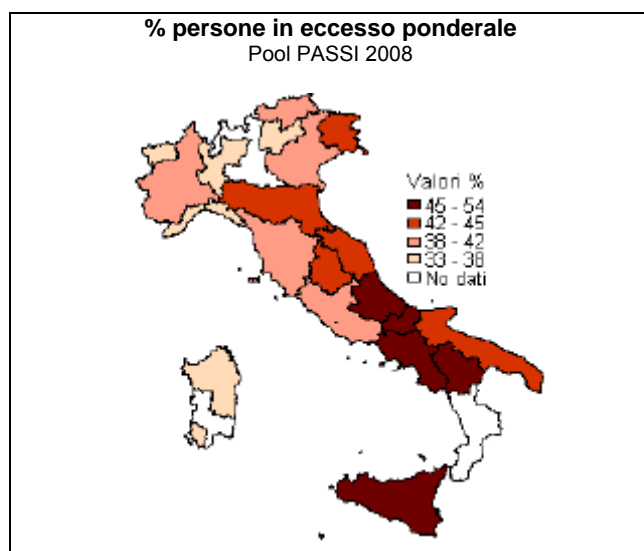
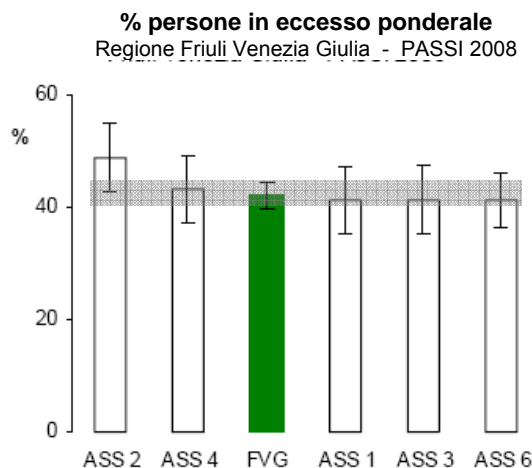
Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

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

Popolazione con eccesso ponderale
A.S.S. n. 3-Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)

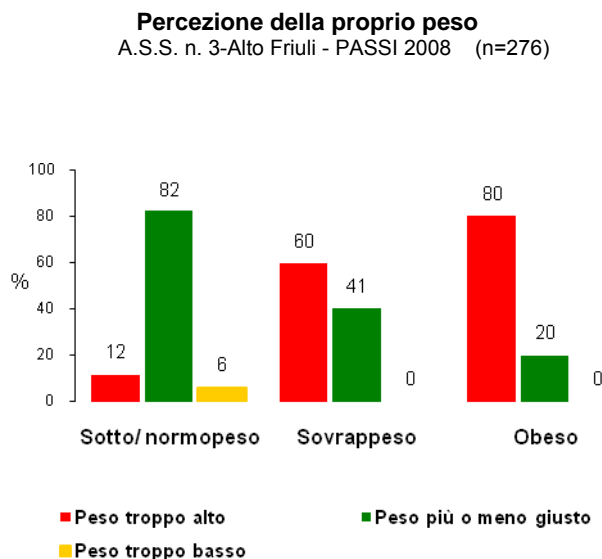
Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Totale	30,4	25,1-36,2	10,9	7,5-15,2
Classi di età				
18 - 34	20,3		1,4	
35 - 49	29,2		5,6	
50 - 69	37,3		20,3	
Sesso				
uomini	37,6		10,6	
donne	23		11,1	
Istruzione				
nessuna/elementare	38		28	
media inferiore	37,6		9,7	
media superiore	23,7		6,1	
laurea	15,8		0	
Difficoltà economiche				
molte	42,3		0	
qualche	24,5		12,2	
nessuna	58,3		60	

- Nelle ASS della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 11% obesi), nel Nord-Est Italia il 40% (30% in sovrappeso e 10% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso è un aspetto importante da considerare poichè condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: In Alto Friuli si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (80%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 41% ritiene il proprio peso giusto.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso 79% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'86% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 16% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 55% degli uomini.



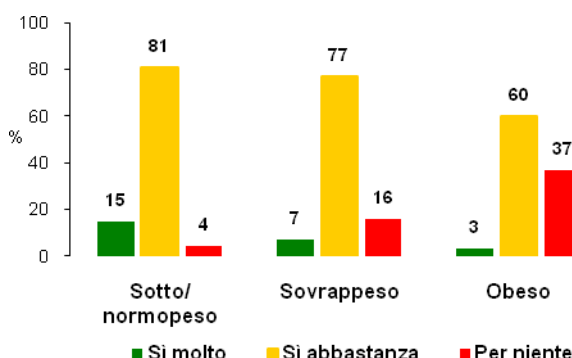
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?

A.S.S. n. 3-Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)

- In Alto Friuli l'89% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:

- il 96% dei soggetti sottopeso/normopeso
- l'84% dei sovrappeso
- il 63% degli obesi.

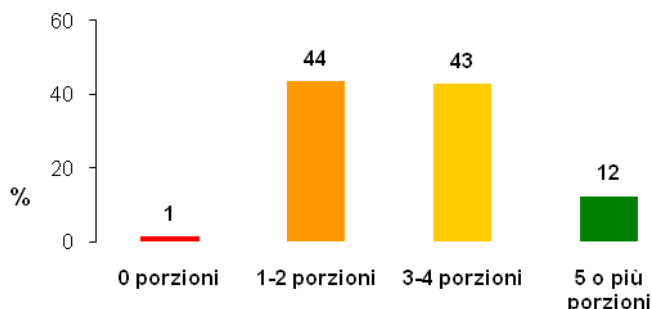


Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno

A.S.S. n. 3-Alto Friuli - PASSI 2008 (n276)

- In Alto Friuli il 99% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Il 43% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'12% le 5 porzioni raccomandate.



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni
 - nelle donne (15%)
 - nelle persone obese (20%).
 - nei soggetti difficoltà economiche.

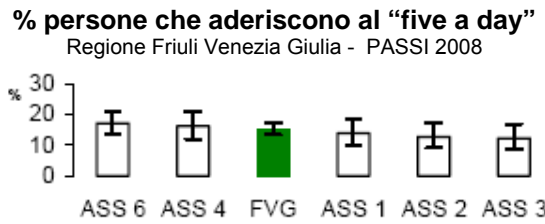
Consumo di frutta e verdura

A.S.S. n. 3-Alto Friuli - PASSI 2008 (n276)

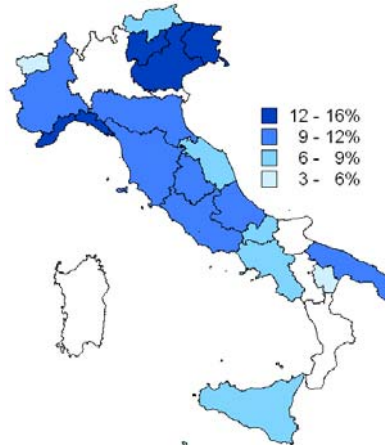
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" ^o % (IC95%)
Totale	12,3
Classi di età	8,7-16,8
18 - 34	8,7
35 - 49	10,1
50 - 69	16,1
Sesso	9,9-14,8
uomini	9,9
donne	14,8
Istruzione	16-21,1
nessuna/elementare	16
media inferiore	11,8
media superiore	9,6
laurea	21,1
Difficoltà economiche	3,8-17,2
molte	3,8
qualche	7,1
nessuna	17,2
Stato nutrizionale	11,1-20
sotto/normopeso	11,1
sovrappeso	11,9
obeso	20

^o Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

- Nelle ASS della Regione non sono emerse differenze significative nella percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day”
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “five a day” il 10% del campione (13% nel Nord-Est Italia).

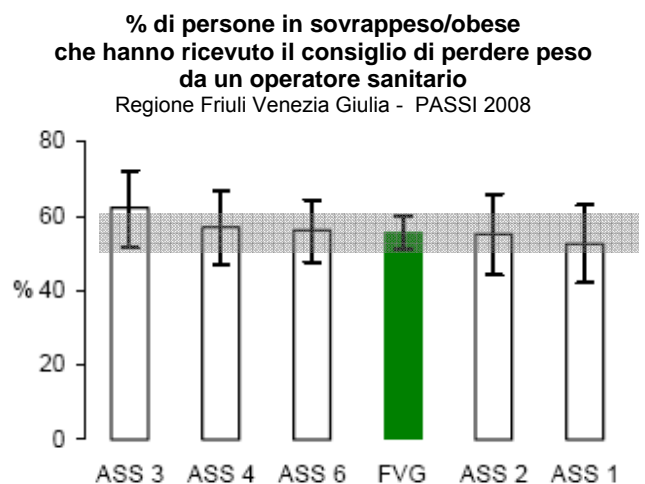


% persone che aderiscono al “five a day”
 Pool PASSI 2008

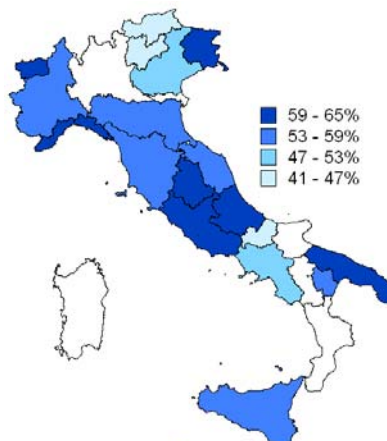


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Alto Friuli il 62% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 56% delle persone in sovrappeso e l’77% delle persone obese.
- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio non varia in maniera significativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 48% delle persone in sovrappeso e l’81% delle persone obese); nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 55%, 45% e 82%.

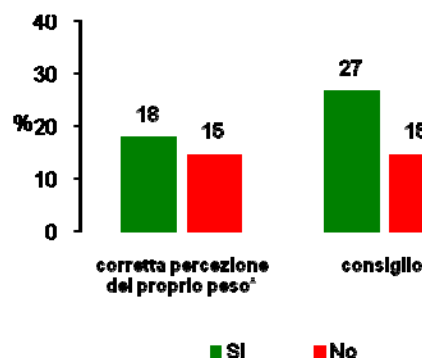


% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Pool PASSI 2008



- In Alto Friuli il 18% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (17% nei sovrappeso e 23% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
 - Nei maschi (21% vs 15% nelle femmine)
 - negli obesi (23% vs 17% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso “troppo alto” (18%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “giusto” (15%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (27% vs 15%).

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
A.S.S. n. 3-Alto Friuli - PASSI 2008 (n=84)



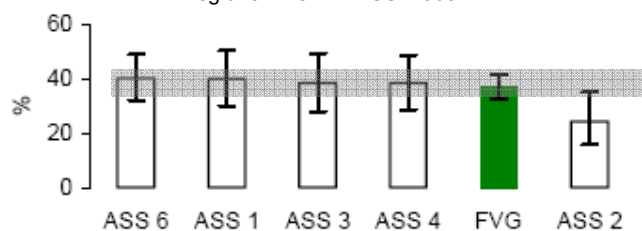
* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=84)

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

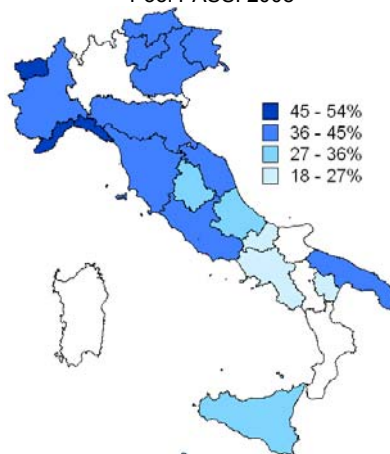
- In Alto Friuli il 15% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (11% nei sovrappeso e 27% negli obesi). Il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso e il 40% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, l'85% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 81% di chi non l'ha ricevuto.

- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 24% di Gorizia (valore significativamente più basso rispetto la media regionale) al 40% di Pordenone e Trieste.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi; nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 39%, 35% e 48%.

% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Regione FVG - PASSI 2008



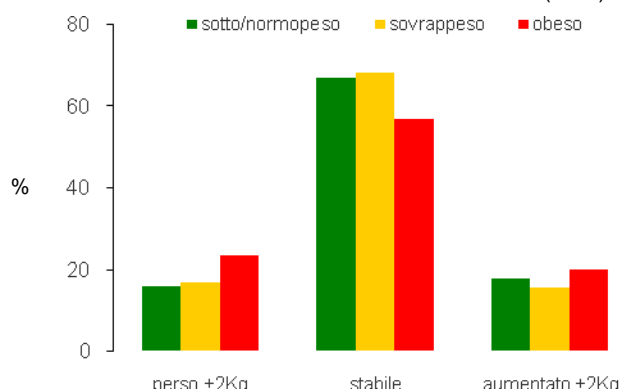
% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Pool PASSI 2008



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Alto Friuli il 17% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno appare più elevata:
 - nella fascia 18-34 anni (21% vs 19% 35-49 anni e 14% 50-69 anni)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (20% obesi e il 16% sovrappeso vs 17% normopeso).
 - nelle donne (23%) vs. maschi (11%).

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
A.S.S. n. 3-Alto Friuli - PASSI 2008 (n274)



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 Alto Friuli quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

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

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 18% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (85%).

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

Le ASS, insieme ai rappresentanti delle comunità possono individuare obiettivi di salute specifici perché esistono grandi margini di miglioramento per:

- promuovere la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale, favorendo il movimento e una dieta sana
- aumentare la disponibilità, l'accessibilità e il consumo di frutta e verdura - aumentare l'attenzione specifica ed i consigli di medici e operatori sanitari.

La Regione Friuli Venezia Giulia con il "Patto per la Prevenzione dell'Obesità" ha individuato gli indirizzi per i progetti di promozione dell'attività fisica/motoria e di corretta alimentazione.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1

- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1

- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili

http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf

- WHO European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010

<http://www.euro.who.int/document/E91153>.

- CDC Fruit and vegetable benefits : <http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html#>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Regione Friuli Venezia Giulia "Patto per la Prevenzione dell'obesità" – Generalità n.3093 del 7.12.2007

Consumo di alcol

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

Nel presente rapporto vengono considerati comportamenti a rischio tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e il binge drinking, ossia il consumo almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione).

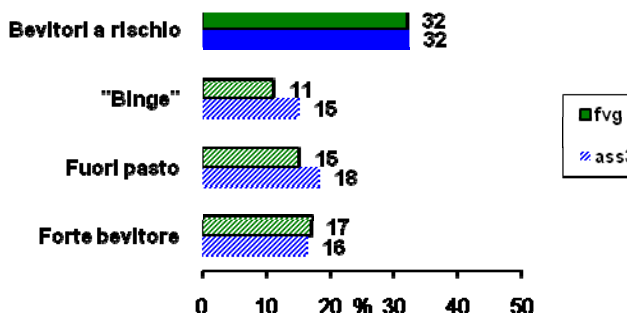
La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità (in passato 3 e 2 unità rispettivamente).

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

Quanti sono bevitori a rischio?

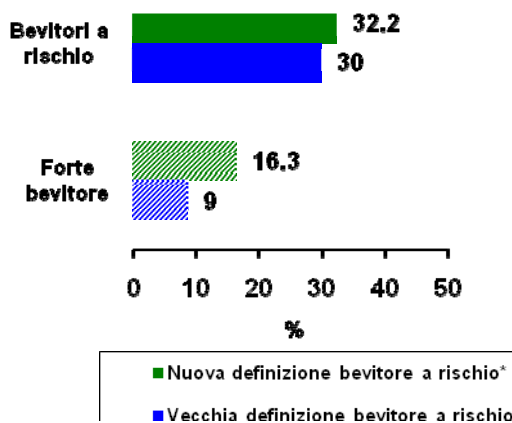
- In Alto Friuli la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 65%. (in regione 74%, pool PASSI 59%)
- Complessivamente il 32% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
 - Il 15% può essere considerato un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
 - il 18% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto (in calo rispetto al 2006: 24,4% e al 2007: 19,1%).
 - il 16% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di bevitori a rischio è del 32%, mentre quella di forte bevitore è del 16%.

Bevitori a rischio* per categorie
A.S.S.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)

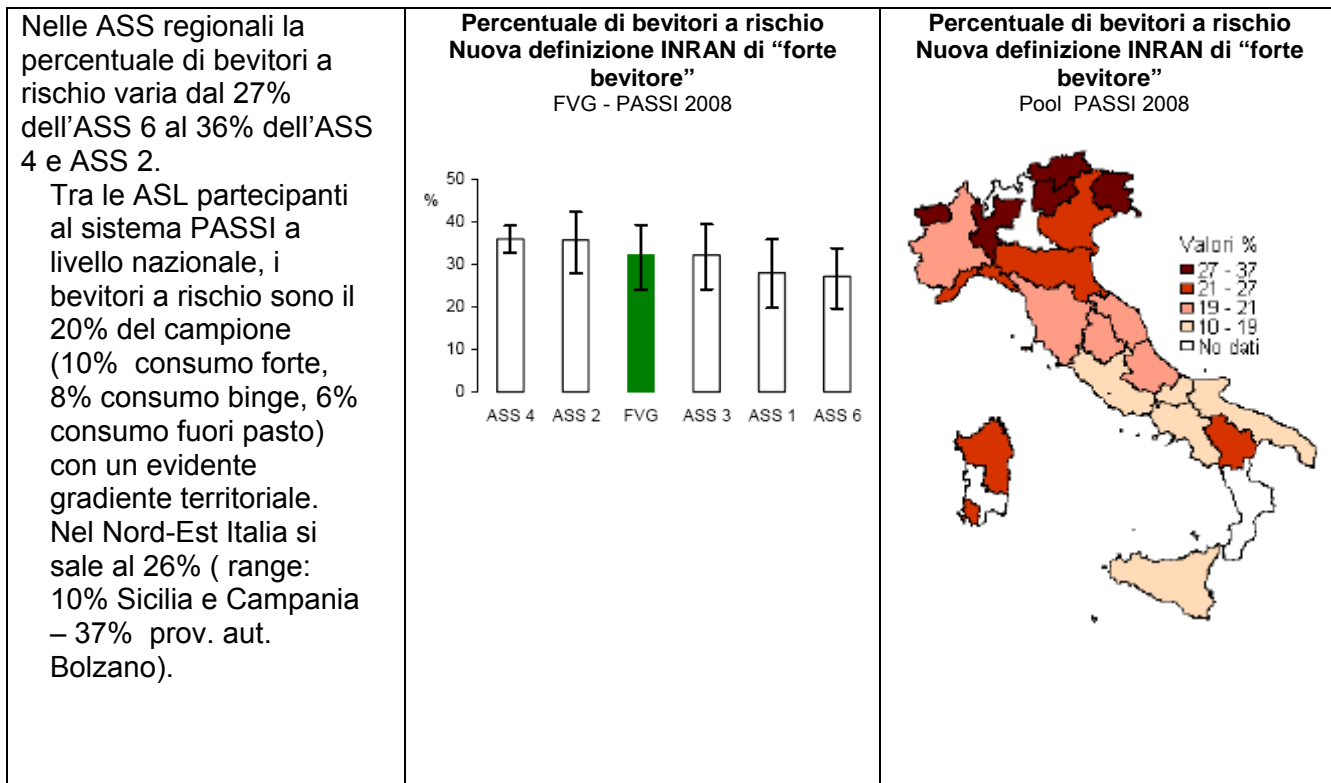


Bevitori a rischio* e forti bevitori
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"

A.S.S.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)



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



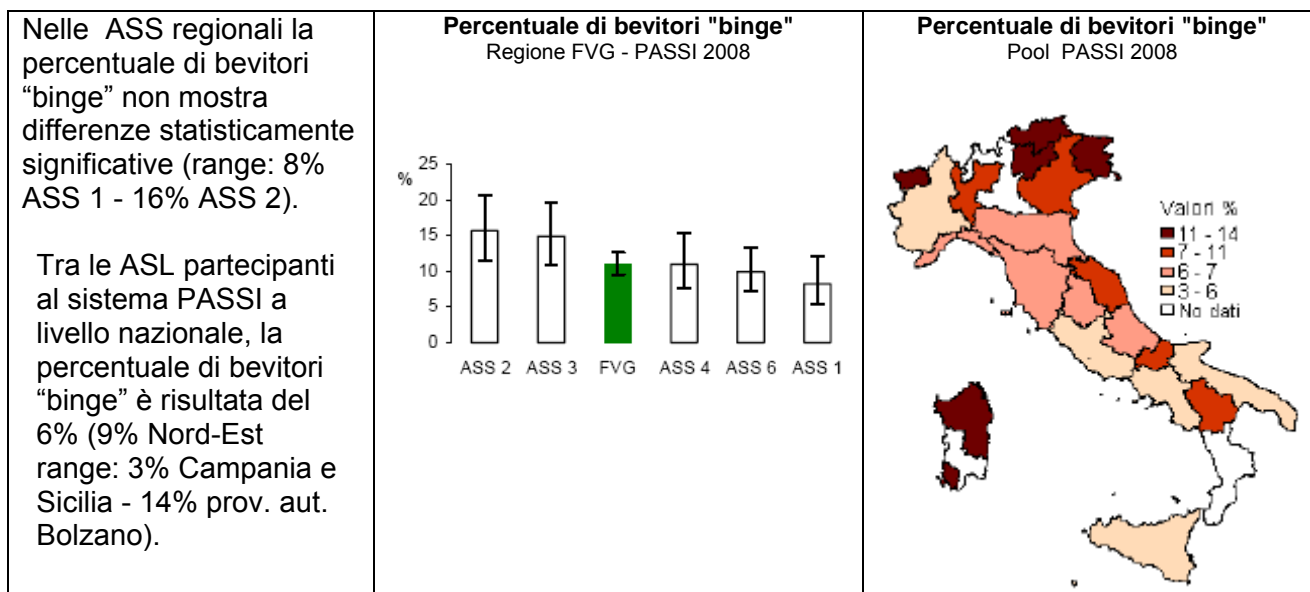
Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 15% degli intervistati e risulta più diffuso: tra i più giovani e negli uomini. Non si rilevano differenze significative riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

Consumo “binge”^o (ultimo mese) A.S.S.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)	
Caratteristiche	bevitori “binge”^o %
Totale	14,9 (IC95%) 10,9-19,6
Classi di età	
18 - 24	22,2
25 - 34	20
35 - 49	15,7
50 - 69	11
Sesso	
uomini	24,8
donne	<u>4,4</u>
Istruzione	
nessuna/elementare	16
media inferiore	11,8
media superiore	16,7
laurea	15,8
Difficoltà economiche	
molte	11,5
qualche	13,3
nessuna	16,6

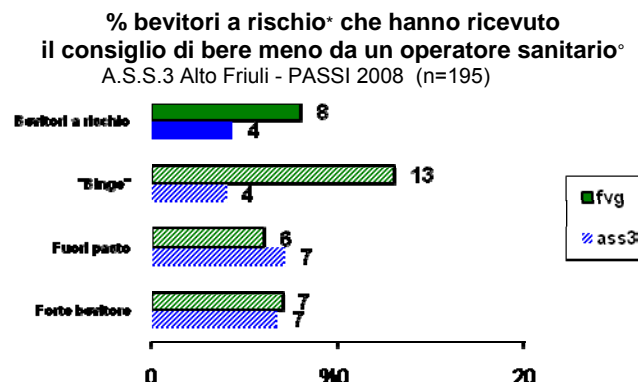
^oconsumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini).

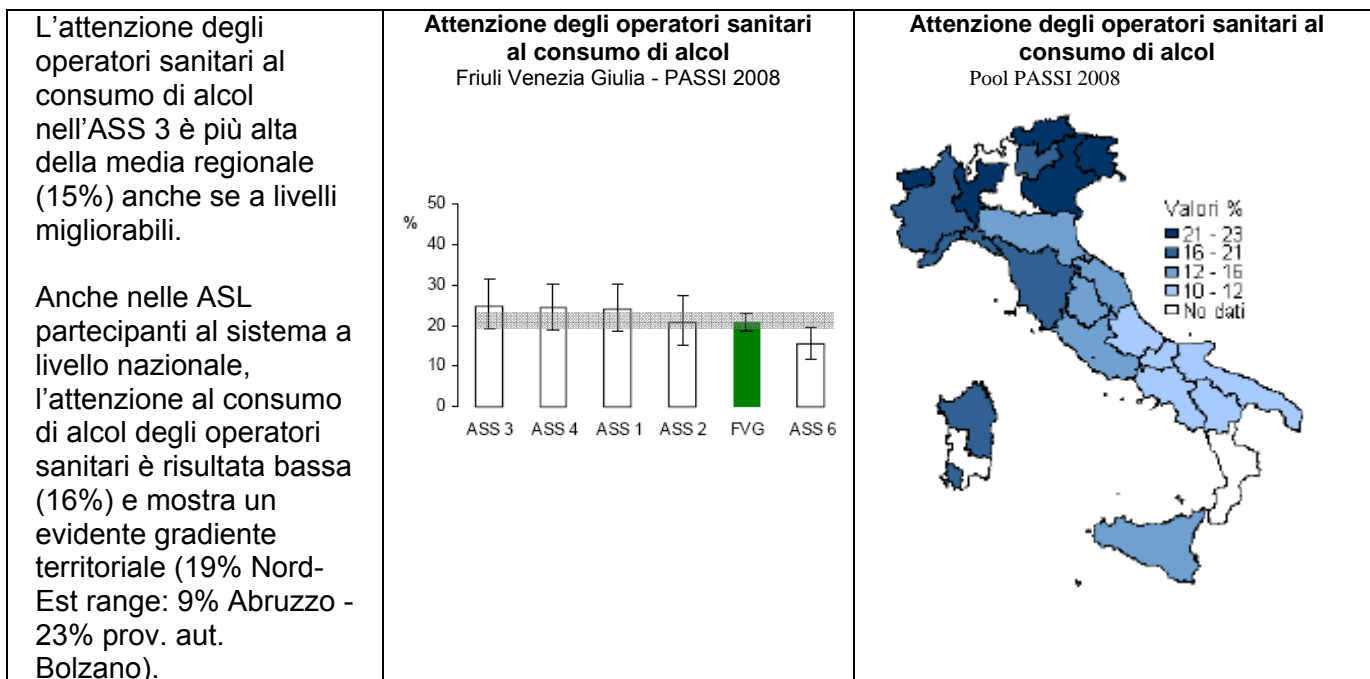


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In Alto Friuli solo il 25% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Solo il 3% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 4%.



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)
° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli, così come in Friuli Venezia Giulia, si stima che circa un terzo della popolazione di 18-69 anni abbia abitudini di consumo di alcolici che possono essere definite a rischio per quantità o modalità di assunzione.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

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

Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO, Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009
<http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>
- WHO, Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090918_2
- European Commission "Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm", 2006
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- European Commission "Alcohol in Europe. A public health perspective", 2006
http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Ministero della salute "Piano nazionale alcol 2007-2009", 2007
<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf>
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione Linee guida per il consumo di alcol
http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/approfondimenti/approfondimenti/alcol.pdf- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

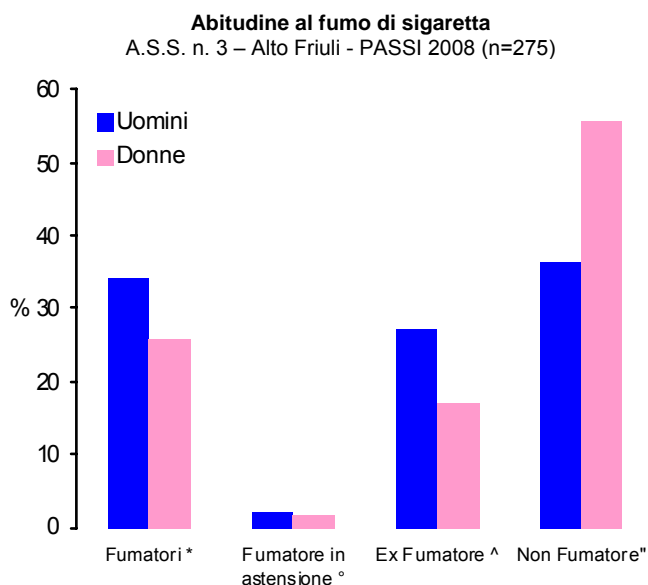
L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano.

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

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- In Alto Friuli rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in :
 - il 46% degli intervistati ha riferito di non fumare
 - il 30% di essere fumatore
 - il 22% di essere un ex fumatore.
 Il 2% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (35% versus 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (56% versus 36%).



* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

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

" *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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

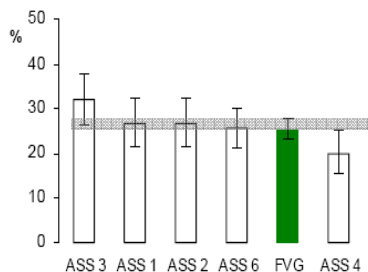
- In Alto Friuli si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto ai 50 anni (soprattutto nella fascia 18-24 anni)
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno; tra questi, il 2,5% fuma oltre 20 sigarette al dì (“forte fumatore”).

Fumatori		
A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=275)		
Caratteristiche	Fumatori° % (IC95%)	
Totale	32	26,5-37,9
Classi di età		
18 - 24	<u>44,4</u>	
25 - 34	<u>53,5</u>	
35 - 49	28,2	
50 - 69	22,9	
Sesso		
uomini	36,4	
donne	27,4	
Istruzione		
nessuna/elementare	26	
media inferiore	39,1	
media superiore	31,6	
laurea	15,8	
Difficoltà economiche		
molte	46,2	
qualcuna	35,1	
nessuna	27,8	

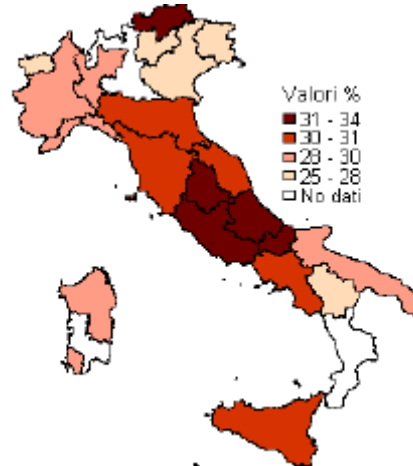
°Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi anche i fumatori in astensione)

- Tra le ASL regionali non emergono differenze significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori (range: 20% ASS 4 - 32% ASS 3)
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 30% del campione (28% Nord-Est range: 25% prov. aut. Trento - 34% Lazio)

% di fumatori
Regione FVG - PASSI 2008



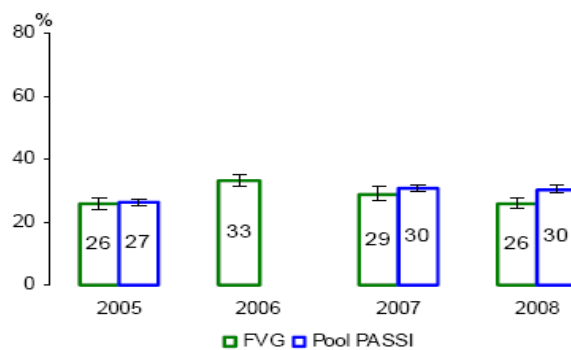
% di fumatori
Pool PASSI 2008



Il grafico a destra mostra l'andamento relativo ai fumatori rilevato dagli studi PASSI sperimentali 2005 e 2006 (per questo ultimo anno il dato è disponibile solo a livello regionale) e dal sistema di sorveglianza nel 2007 e 2008.

Fumatori (%)
anni 2005-2008

Friuli Venezia Giulia e Pool PASSI

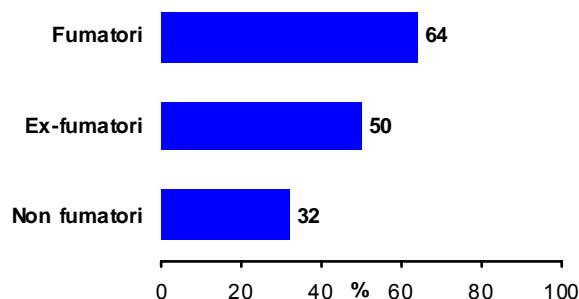


A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- In Alto Friuli circa il 46% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
 - il 64% dei fumatori
 - il 50% degli ex fumatori
 - il 32% dei non fumatori.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo

A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=212)*

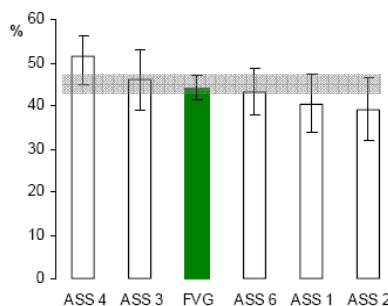


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

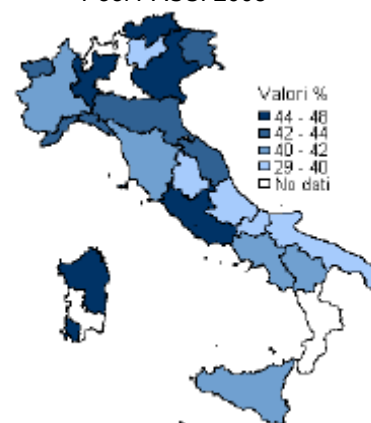
- Tra le ASS regionali il range varia dal 39% dell'ASS 2 al 52% ASS 4

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (44% Nord-Est range: 29% Molise - 48% Lombardia)

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo Regione FVG - PASSI 2008



% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo Pool PASSI 2008

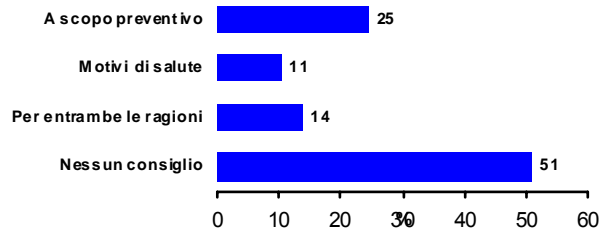


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

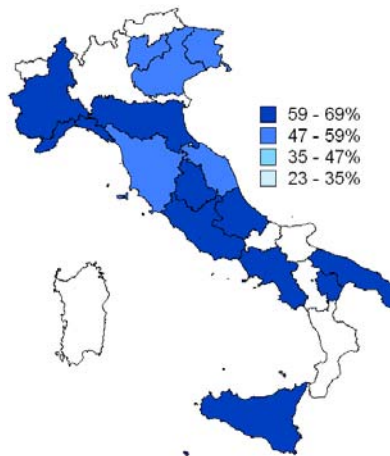
- In Alto Friuli tra i fumatori, il 49% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (25%).

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

A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n=57)*

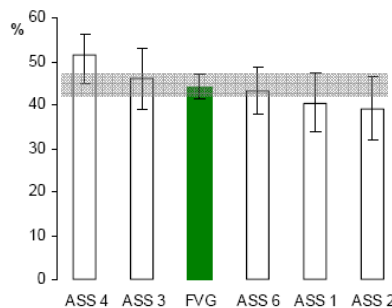


* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

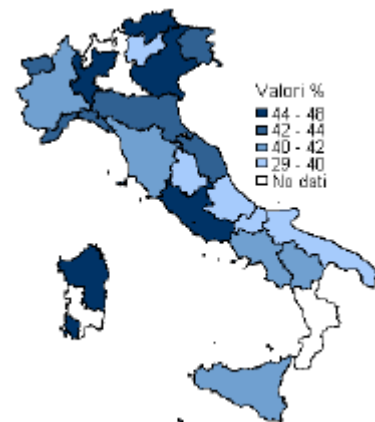


- Nelle ASS regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 39% dell'ASS 2 al 52% ASS 4)
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (44% Nord-Est range: 29% Molise - 48% Lombardia)

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare Regione FVG - PASSI 2008

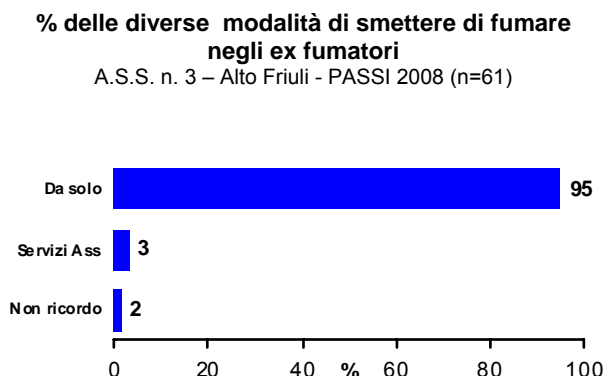


% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare Pool PASSI 2008



Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori, ben il 95% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; solo il 3% ha riferito di aver fruito di servizi dell'ASS.
- I valori rilevati sono in linea col dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale: il 96% degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.
- Fra i fumatori, il 34% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (37% a livello nazionale).



Conclusioni

Nell'ASS 3 "Alto Friuli" si stima che circa una persona su tre sia un fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nella fascia 18-34anni.

Circa metà dei fumatori hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

Quasi tutti gli ex fumatori hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto e corsi dell'ASS.

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 ASS regionali; le Aziende possono svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli sono efficaci nell'indurre un cambiamento. Gli interventi di prevenzione nei confronti del fumo sono stati individuati tra le priorità nelle "Linee di indirizzo della Regione Friuli Venezia Giulia sul tabagismo (2009-2011)".

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1

- WHO "Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package", 2008

http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

- ISS "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo", 2008

www.ossfad.iss.it

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Regione Friuli Venezia Giulia "Linee di indirizzo della Regione Friuli Venezia Giulia sul tabagismo (2009-2011)". DGR n.2920 del 30.12.2008

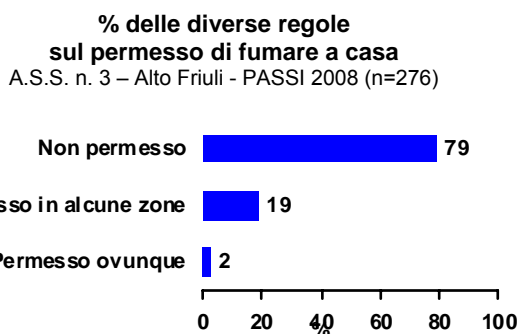
Fumo passivo

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

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

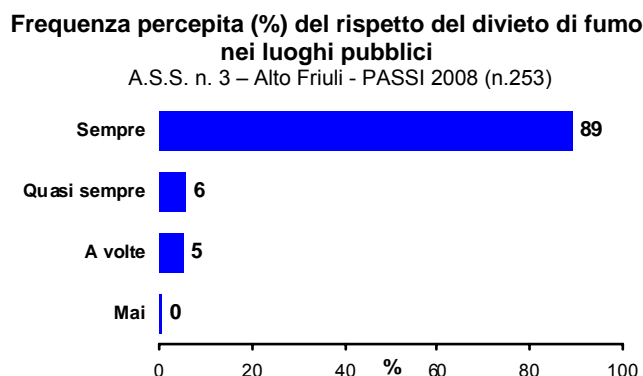
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- *Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:*
 - il 79% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
 - il 19% che si fuma in certe stanze della casa o in ore particolari
 - il 2% che si fuma ovunque.



La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- *Il 95% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (89%) o quasi sempre (6%).*
- *Il 5% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (0,4%) o lo è raramente (5,1%).*



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

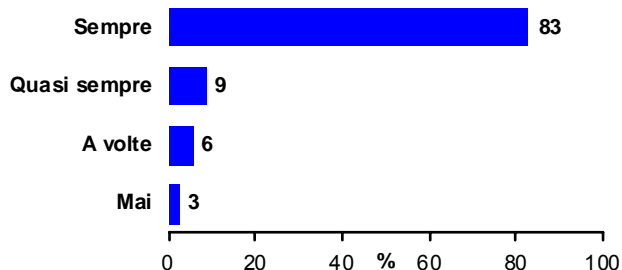
<p>Nelle ASS regionali, non ci sono differenze statisticamente significative (range 91% ASS 6 - 96% ASS 2). Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi con un evidente gradiente territoriale (93% Nord-Est range: 75% Campania - 95% prov.aut. Trento).</p>	<p>% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici Regione - PASSI 2008</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Regione</th> <th>Percentuale (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASS 2</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>ASS 4</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>ASS 3</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>FVG</td> <td>93</td> </tr> <tr> <td>ASS 1</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>ASS 6</td> <td>91</td> </tr> </tbody> </table>	Regione	Percentuale (%)	ASS 2	91	ASS 4	91	ASS 3	91	FVG	93	ASS 1	91	ASS 6	91	<p>% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici Pool PASSI 2008</p> <p>Valori % ■ 93 - 95 ■ 90 - 93 ■ 85 - 90 ■ 75 - 85 □ No dati</p>
Regione	Percentuale (%)															
ASS 2	91															
ASS 4	91															
ASS 3	91															
FVG	93															
ASS 1	91															
ASS 6	91															

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 92% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (83%) o quasi sempre (9%).
- L'8% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è raramente (6%).

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

A.S.S. n. 3 – Alto Friuli - PASSI 2008 (n.162)



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

<ul style="list-style-type: none"> Nelle ASL regionali, non sono emerse differenze statisticamente significative (range 87% ASS 1 - 93% ASS 2). Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre nell'87% dei casi con un evidente gradiente territoriale (91% Nord-Est range: 79% Molise - 94% prov. aut. Bolzano). 	<p>% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro Regione FVG - PASSI 2008</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ASS</th> <th>Percentuale (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASS 2</td> <td>~91</td> </tr> <tr> <td>ASS 4</td> <td>~91</td> </tr> <tr> <td>ASS 3</td> <td>~91</td> </tr> <tr> <td>FVG</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>ASS 6</td> <td>~87</td> </tr> <tr> <td>ASS 1</td> <td>~87</td> </tr> </tbody> </table>	ASS	Percentuale (%)	ASS 2	~91	ASS 4	~91	ASS 3	~91	FVG	87	ASS 6	~87	ASS 1	~87	<p>% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro Pool PASSI 2008</p> <p>Valori %</p> <ul style="list-style-type: none"> 90 - 94 87 - 90 83 - 87 79 - 83 No dati
ASS	Percentuale (%)															
ASS 2	~91															
ASS 4	~91															
ASS 3	~91															
FVG	87															
ASS 6	~87															
ASS 1	~87															

Conclusioni e raccomandazioni

La Legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per “fare salute”: Le stesse strutture sanitarie devono per prime assicurare la qualità dell’aria che si respira nei loro edifici. Campagne promozionali mirate possono contribuire a rinforzare il messaggio di ridurre la quota di case in cui è possibile fumare e quindi esporre gli altri, in particolare i bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.

Bibliografia

- LIBRO VERDE Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_it.pdf

- Legge 3 del 16 gennaio 2003 “Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione” art. 51

“Tutela della salute dei non fumatori”.

- Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute.

http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_649_allegato.pdf

rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia nonché quelli riguardanti l'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Alto Friuli l'89% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il restante 2% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle persone con livello istruzione molto basso

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni		
Azienda Servizi Sanitari n. 3 –Alto Friuli PASSI 2008 (n= 276)		
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
Totale	89,1	<i>84,8-92,5</i>
Classi di età		
18 - 34	82,6	
35 - 49	86,5	
50 - 69	94,9	
Sesso		
uomini	86,5	
donne	91,9	
Istruzione		
nessuna/elementare	92	
media	88,2	
superiore	89,5	
laurea	84,2	
Difficoltà economiche		
molte	92,3	
qualche	90,8	
nessuna	87,4	

Quante persone sono ipertese?

- In Alto Friuli il 23% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione. Tale percentuale è superiore a quanto rilevato nel 2006: **20,4%** e nel 2007: **21,9%**.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta significativamente più diffusa:
 - al crescere dell'età (44% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nelle persone con eccesso ponderale.

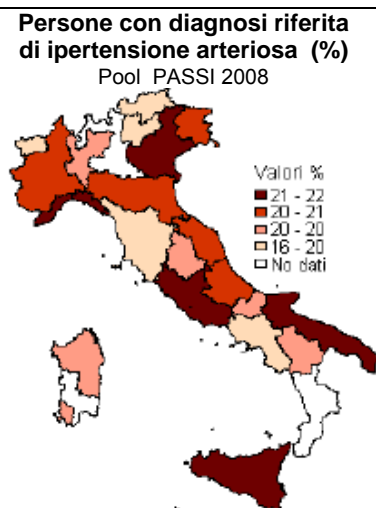
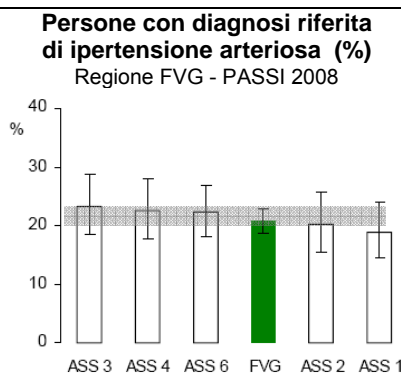
Persone con diagnosi riferita di ipertensione*
Azienda Servizi Sanitari n. 3 –Alto Friuli PASSI 2008 (n.271)

Caratteristiche	Ipertesi	
	% (IC95%)	
Totale	23,2	18,4-28,7
Classi di età		
18 - 34	4,5	
35 - 49	10,2	
50 - 69	<u>44</u>	
Sesso		
uomini	21	
donne	25,6	
Istruzione		
nessuna/elementare	61,2	
media inferiore	<u>20,4</u>	
media superiore	<u>11,8</u>	
laurea	<u>5,3</u>	
Difficoltà economiche		
molte	32	
qualcuna	20,6	
nessuna	23,6	
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	11,3	
sovrappeso/obeso	<u>40,2</u>	

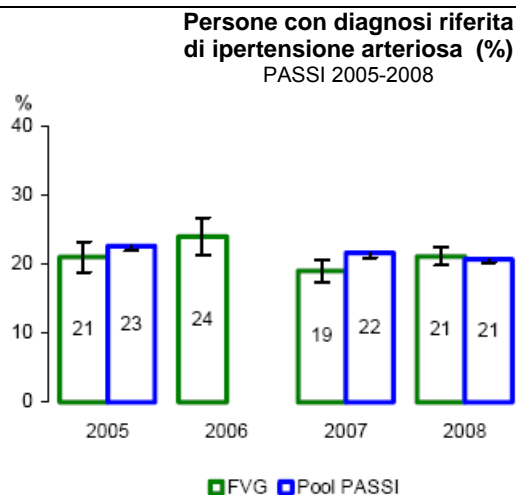
* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 50-69 anni rispetto a quelle di 18-34 anni)

- Tra le ASS regionali, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 19% di Trieste al 23% dell'alto Friuli.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21% (21% Nord-Est range: 16% prov. aut. Bolzano - 22% Veneto)



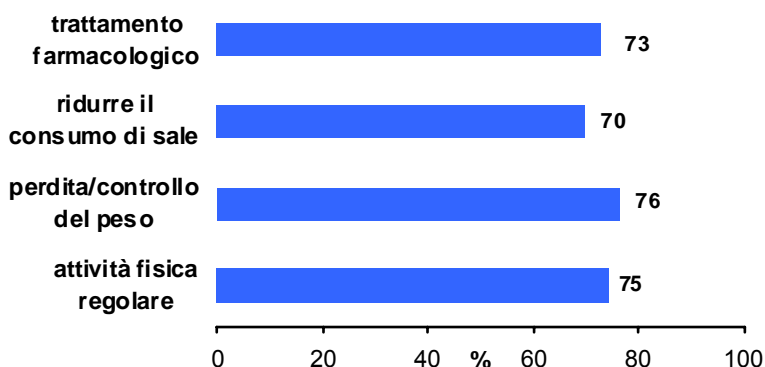
Il grafico a destra mostra l'andamento relativo alla percentuale di persone con diagnosi riferita di ipertensione rilevata dagli studi PASSI sperimentali 2005 e 2006 (per questo ultimo anno il dato è disponibile solo a livello regionale) e dal sistema di sorveglianza nel 2007 e 2008



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

- In Alto Friuli il 73 % 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 (73%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (76%)
 - svolgere regolare attività fisica (75%).

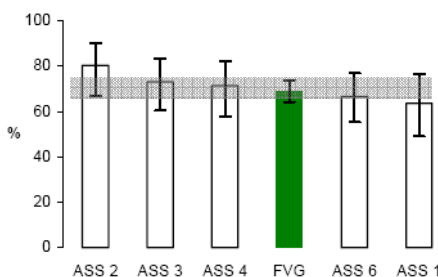
Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
Azienda Servizi Sanitari n. 3 –Alto Friuli PASSI 2008 (n.63))



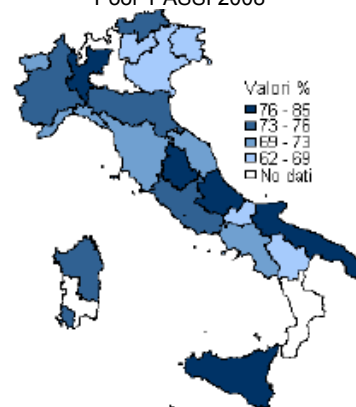
* ogni variabile considerata indipendentemente

Tra le ASS regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci. Range: 64% dell'ASS 2 e l'80% dell'ASS 1. Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 73% (70% Nord-Est range: 62% Basilicata - 85% Umbria).

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Regione FVG - PASSI 2008



Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Pool PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che In Alto Friuli, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a due persona su cinque 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).

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

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

Colesterolo

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio accresce il rischio cardiovascolare.

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 miocardico.

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?

- In Alto Friuli l'81% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 59 % nel corso dell'ultimo anno
 - il 13 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 10 % da oltre 2 anni.

Il 18 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente con il crescere dell'età

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n= 276)

Caratteristiche	Colesterolo misurato % (IC95%)	
Totale	81,5	74,6-85,9
Classi di età		
18 - 34	69,6	
35 - 49	84,3	
50 - 69	<u>86,4</u>	
Sesso		
uomini	83,7	
donne	79,3	
Istruzione		
nessuna/elementare	76	
media	80,6	
superiore	84,2	
laurea	84,2	
Difficoltà economiche		
molte	88,5	
qualche	78,6	
nessuna	82,1	

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Ipercolesterolemia riferita*

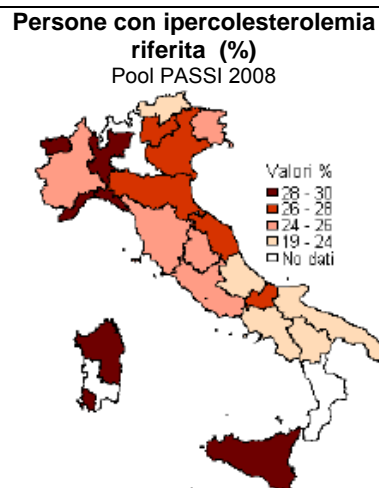
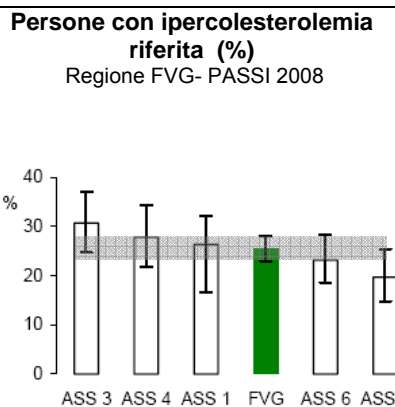
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n= 225) *

- In Alto Friuli il 31% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. (nelle rilevazioni Passi degli anni precedenti risultava:
 - anno 2006: 27,7%
 - anno 2007: 27,9%
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone con basso livello di istruzione.

Caratteristiche	Ipercolesterolemia %
Totale	30,7 (IC95%) 24,7-37,1
Classi di età	
18 - 34	10,4
35 - 49	<u>29,3</u>
50 - 69	<u>41,2</u>
Sesso	
uomini	31,4
donne	29,9
Istruzione	
nessuna/element.	50
media	26,7
superiore	<u>26</u>
laurea	31,3
Difficoltà economiche	
molte	30,4
qualche	26
nessuna	33,1
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	20,5
sovrappeso/obeso	<u>42,7</u>

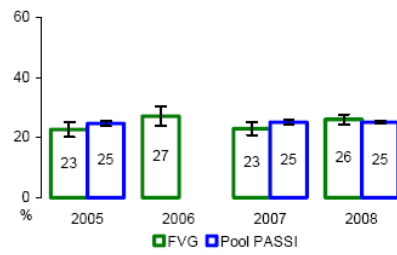
* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo
La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. persone di 50-69 anni rispetto a quelle di 18-34 anni)

Tra le ASS regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue anche per la limitata numerosità. Range:20%ASS2 – 31%ASS3.
Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25% (28% Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale



Il grafico a destra mostra l'andamento relativo alla percentuale di persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia rilevato dagli studi PASSI sperimentali 2005 e 2006 (per questo ultimo anno il dato è disponibile solo a livello regionale) e dal sistema di sorveglianza nel 2007 e 2008.

Ipercolesterolemia riferita (%)
PASSI 2005 - 2008

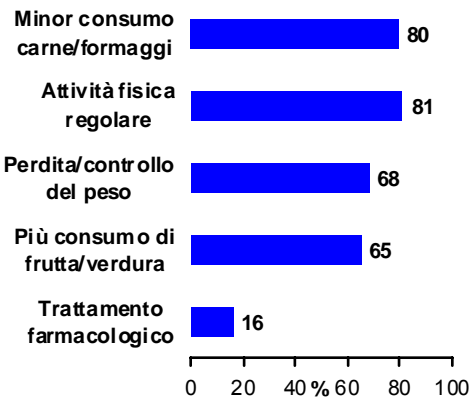


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In Alto Friuli il 16 % 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 adottare cambiamenti nello stile di vita.

Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*

A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n= 69)

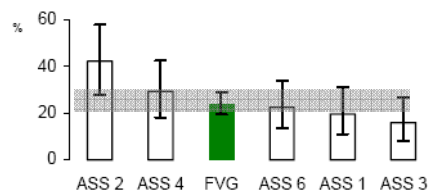


* ogni variabile considerata indipendentemente

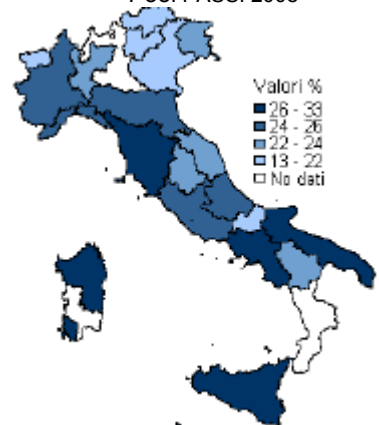
Tra le ASL regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, anche per la ridotta numerosità campionaria (range: 16% ASS3 - 42% ASS2).

Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 26% (23% Nord-Est range: 13% prov. aut. Bolzano - 33% Sicilia e Sardegna).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Regione FVG - PASSI 2008



Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)
Pool PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che In Alto Friuli, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su tre abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre il 40% 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 cinque non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

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

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 60 e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

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?

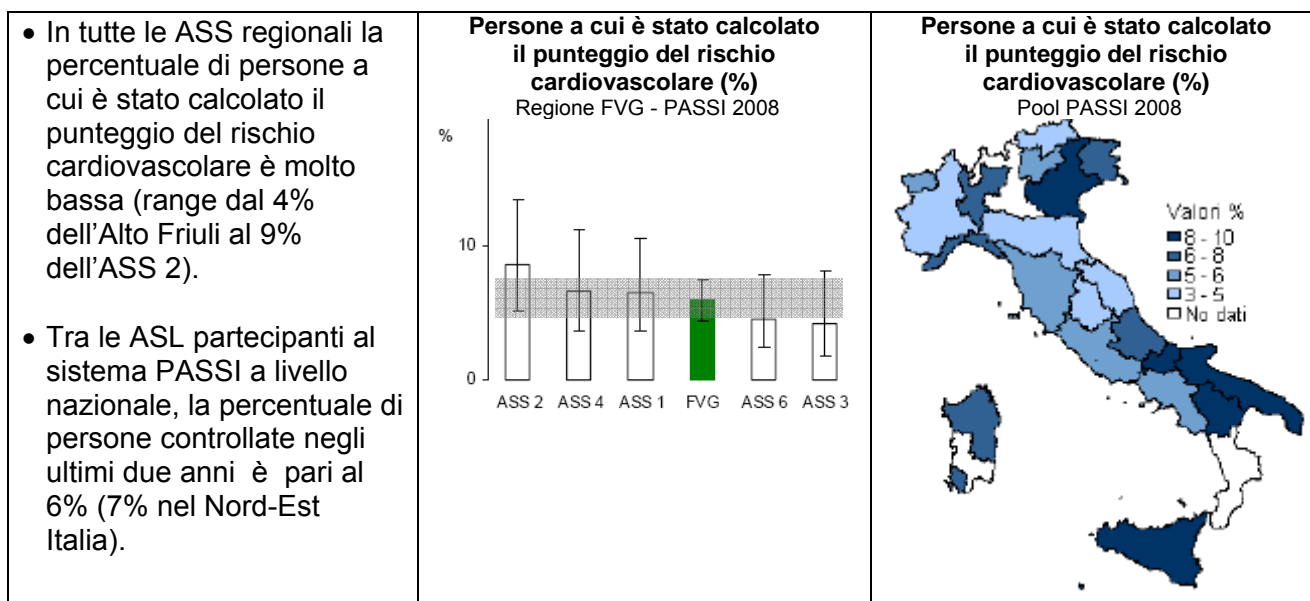
- In Alto Friuli solo il 5% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi nelle classi d'età più elevate.

**Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari)
a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**
ASS 3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n= 190)

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato %
Totale	4,2 (IC95%) 1,8 – 8,1
Classi di età	
35 - 39	0
40 - 49	0
50 - 59	<u>9,6</u>
60 - 69	6
Sesso	
uomini	3,1
donne	5,4
Istruzione	
bassa	3,4
alta	5,5
Difficoltà economiche	
sì	2,4
no	5,7
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare°	
sì	3,6
no	5,8

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



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.

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

Rischio cardiovascolare

- WHO "Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk", 2007
- European Community "European cardiovascular disease statistics 2008"
<http://www.ehnheart.org/content/sectionintro.asp?level0=1457>
- European Heart Network-EHN <http://www.ehnheart.org/content/default.asp>
- CCM "Progetto cuore" <http://www.cuore.iss.it/>

sicurezza

sicurezza stradale
infortuni domestici

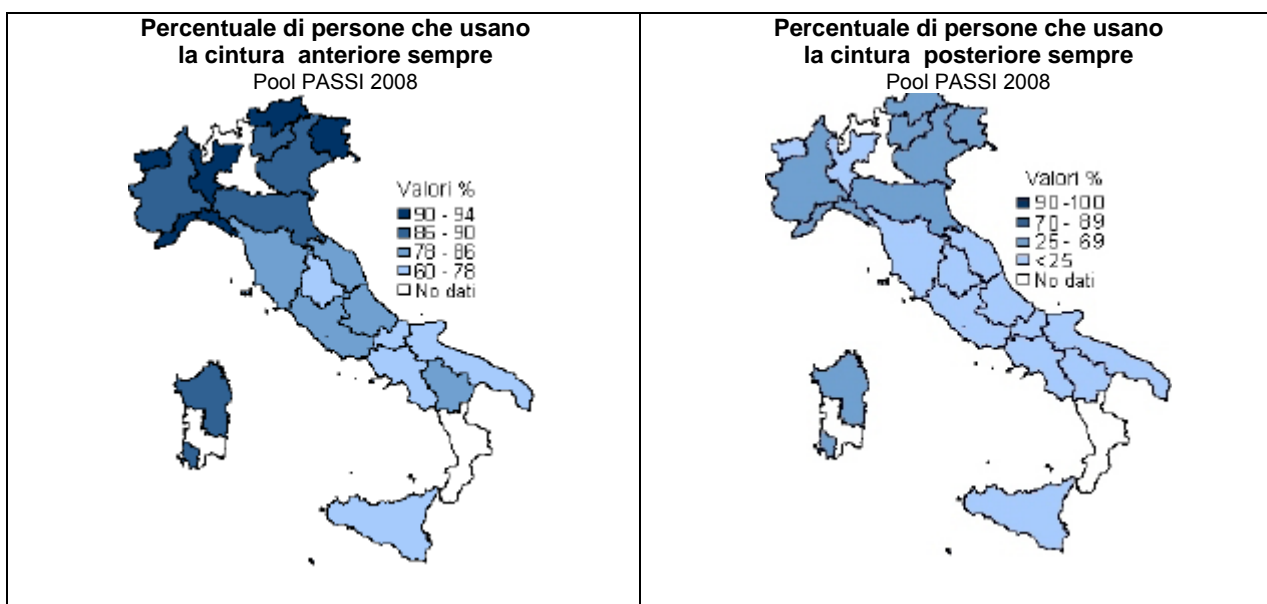
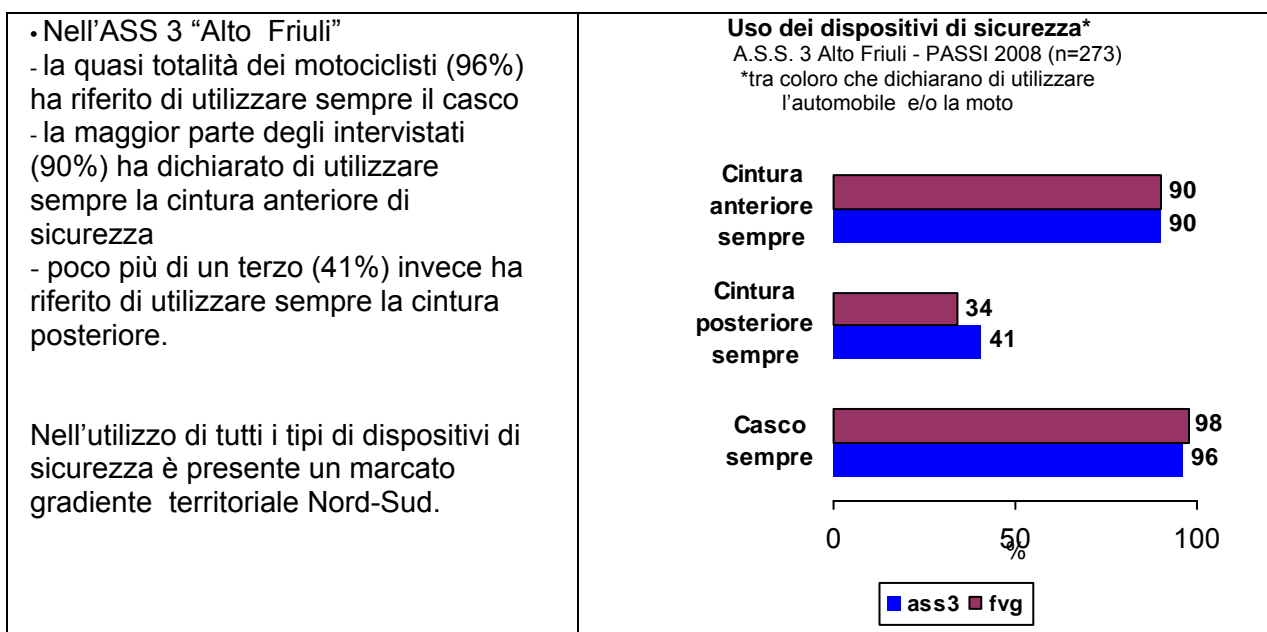
Sicurezza stradale

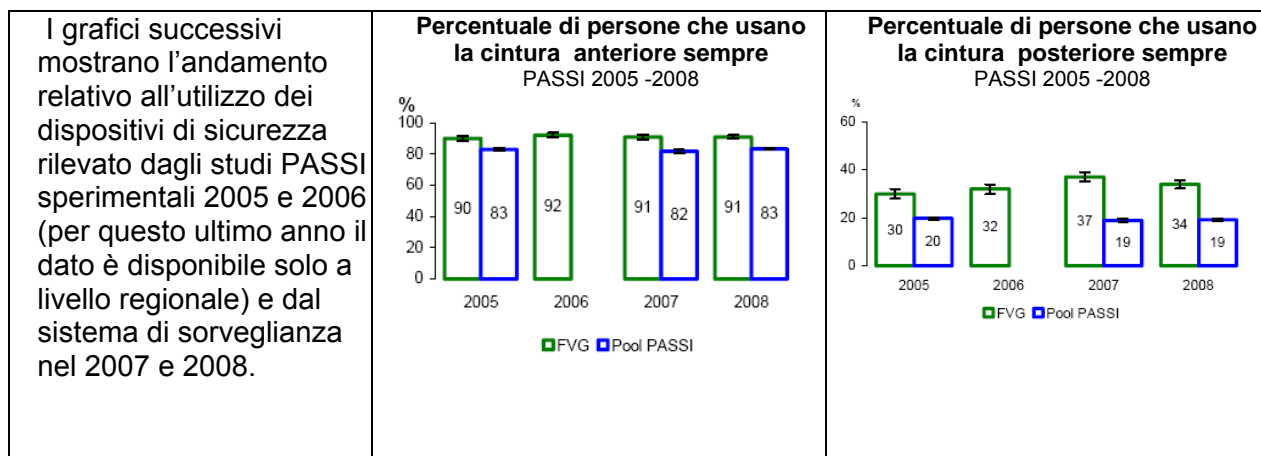
Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini) e il controllo su guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti da parte delle Forze dell'Ordine.

L'uso dei dispositivi di sicurezza





Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

(coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro 1 ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

- Il 10% di tutti gli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 17%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (con differenze statisticamente significative).
- Il 7% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (10% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

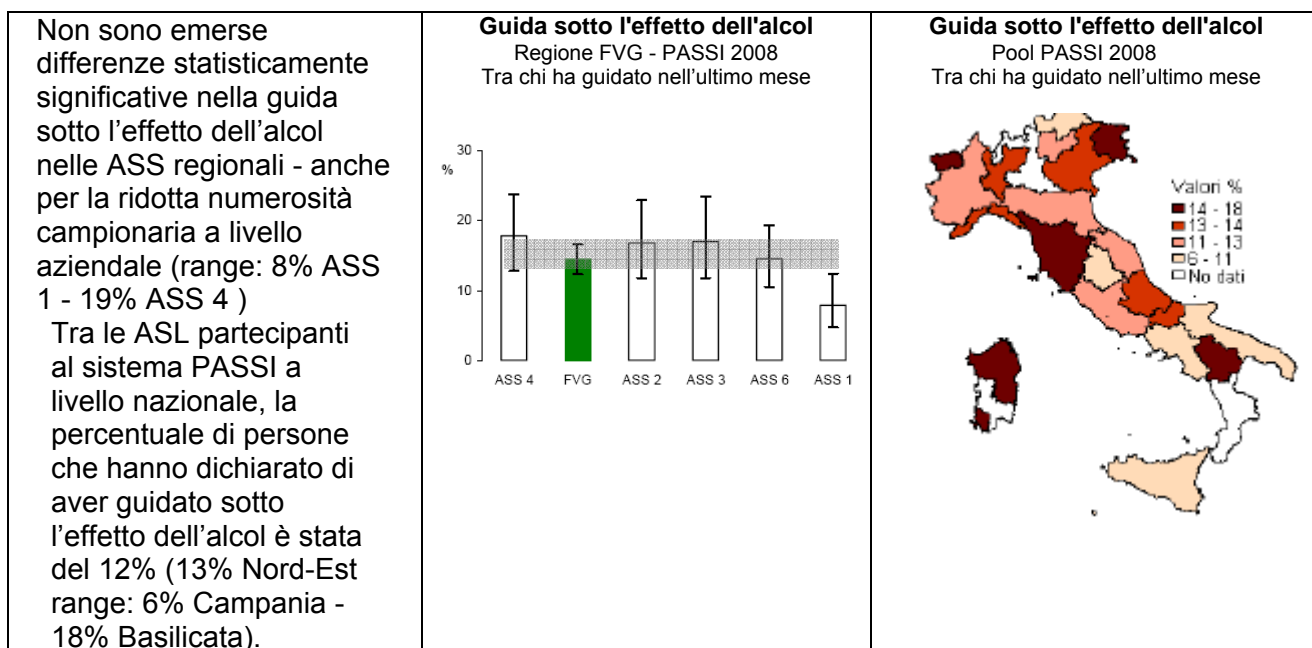
Guida sotto l'effetto dell'alcol°
A.S.S. 3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=176)

Caratteristiche	Soggetti che riferiscono di aver guidato nell'ultimo mese sotto l'effetto dell'alcol°° %
Totale	17 (IC95%) 11,8-23,4
Classi di età	
18 - 24	12,5
25 - 34	12,2
35 - 49	23,3
50 - 69	14,9
Sesso	
uomini	21,7
donne	<u>8,2</u>
Istruzione	
nessuna/elementare	22,7
media inferiore	21
media superiore	11,1
laurea	27,3
Difficoltà economiche	
molte	18,2
qualche	20,8
nessuna	15,2

° il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

°°coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)



Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. In Alto Friuli si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre meno di metà utilizza la cintura di sicurezza posteriore. L'uso sistematico della cintura di sicurezza posteriore dovrebbe rappresentare un obiettivo per tutte le ASS sia a livello regionale sia nazionale. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema è piuttosto diffuso (circa un guidatore su sei è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), con coinvolgimento non solo delle classi d'età più giovani.

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

Bibliografia

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

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

- Eurosafe Child Safety Report Card 2009

<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/I2europeanchildsafetyalliance.htm>

- ISTAT Incidenti stradali, 2007

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf

Sicurezza domestica

Il tema degli incidenti domestici è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, in particolare al livello locale.

In Italia si stimano ogni anno circa un 1.7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidente domestico.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

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

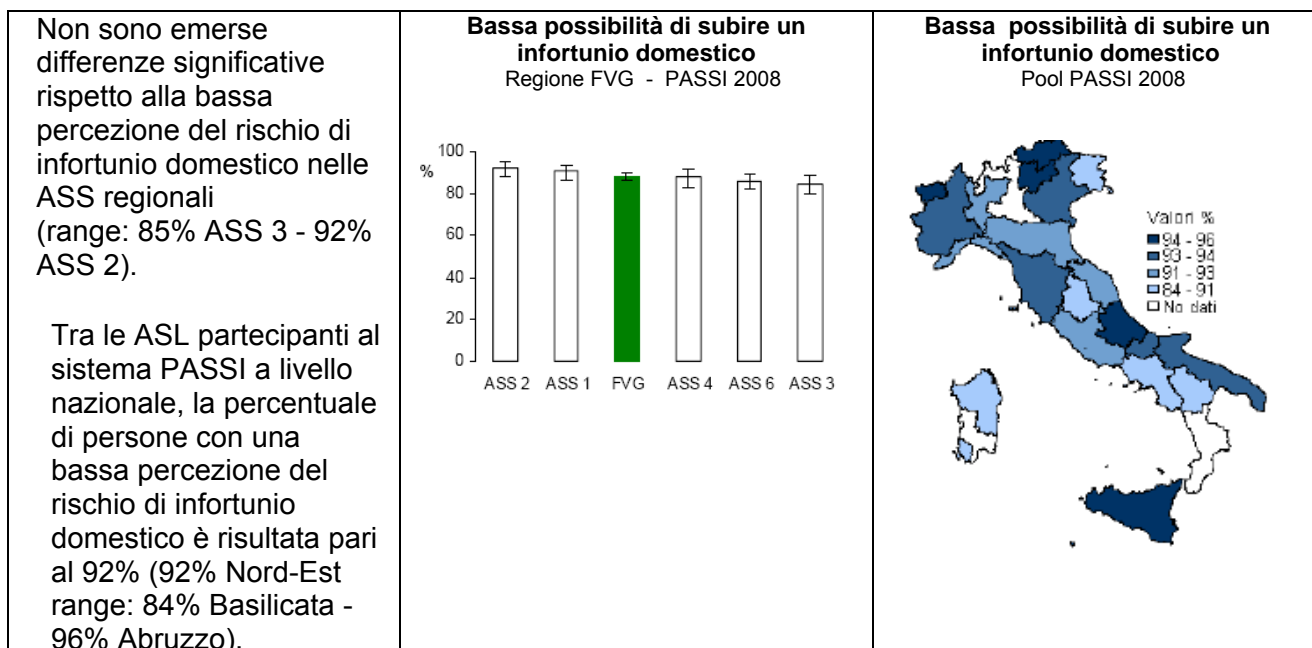
- In Alto Friuli la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: l'85% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio i maschi
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non influenza la percezione del rischio di infortunio domestico.
- Nelle varie ASL regionali non emergono differenze statisticamente significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico (range dal 82% di Forlì al 92% di Rimini).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 91% (91% anche nel Nord-Est Italia).

Bassa percezione del rischio infortunio domestico	
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)	
Caratteristiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico° %
	84,8 <i>(IC95%)</i> 80-88,8
Totale	
Età	
18 - 34	79,7
35 - 49	87,6
50 - 69	85,6
Sesso	
uomini	92,2
donne	<u>77</u>
Istruzione	
nessuna/elementare	82
media inferiore	83,9
media superiore	88,6
laurea	73,7
Difficoltà economiche	
molte	84,6
qualche	78,6
nessuna	88,7
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°°	
si	81
no	<u>87,1</u>

° possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

°° presenza di anziani e/o bambini

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. donne rispetto agli uomini)



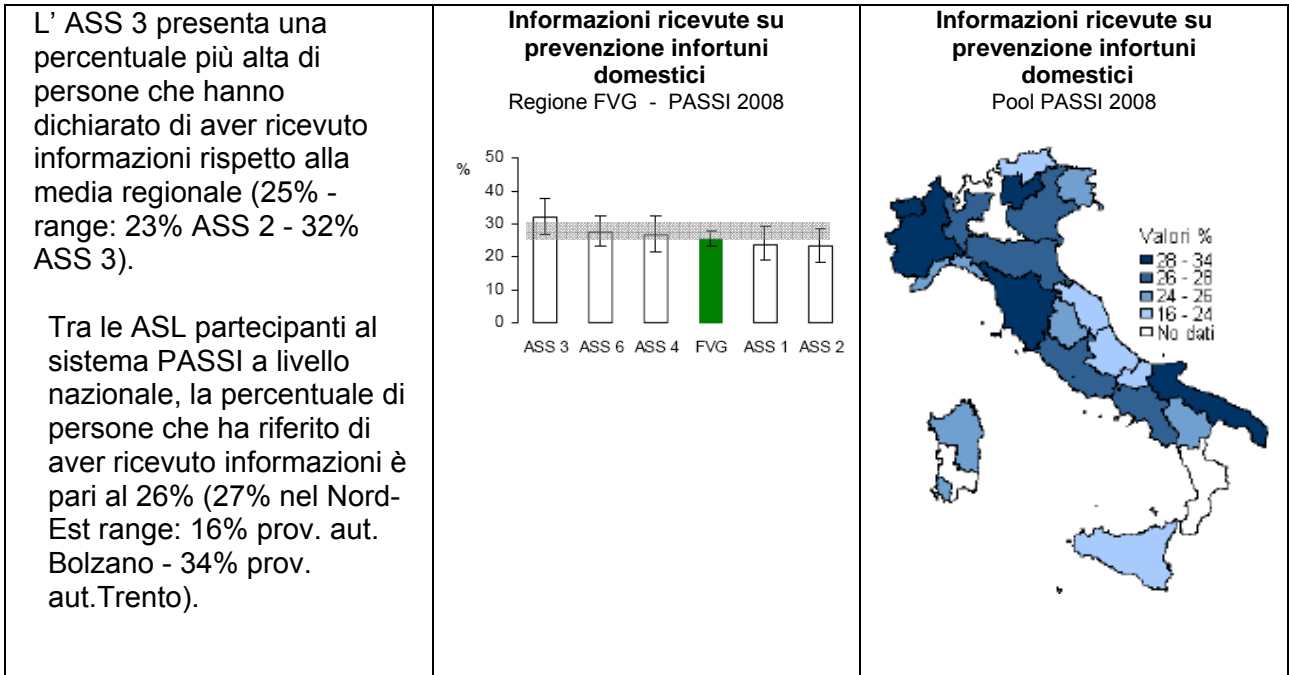
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi

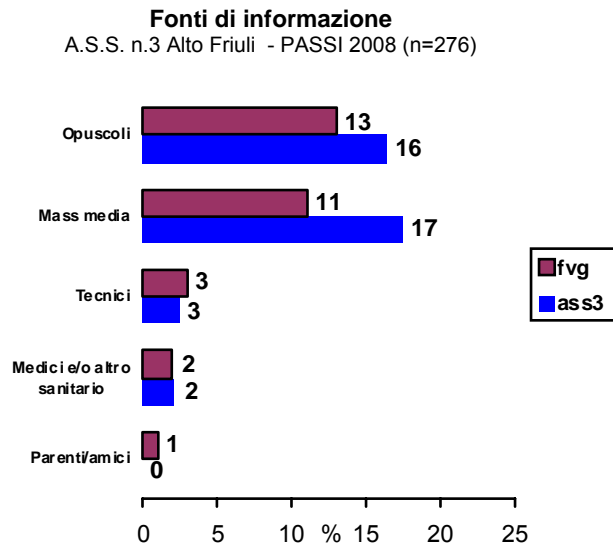
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=276)

Caratteristiche	persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni %
Totale	32,2 (IC95%) 26,8-38,1
Età	
18 - 34	26,1
35 - 49	40,4
50 - 69	29,7
Sesso	
uomini	29,1
donne	35,6
Istruzione	
nessuna/elementare	20
media inferiore	<u>44,1</u>
media superiore	28,1
laurea	<u>31,6</u>
Difficoltà economiche	
molte	42,3
qualche	39,8
nessuna	<u>25,2</u>
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°	
si	39
no	<u>28,1</u>
Percezione del rischio	
alta	33,3
bassa	<u>32,1</u>

° presenza di anziani e/o bambini La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (17%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici.



Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Il 31% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone con molte difficoltà economiche e un'alta percezione del rischio di incidente domestico.

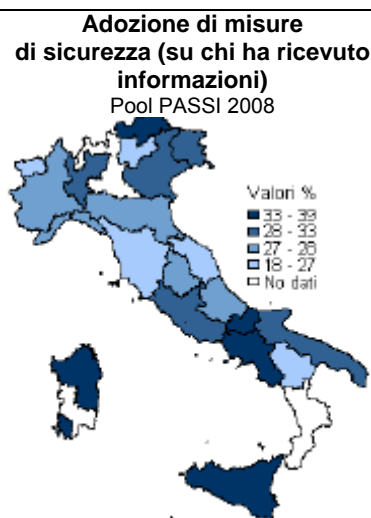
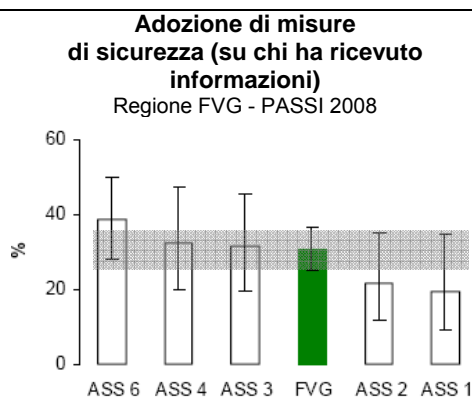
Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=54)

Caratteristiche	%
Totale	31,5 (IC95%) 19,5-45,6
Età	
18 - 34	53,3
35 - 49	11,1
50 - 69	33,3
Sesso	
uomini	26,1
donne	35,5
Istruzione	
nessuna/elementare	20
media inferiore	47,8
media superiore	14,3
laurea	40
Difficoltà economiche	
molte	50
qualche	24
nessuna	33,3
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°	
si	32
no	31
Percezione del rischio	
alta	38,5
bassa	29,3

° presenza di anziani e/o bambini

Non sono emerse differenze significative tra le ASS regionali circa l'adozione di misure di sicurezza su chi ha ricevuto informazioni (range: 20% ASS 1 - 39% ASS 6)

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, l'adozione di misure di sicurezza su chi ha ricevuto informazioni è del 30% (28% Nord-Est, range: 18% Piemonte - 39% Sicilia).



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, i risultati del Sistema di Sorveglianza mostrano che la maggior parte delle persone ha una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima infatti che solo una persona su tre ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa un terzo delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema. Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici, come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

Bibliografia

- WHO Global status report on road safety: time for action
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009 WHO "Housing and health"
www.eu.who.int/housing
- European Commission Injuries in the European Union. Statistic Summary 2003-2005
- ISPESL Banca dati sugli infortuni domestici
<http://www.ispesl.it/osservatorio/BancaDati.as>
- Pitidis A, Giustini M, Taggi F. Ambiente casa. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. Relazione alla Commissione Parlamentare di inchiesta del Senato sugli infortuni sul lavoro sullo stato di attuazione del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Fase pilota. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2005. (05/AMPP/AC/624).
<http://www.iss.it/binary/casa/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.1232018693.pdf>
- Taggi F. La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/11)
<http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>

programmi di prevenzione

diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

diagnosi precoce del tumore della mammella

diagnosi precoce del tumore del colon-retto

vaccinazione antinfluenzale

vaccinazione antirosolia

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Friuli Venezia Giulia il programma lo screening del cervicocarcinoma è attivo su base regionale dal 1999.

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

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

- In Alto Friuli, circa l'80% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

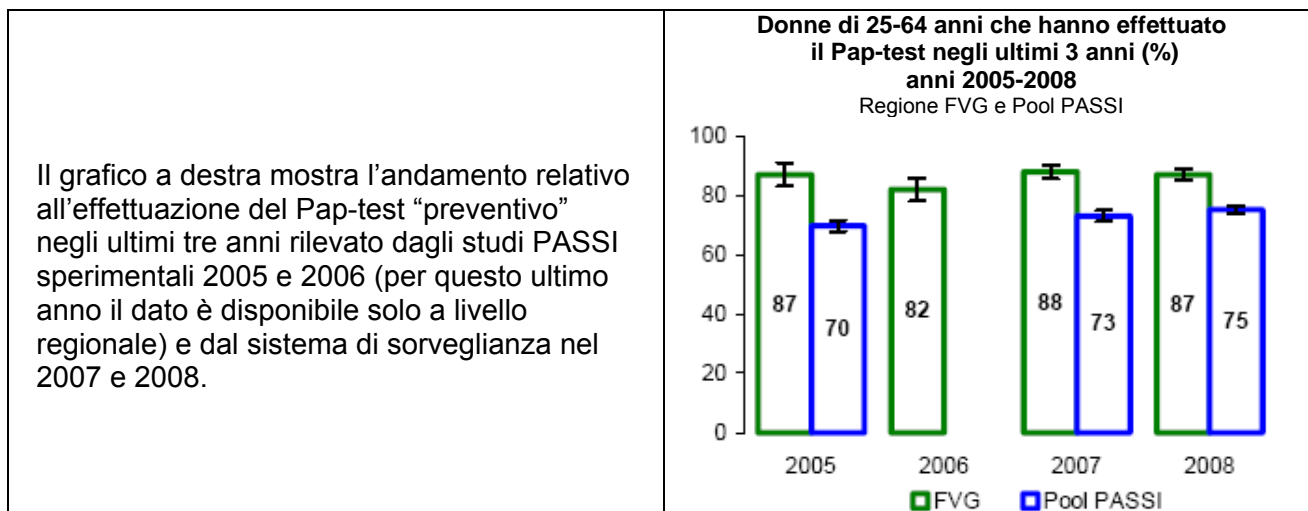
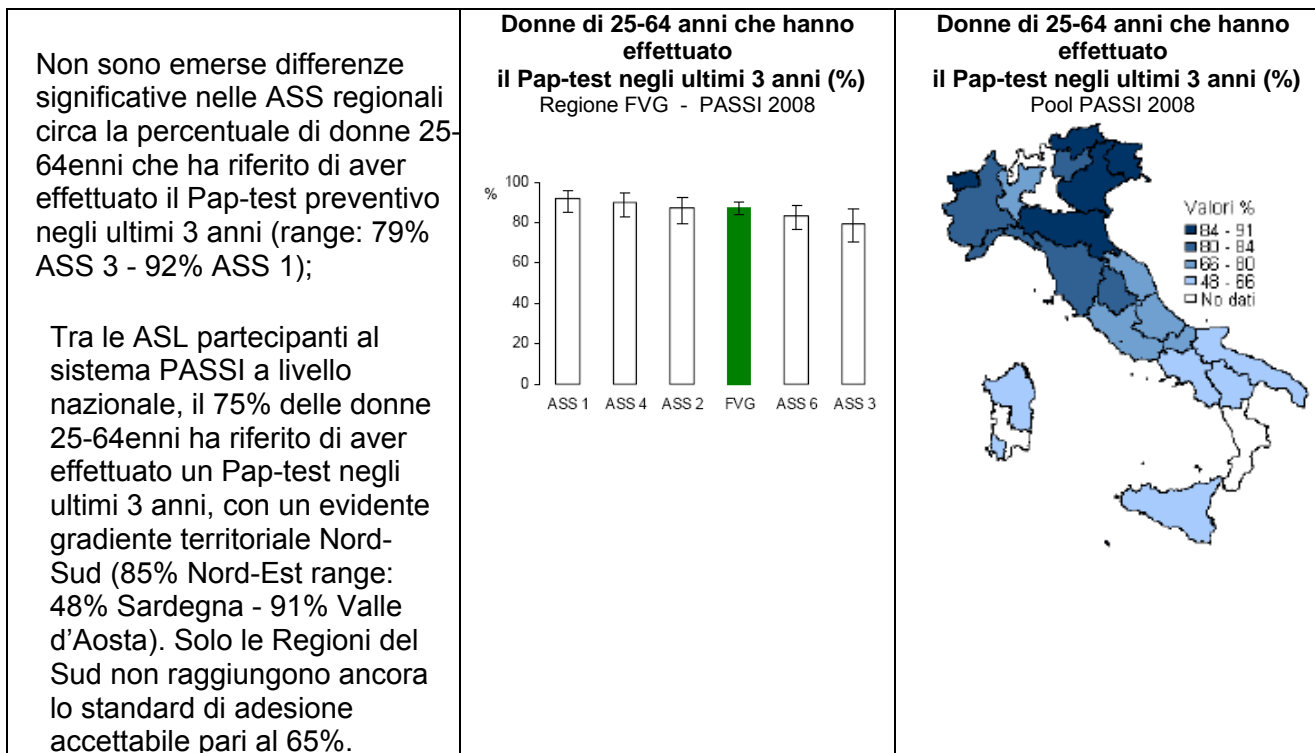
La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)	
A.S.S. n.3 Alto Friuli – PASSI 2008 (n=107)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni° %
Totale	79,4 (IC95%) 70,5-86,6
Classi di età	
25 - 34	82,8
35 - 49	91,1
50 - 64	<u>60,6</u>
Stato civile	
coniugata	87,8
non coniugata	<u>60,6</u>
Convivenza	
convivente	85,6
non convivente	<u>47,1</u>
Istruzione	
nessuna/elementare	53,8
media inferiore	<u>81,6</u>
media superiore	<u>80</u>
laurea	<u>100</u>
Difficoltà economiche	
molte	78,6
qualche	72,1
nessuna	86

° in assenza di segni o sintomi

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica

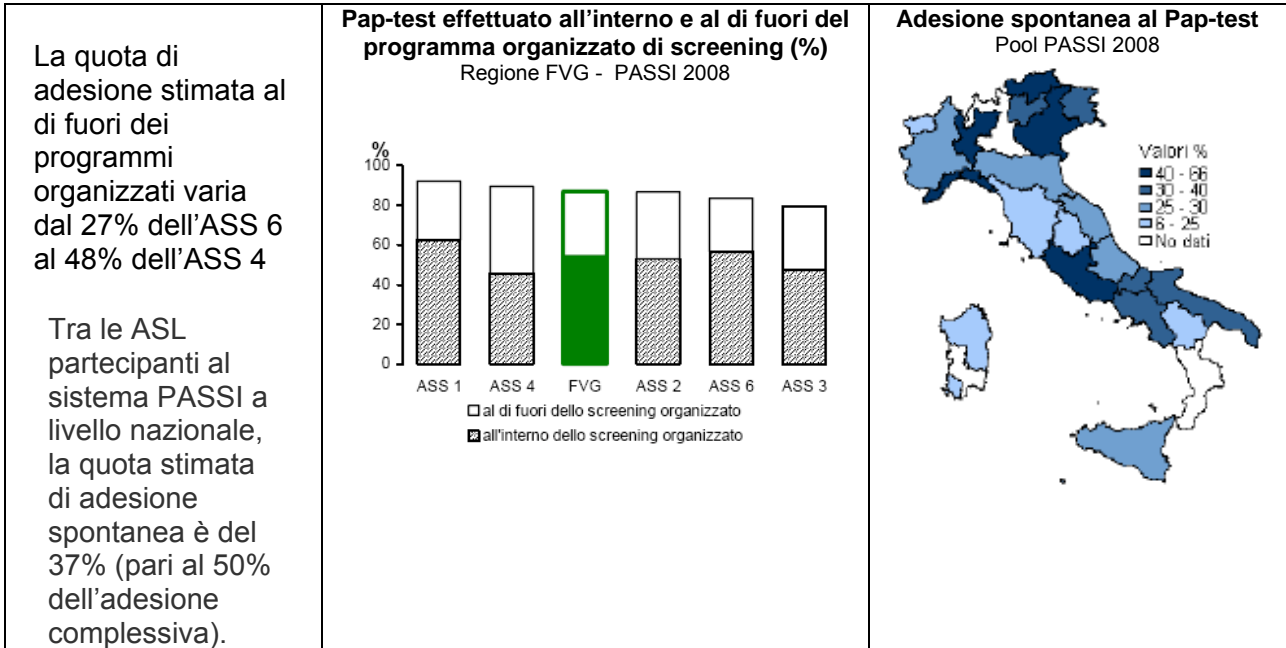


Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

(si considera come proxy di adesione al programma di screening organizzato l'aver effettuato l'esame gratuitamente)

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

Tra le donne intervistate di 25-64 anni nella in Alto Friuli, il 48% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 31% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

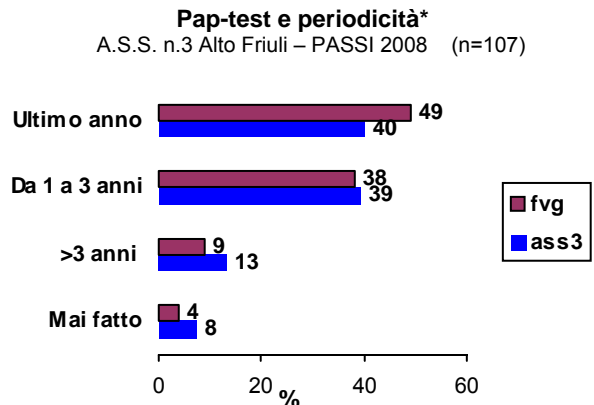


Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato circa metà delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno.

Il dato è maggiore rispetto a quello atteso pari ad un terzo ed evidenzia un possibile ricorso al test con una periodicità più ravvicinata di quella raccomandata (sovra copertura).

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



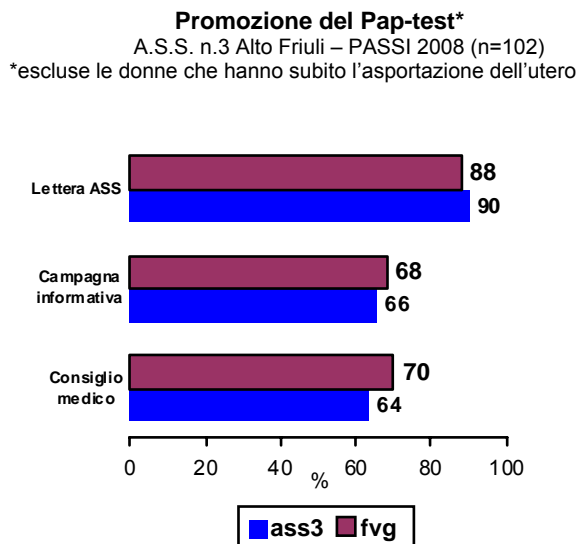
Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

In Alto Friuli:

Quasi tutte le donne 25-64enni intervistate ha riferito di aver ricevuto una **lettera di invito** dall'ASS (90%)

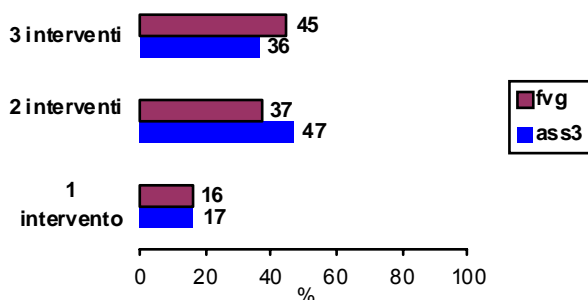
(88% in Regione - range: 86% ASS 2 - 90% ASS 1 e ASS 3), con valori nettamente superiori alla media nazionale.

- Circa due donne su tre hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test e hanno riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.



- Circa un terzo delle donne target è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa, generalmente in associazione tra loro).

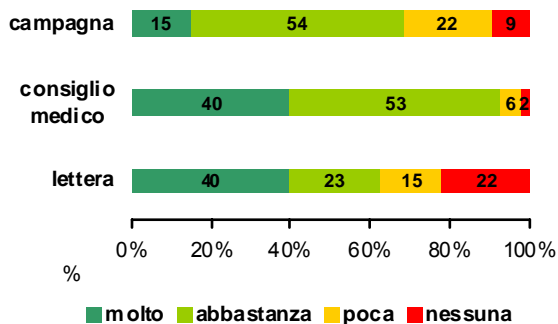
Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test
A.S.S. n.3 Alto Friuli – PASSI 2008 (n=102)



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto **la lettera di invito** da parte dell'Azienda Sanitaria:
 - il 64% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (65% in regione)

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test
A.S.S. n.3 Alto Friuli – PASSI 2008 (n=102)



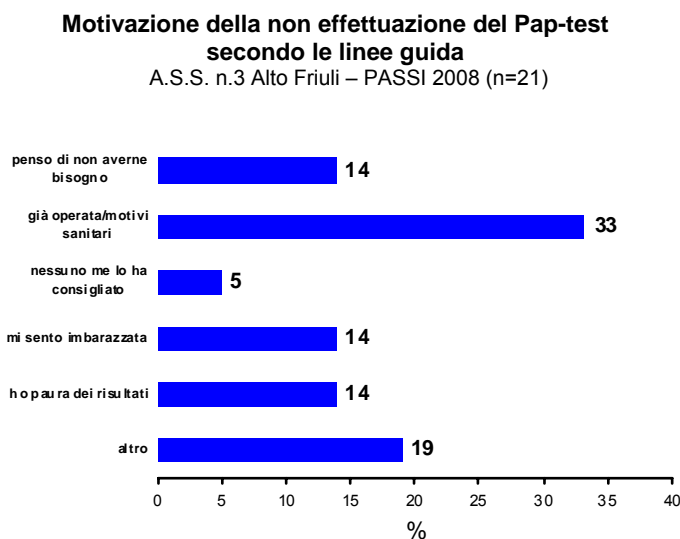
- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il **consiglio di un medico**:
 - il 93% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (77% in regione)

- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una **campagna informativa**:
 - il 69% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (62% in regione)

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 77% per il consiglio dell'operatore sanitario
 - 70% per la lettera di invito
 - 62% per la campagna informativa.

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

- In Alto Friuli il 15% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (8%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (13%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (13%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (79%) raggiunge e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (48%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (31%).

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; la lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, alcuni modificabili.

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

Bibliografia

- CDC "Guide to Community Preventive Service Cancer screening"
<http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale screening
<http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- CCM <http://www.ccm-network.it/screening/>
- Regione Friuli Venezia Giulia - Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori: i programmi regionali di screening
<http://www.regione.fvg.it/rafvgsalutesociale/areaArgomento.act?dir=/rafvgs/cms/RAFVG/AT3/ARG16/>

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%. (British Journal of Cancer 2008).

Nel 2007 le donne italiane 50-69enni inserite in un programma di screening sono state circa 6 milioni (81% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Regione il programma di screening è attivo in tutte le ASL dal 2005.

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

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

- In Alto Friuli circa il 79% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. (70% nel 2006 e 77,3% nel 2007). La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile" (75%).

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

- nella fascia 50-59 anni

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

- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), l'83% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)	
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=57)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni°
	%
Totale	78,9 (IC95%) 66,1-88,6
Classi di età	
50- 59	92
60 -69	<u>68,8</u>
Stato civile	
coniugata	86,1
non coniugata	66,7
Convivenza	
convivente	86,5
non convivente	65
Istruzione	
nessuna/elementare	75,9
media inferiore	93,3
media superiore	72,7
laurea	50
Difficoltà economiche	
molte	66,7
qualche	83,3
nessuna	80,8

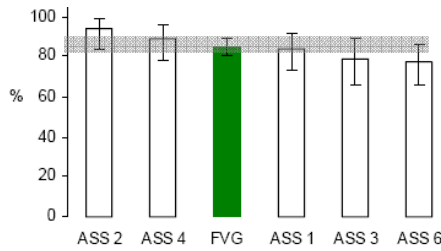
° in assenza di segni o sintomi

La sottolineatura indica una differenza statisticamente significativa

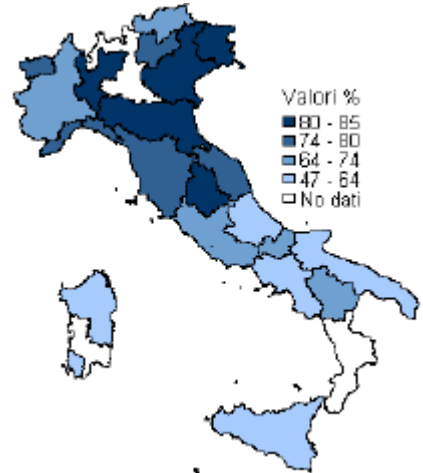
- In tutte le ASS della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni raggiunge valori elevati.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 71% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (83% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)
Regione FVG - PASSI 2008

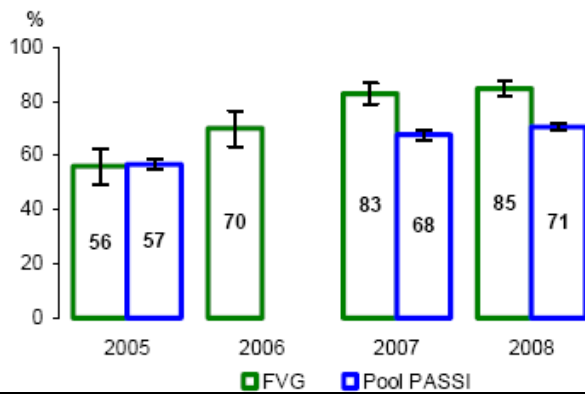


Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)
Pool PASSI 2008



Il grafico a destra mostra l'andamento relativo all'effettuazione della mammografia negli ultimi due anni rilevato dagli studi PASSI sperimentali 2005 e 2006 (per questo ultimo anno il dato è disponibile solo a livello regionale) e dal sistema di sorveglianza nel 2007 e 2008.

Mammografia negli ultimi 2 anni (%)
anni 2005-2008
Friuli Venezia Giulia e Pool PASSI (%)



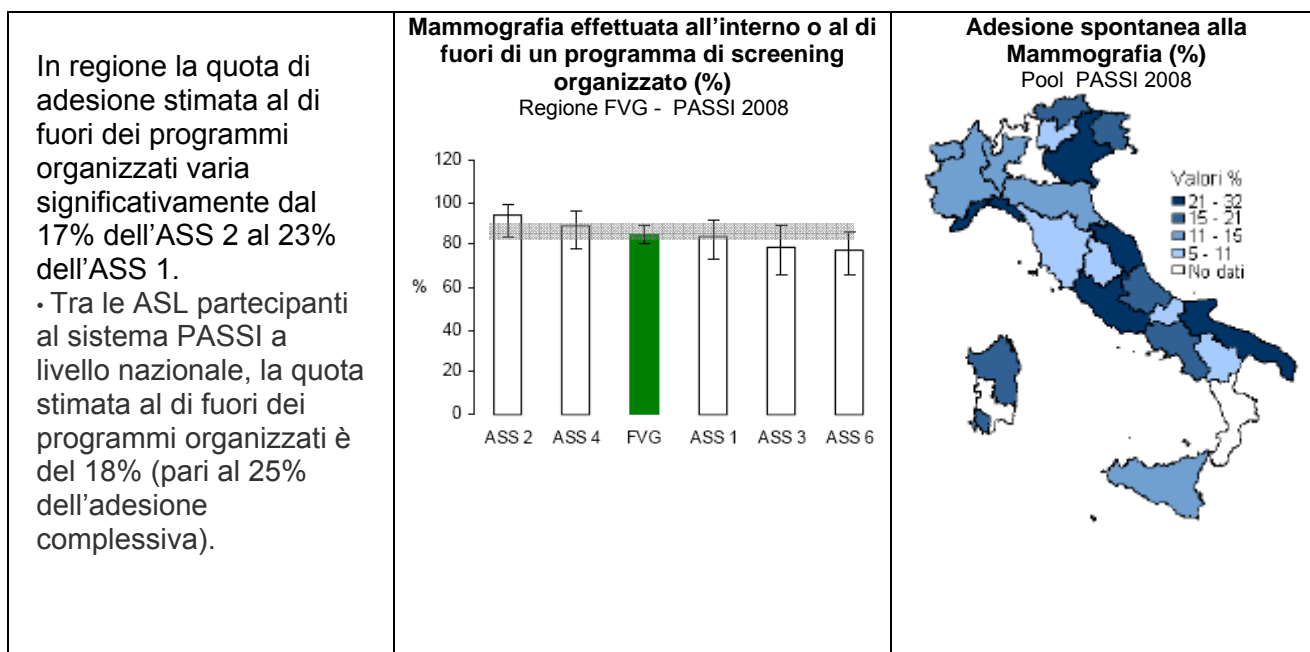
Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante al di fuori di questo?

(si considera come proxy di adesione allo screening organizzato l'aver effettuato l'esame gratuitamente)

Nello screening mammografico la quota di adesione spontanea al di fuori dei programmi organizzati è sensibilmente inferiore rispetto a quella osservata nello screening cervicale.

In Alto Friuli la maggior parte delle donne 50-69enni ha effettuato l'esame preventivo all'interno dei programmi di screening organizzati (61%) e solo un quinto l'ha effettuato come screening spontaneo (18%).

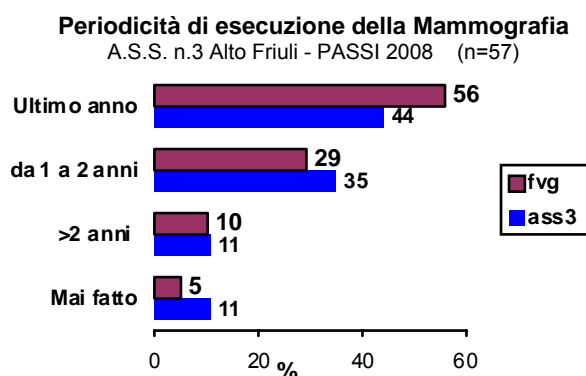
- In Friuli Venezia Giulia la maggior parte delle donne 50-69enni ha effettuato l'esame preventivo all'interno dei programmi di screening organizzati (65%) e solo un sesto l'ha effettuato come screening spontaneo (19%).



Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

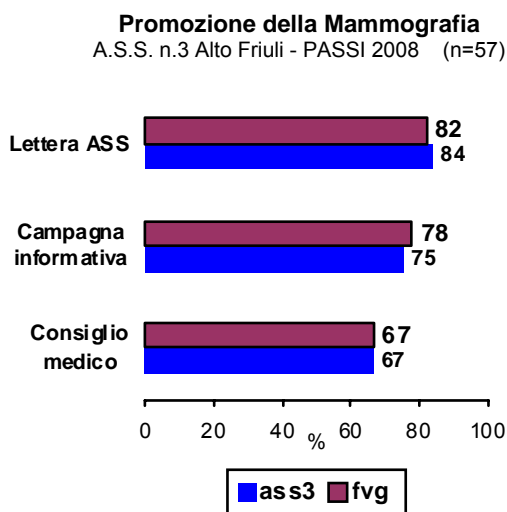
- In alto Friuli quasi la metà delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione di una Mammografia preventiva nell'ultimo anno

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

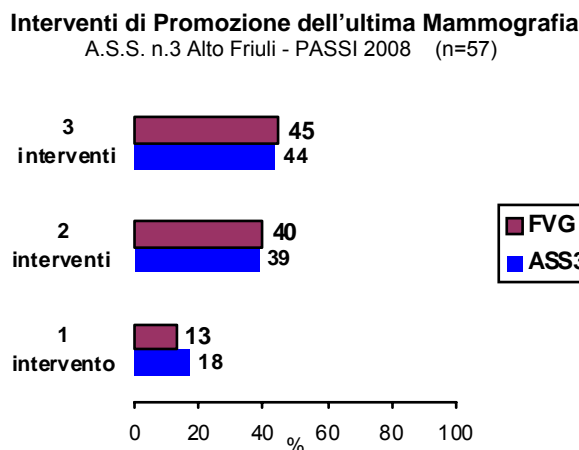


Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- In Alto Friuli e come nel resto della regione le donne intervistate hanno riferito:
 - di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASS (84% IC 95% 72,1-92,5)
 - il 75 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 67% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

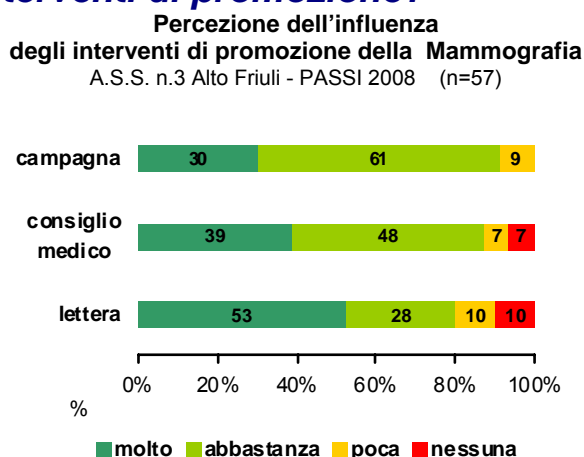


- La maggior parte delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto dagli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), generalmente in associazione tra di loro.



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto **la lettera di invito** da parte dell'ASS:
 - l'80% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (molta o abbastanza)
 - il 20% ritiene che abbia avuto poca o nessuna influenza



- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un **operatore sanitario**:
 - l'87% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (molta o abbastanza)
 - il 13% ritiene che abbia avuto poca o nessuna influenza
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una **campagna informativa**:
 - Il 90% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (molta o abbastanza)
 - il 10% ritiene che abbia avuto poca o nessuna influenza

Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventiva?

Nell'ASS 3 "Medio Friuli" il 20% delle donne 50-69enni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la Mammografia (10%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (10%).

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la paura dei risultati dell'esame o la non corretta percezione del rischio.

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia è elevata (79%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva in questa popolazione, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (61%) sia della quota di adesione spontanea (18%), in questo screening molto meno rilevante rispetto a quello della cervice uterina.

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

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

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 46 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Bibliografia

- CDC Guide to Community Preventive Service Cancer screening <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Sarkeala et alii *Breast cancer mortality with varying invitational policies in organised mammography* British Journal of Cancer 2008 99, 423-427 <http://www.nature.com/bjc/journal/v98/n3/abs/6604203a.html>
- Osservatorio Nazionale screening <http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- CCM <http://www.ccm-network.it/screening/>
- Regione Friuli Venezia Giulia - Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori: i programmi regionali di screening <http://www.regione.fvg.it/rafvg/salutesociale/areaArgomento.act?dir=/rafvg/cms/RAFVG/AT3/ARG16/>

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

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

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

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

In Alto Friuli i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto sono stati avviati dal 2008 e prevedono la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni.

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

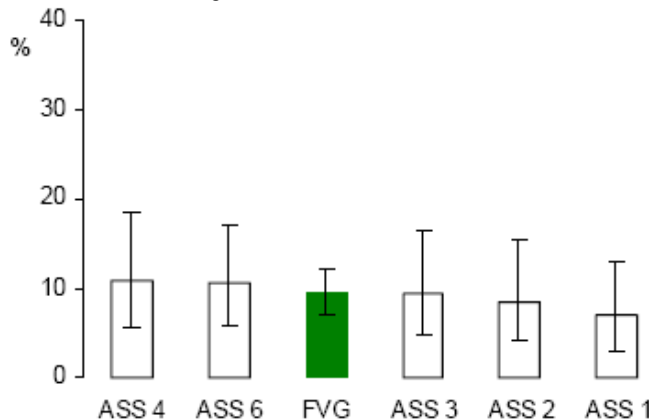
- In Alto Friuli circa il 20% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- La copertura stimata è molto inferiore al livello di copertura "accettabile" (45%).
- Il 10% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone senza difficoltà economiche.
- Il 10% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni;

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ASS n. 3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=116)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale ^o %	Colonscopia ^o %
Totale	9,5 <i>IC95%</i> <i>(4,8-16,3)</i>	10,4 <i>IC95%</i> <i>(5,5-17,5)</i>
Classi di età		
50 - 59	13	12,7
60 - 69	6,5	8,3
Sesso		
uomini	10	15,3
donne	8,9	5,4
Istruzione		
nessuna/elementare	4,2	10,2
media inferiore	6,1	6,1
media superiore	19,4	13,3
laurea	25	33,3
Difficoltà economiche		
molte	0	12,5
qualche	4,5	7,1
nessuna	14,3	10,9

^o in assenza di segni o sintomi

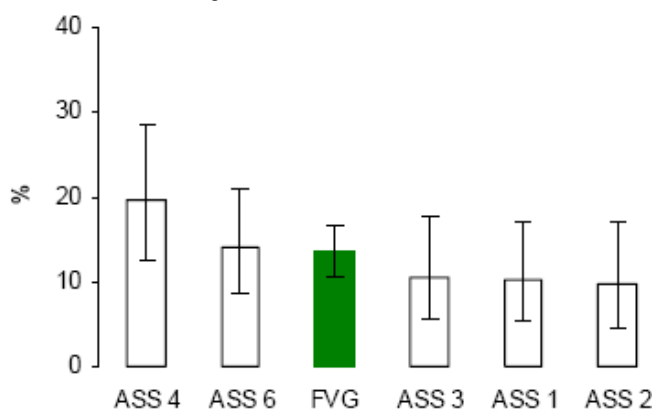
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)

Regione FVG - PASSI 2008



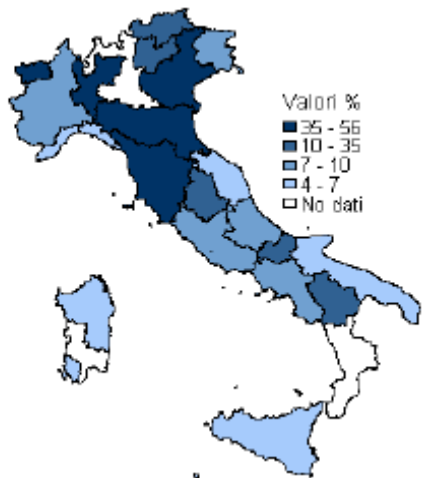
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)

Regione FVG - PASSI 2008



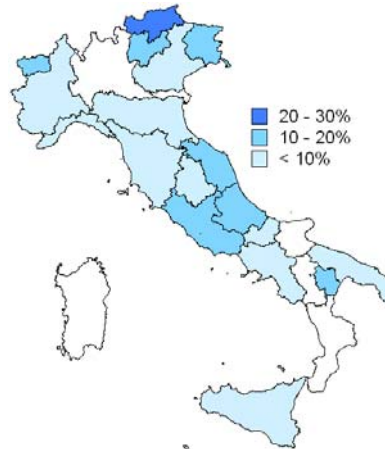
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)

Pool PASSI 2008



Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)

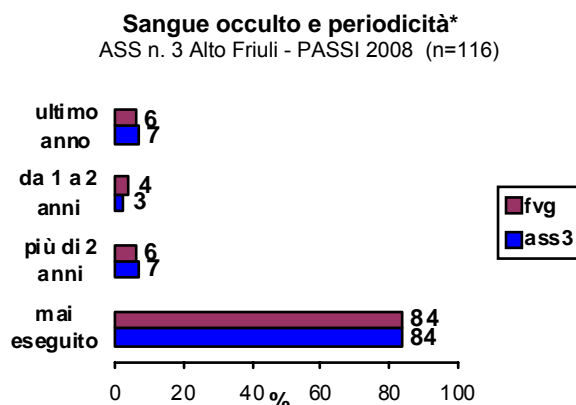
Pool PASSI 2008



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale solo il 32% dei 50-69enni ha effettuato la ricerca del sangue occulto, con la presenza di un evidente gradiente territoriale Nord-Sud (range: 4% Sicilia - 56% Emilia-Romagna); il 9% ha effettuato una colonscopia preventiva (range: 3% Basilicata - 18% prov. aut. Bolzano).

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

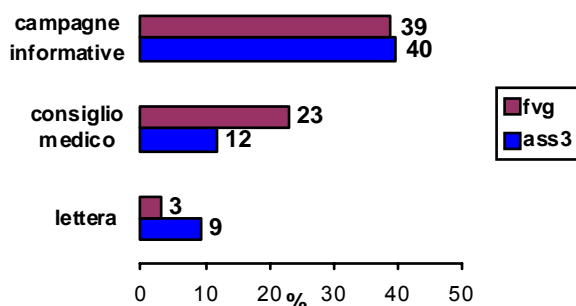
- La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 50 -69 anni
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 7% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 3% da uno a due anni
 - il 7% da più di due anni
- l'84% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.



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

- In Alto Friuli il programma organizzato di screening è partito a fine 2008 e quindi:
 - Solo il 9% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'Azienda Sanitaria
 - il 40% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Promozione dello screening coloretale
ASS n. 3 Alto Friuli - PASSI 2008 (n=116)



Conclusioni e raccomandazioni

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

Bibliografia

- Osservatorio Nazionale screening
<http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- Regione Friuli Venezia Giulia - Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori: i programmi regionali di screening
<http://www.regione.fvg.it/rafvg/salutesociale/areaArgomento.act?dir=/rafvg/cms/RAFVG/AT3/ARG16/>

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 l'ultima campagna antinfluenzale?

- Nella A.S.S. n.3 –Alto Friuli il 12% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007.
- La bassa numerosità del campione, selezionato solo dalle interviste effettuate da aprile a settembre 2008, non permette l'effettuazione di ulteriori analisi.

In regione FVG la copertura vaccinale è sovrapponibile. Si evidenzia una maggiore adesione negli ultracinquantenni e nei soggetti affetti da patologie severe.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del 30%.

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)

A.S.S. n.3 –Alto Friuli - PASSI 2008 (n=114)

Caratteristiche	Vaccinati	
	%	IC95%
Totale	12,3	6,9-19,7

Vaccinazione antinfluenzale 2007-08 (18-64 anni)

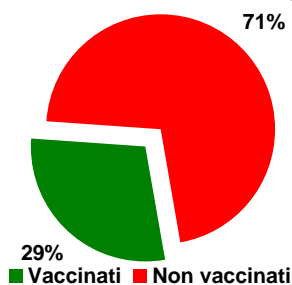
Friuli Venezia Giulia PASSI 2008 (n=613)

Caratteristiche	Vaccinati	
	%	IC95%
Totale	11,1	8,4-13,7
Classi di età		
18-34	7,8	3,2-12,4
35-49	7,6	3,9-11,3
50-64	<u>18,9</u>	13,0-24,7
Sesso		
uomini	10,0	6,4-13,6
donne	12,2	8,2-16,2
Istruzione		
bassa	10,6	6,4-14,8
alta	11,3	7,8-14,8
Difficoltà economiche		
sì	12,3	8,4-16,3
no	9,8	6,2-13,4
Patologie severe°		
assenti	8,7	6,0-11,3
almeno una	25,6	16,1-35,0

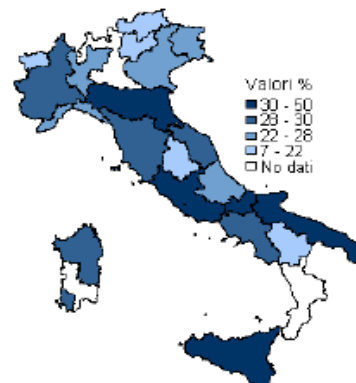
°almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

La sottolineatura indica la significatività statistica rispetto alla prima modalità di ciascuna caratteristica (es. classe 50-64 aa rispetto a 18-34 aa)

Vaccinazione antinfluenzale 2007 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
A.S.S. n.3 –Alto Friuli - PASSI 2008 (n=114)

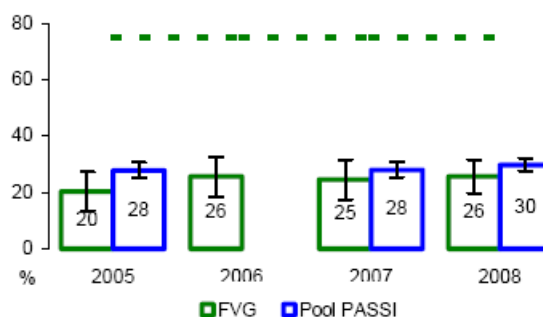


Vaccinazione antinfluenzale 2007-08 in persone 18-64enni con almeno una patologia cronica (%)
Pool PASSI 2008



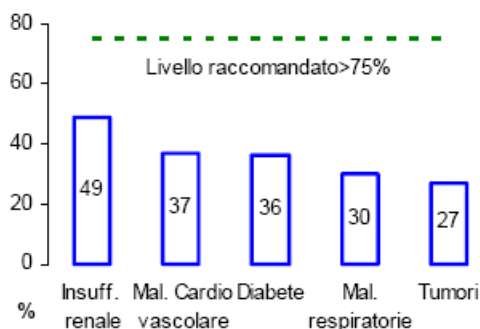
- Il grafico a destra mostra l'andamento della copertura vaccinale nelle persone 18-64enni con almeno una patologia cronica rilevato dagli studi PASSI sperimentali 2005 e 2006 (per questo ultimo anno il dato è disponibile solo a livello regionale) e dal sistema di sorveglianza nel 2007 e 2008.

Copertura vaccinale in 18-64enni con patologia cronica anni 2005-2008 (%)
Friuli Venezia Giulia e Pool PASSI



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra i portatori di patologie respiratorie croniche (30%) e di tumore (27%)
 - poco più elevati i valori tra le persone affette da insufficienza renale (49%), malattie cardiovascolari (37%) e diabete (36%).

Copertura vaccinale in 18-64enni per patologia cronica (%)
Pool PASSI 2008



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 Alto Friuli hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni. 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.

Bibliografia

- Eurosurveillance <http://www.eurosurveillance.org/>
- ISS "Influnet" <http://www.iss.it/iflu/>

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e le donne in età fertile ancora suscettibili d'infezione.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- In Alto Friuli il 50% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate non è significativamente diversa per
 - nella fascia di età
 - livello d'istruzione
 - difficoltà economiche.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

A.S.S. n. 3 Alto Friuli Passi, 2008 (n=78)

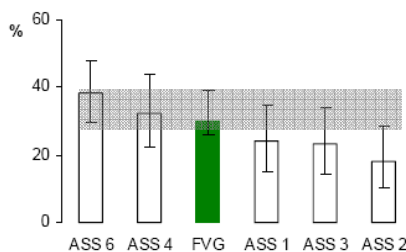
Caratteristiche	Vaccinate %
Totale	23,1 (IC95%) 14,3-34
Classi di età	
18-24	25
25-34	31
35-49	17,8
Istruzione	
Bassa	21,4
Alta	24
Difficoltà Economiche	
molte	20
alcune	21,9
nessuna	25

Non sono emerse differenze statisticamente significative relative alla vaccinazione nelle ASS regionali (range: 18% ASS 2 - 39% ASS 6).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 33% con differenze sensibili da regione a regione (50% Nord-Est range: Basilicata 11% - Veneto 59%)

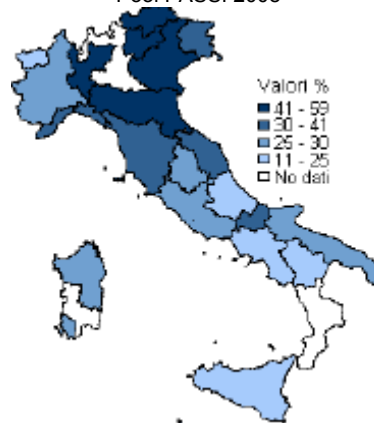
Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia

Regione FVG - PASSI 2008



Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia

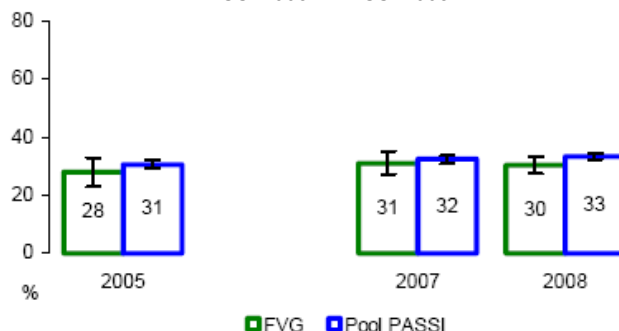
Pool PASSI 2008



Il grafico a destra mostra l'andamento della copertura vaccinale contro la rosolia nelle donne 18-49enni rilevata dallo studio PASSI sperimentale 2005* e dal Sistema di Sorveglianza nel 2007 e 2008.

Copertura vaccinale contro la Rosolia in donne 18-49 anni

PASSI 2005 - PASSI 2008



Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- In Alto Friuli il 55% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (23%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (32%).
- Il 5% è risultata sicuramente suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 39% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) - % (IC95%) A.S.S. n. 3 Alto Friuli Passi, 2008 (n=78)

Caratteristiche	%
Immuni	55,1 IC95%: 43,4 – 66,4
Vaccinate	23,1
Non vaccinate con rubeotest positivo	32,1
Suscettibili/stato sconosciuto	44,9
Non vaccinate; rubeotest negativo	5,1
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,8
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	35,9

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli si stima che nemmeno una donna in età fertile su tre sia protetta contro la rosolia né conosca il proprio stato immunitario; Nell'anno 2008 nella nostra regione si sono verificati alcuni casi di rosolia contratti in gravidanza.

E' pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).

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

Bibliografia

- WHO Strengthening national immunization systems through measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella infection in WHO's European Region 2005
- WHO Rubella <http://www.who.int/immunization/topics/rubella/en/index.html>
- Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, 2003 www.ccm-network.it

appendice

monitoraggio

I dati del monitoraggio

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

-**Popolazione indagata:** persone 18-69enni residenti in ASS e registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico.

-**Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati 18-69enni, residenti nella Azienda Sanitaria con disponibilità di un recapito telefonico e in grado di sostenere una intervista telefonica in italiano (o altra lingua ufficiale della Regione).

-**Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.

-**Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).

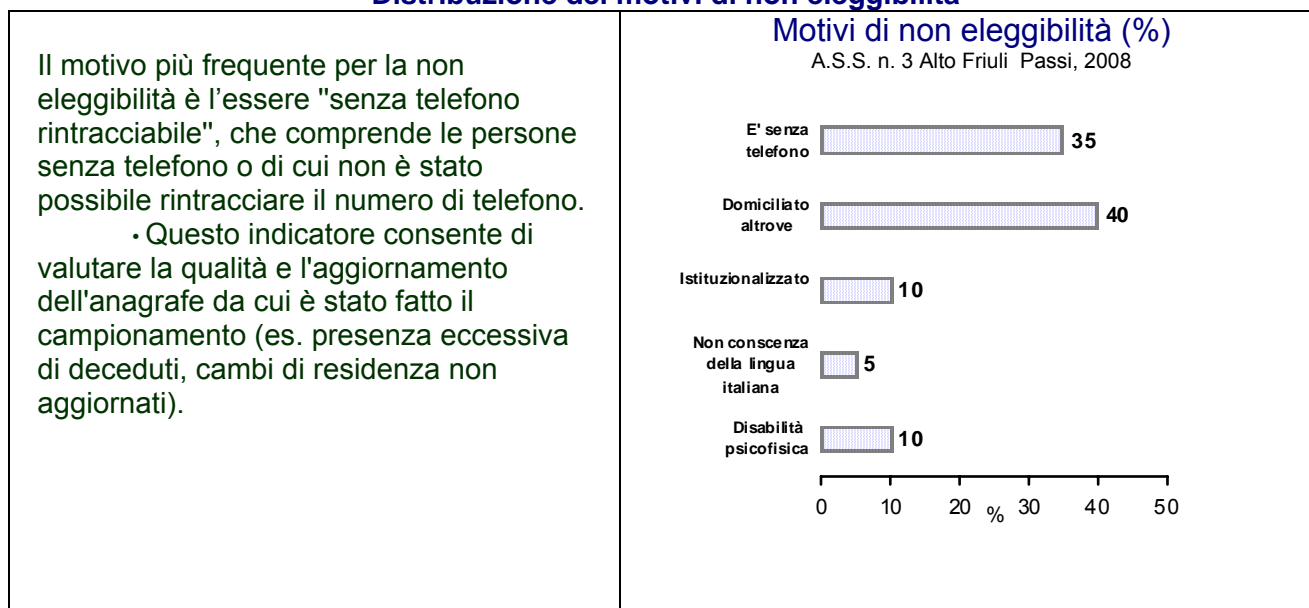
-**Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

-**Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

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

ASS	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Triestina	88,4	11,6	7,5	4,1	95
Isontina	93,2	6,8	4,8	2,1	96,6
Alto Friuli	93,2	6,8	4,1	2,7	95,7
Medio Friuli	91	9	5,1	3,3	96,7
Friuli Occidentale	91,5	8,5	5,3	3,2	94,4
Friuli Venezia Giulia	90,8	9,2	6	3,2	95,7
Pool PASSI	86,7	13,3	9,4	3,9	95,4

Distribuzione dei motivi di non eleggibilità

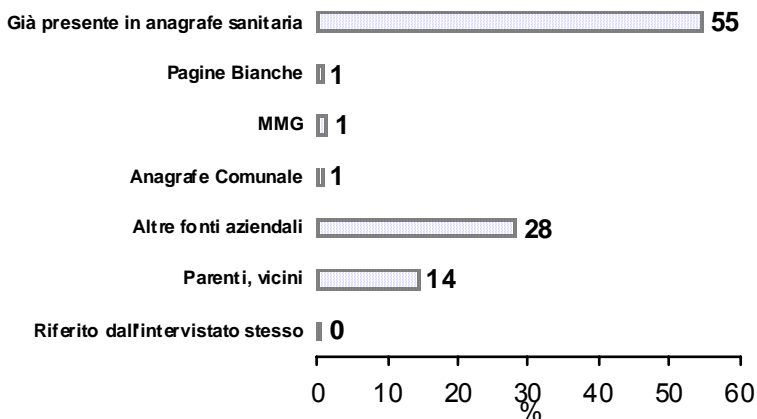


Modalità di reperimento dei numeri telefonici

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono e pertanto assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.

Reperimento dei numeri telefonici (%)

A.S.S. n. 3 Alto Friuli Passi, 2008



Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.

