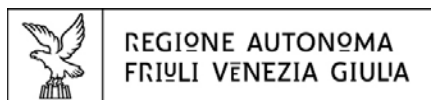


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto 2010

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

Giuliana Copetti, Corrado Cassarino, Marianna Desiderio, Denise Di Bernardo, Paola Fuccaro, Stefania Pilan, Manuela Ridolfo (S.O. Medicina Preventiva nelle Comunità - *Dipartimento di Prevenzione*)



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'Alto Friuli 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:

Stefania Pilan, Andrea Iob

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

INDICE

IL SISTEMA PASSI IN BREVE	pagina 4
II PROFILO SOCIODEMOGRAFICO	
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	6
BENESSERE	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	12
SINTOMI DI DEPRESSIONE	15
GUADAGNARE SALUTE	
ATTIVITÀ FISICA	19
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	22
CONSUMO DI ALCOL	28
ABITUDINE AL FUMO	33
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	37
COLESTEROLEMIA	40
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	44
SICUREZZA	
SICUREZZA STRADALE	47
SICUREZZA DOMESTICA	54
PROGRAMMI DI PREVENZIONE	
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	57
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	62
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO	67
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	71
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	73
APPENDICE	
MONITORAGGIO	76

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 Italia.

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

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

Il sistema PASSI indaga aspetti relativi a:

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

Il sistema PASSI in Alto Friuli

Dall'anno 2007, ogni mese un elenco casuale di persone di età dai 18 a 69, stratificato per sesso ed età, viene estratto dagli archivi dell'anagrafe sanitaria. Operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione, debitamente formati, effettuano n.25 interviste mensili ai residenti campionati tramite un questionario standardizzato. I dati vengono trasmessi in forma anonima tramite Internet e registrati in un archivio unico nazionale. Attualmente la banca dati di interviste disponibili ed elaborabili è costituita da n. 965 interviste effettuate in Alto Friuli dal 2007 al 2010.

Il rapporto PASSI 2010 in Alto Friuli

La disponibilità di circa 1000 interviste effettuate in Alto Friuli dal 2007 al 2010, rende possibile confrontare i dati del campione indagato in Alto Friuli non solo con il campione regionale e nazionale, ma è possibile effettuare anche confronti interaziendali.

Essendo nota la variabilità demografica, geografica e sociale dell'Alto Friuli, ed osservando gli indicatori sociali presenti nel rapporto 2010 del Sistema Informativo SocioSanitario Regionale (SISSR) si è notato che l'indice di vecchiaia (rapporto tra gli anziani e gli under 15) è il parametro che più si discosta dalla media regionale (ass3: 208% vs. fvg: 186%).

Si è cercato così di suddividere tutte le interviste effettuate in Alto Friuli in due gruppi:

1. n. 414 intervistati residenti in comuni con indice di vecchiaia >208%:
 - o Amaro, Cercivento, Chiusaforte, Dogna, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di sopra, forni di Sotto, Lauco, Ligosullo, Moggio, Montenars, Ovaro, Paluzza, Paularo, Pontebba, Prato Carnico, Preone, ravascletto, Raveo, Resia, Resiutta, rigolato, Sauris, Socchieve, Sutrio, Trasaghis, Treppo Carnico, Verzegnis.
2. n. 551 intervistati residenti in comuni con indice di vecchiaia < 208%:
 - o Amaro, Arta Terme, Artegna, Bordano, Cavazzo, Gemona del Friuli, Malborghetto, Osoppo, Tarvisio, Tolmezzo, Venzone, Villa Santina, Zuglio.

Nel primo gruppo sono stati ricompresi prevalentemente i comuni di montagna, nel secondo i comuni di pianura o di fondovalle.

profilo sociodemografico

il campione 2010

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 50.372 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2009 nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASS n.3 – Alto Friuli.

Da gennaio a dicembre dell' anno 2010, sono state intervistate 278 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, 33 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta¹ è risultato dell'86%, il tasso di sostituzione² del 14% e quello di rifiuto³ dell' 8% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

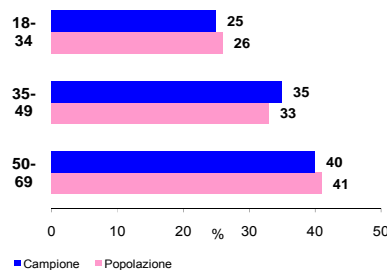
Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

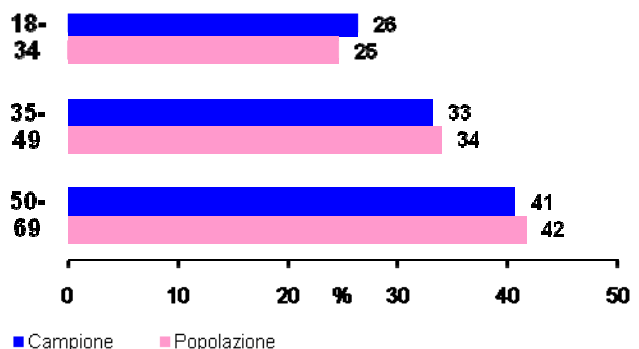
- Nell' Azienda Sanitaria n.3 – Alto Friuli, il campione intervistato (278 persone) è risultato composto per il 51% da maschi e dal 49% da femmine; l'età media complessiva è di 45 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 26% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 34% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 40% 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 nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010

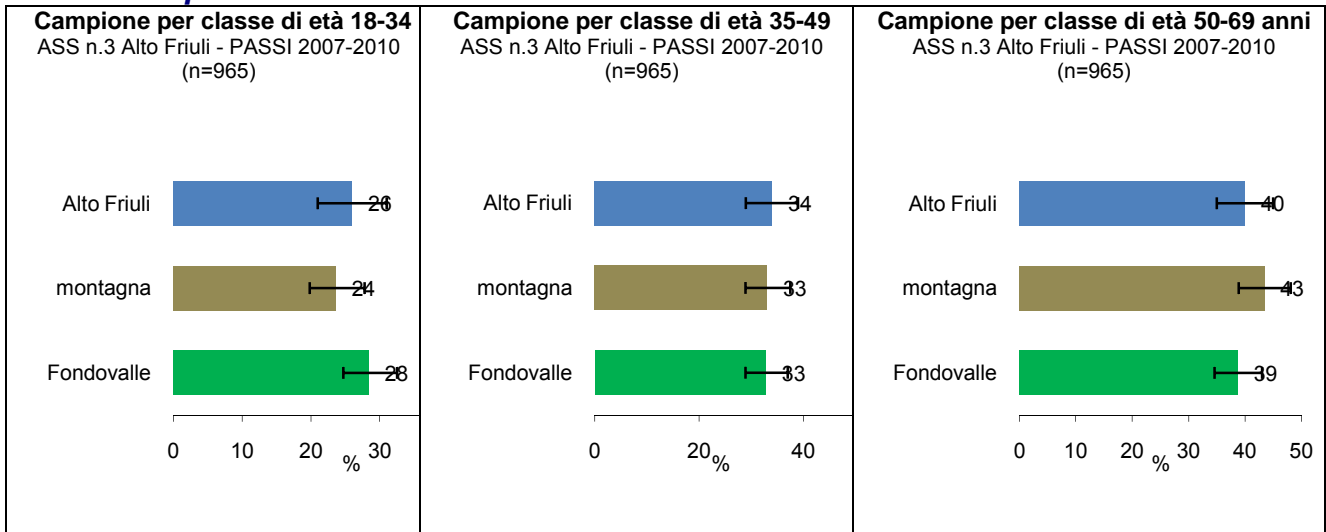


¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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)

Confronto per classi di età tra aree diverse dell'Alto Friuli



Il campione intervistato nell'area montana è composto nella fascia età 18-34 anni dal 21,3% di femmine contro il 25,7% di maschi. Nei comuni di vallata il rapporto è inverso (maschi 27,7%, femmine 29,2%).

Non si rilevano altre differenze di sesso nelle altre fasce di età.

Il titolo di studio

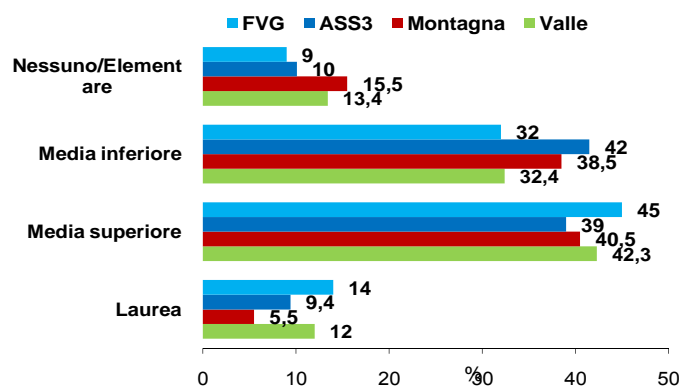
- Nell' Azienda Sanitaria n.3 – Alto Friuli il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 41% la licenza media inferiore, il 39% la licenza media superiore e il 9% è laureato. I residenti in area montana sono circa la metà di quelli nei comuni di fondovalle.

Non ci sono differenze significative nel livello di istruzione tra maschi e femmine.

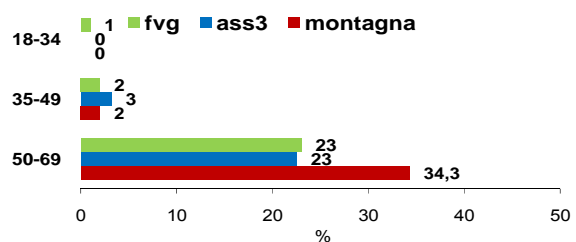
In regione la percentuale di soggetti con scolarità elevata è maggiore.

- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

Campione per titolo di studio
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=277)



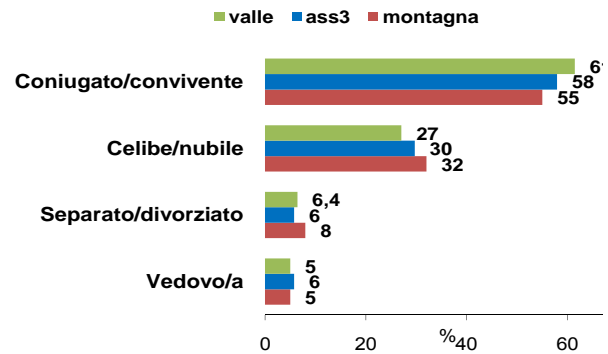
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=277)



Lo stato civile

- Nell' Azienda Sanitaria n.3 – Alto Friuli i coniugati/conviventi rappresentano il 58% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi il 6%.
- A livello regionale, queste percentuali sono rispettivamente del 57%, 32%, 7% e 4%.

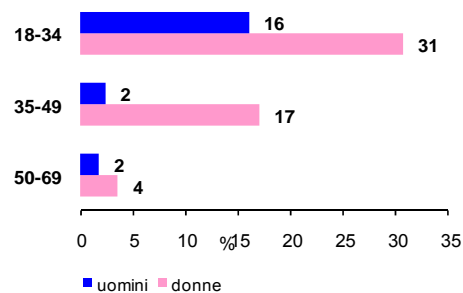
Campione per categorie stato civile
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=277)



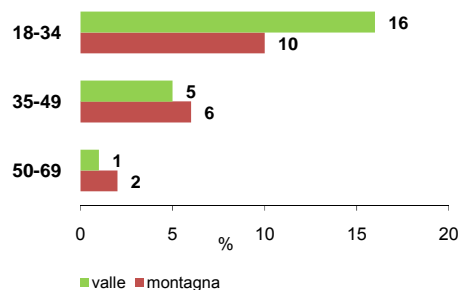
Cittadinanza

- Nell' Azienda Sanitaria n.3 – Alto Friuli Il campione intervistato ha cittadinanza straniera per il 10% (in area montana il 5%). Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni il 31% delle donne ha cittadinanza straniera. Gli stranieri di questa fascia di età risiedono prevalentemente nei comuni di vallata. (16% vs 10%)
- 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.
- A livello regionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 7% degli intervistati.

% di stranieri per sesso e classi di età
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=29)



% di stranieri per area geografica
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2007-2010



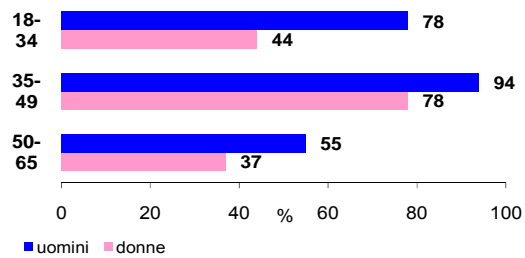
Il lavoro

- Nell' Azienda Sanitaria n.3 – Alto Friuli il 65% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente. (64% in area montana, 69% a valle)
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (54% contro 75%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.
- A livello regionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 60% delle femmine e il 70% dei maschi.

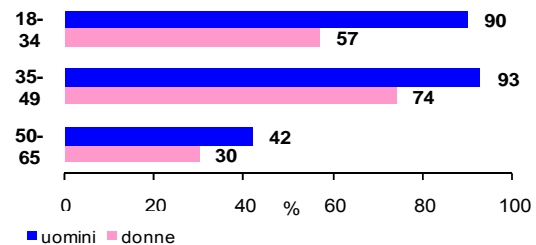
La percentuale del campione che riferiva un lavoro regolare era:

- nell'anno 2009 il 64%,
- nell'anno 2008 il 70%,
- nell'anno 2007 il 68%.

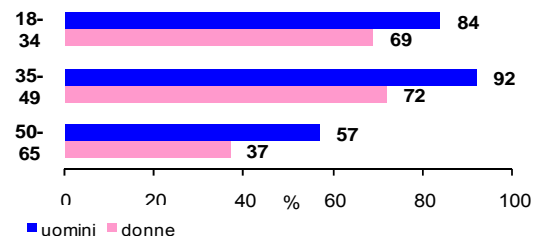
% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=258)



% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Area montana - Alto Friuli - PASSI 2007-10 (n=414)



% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Comuni di vallata - Alto Friuli - PASSI 2007-10 (n=505)

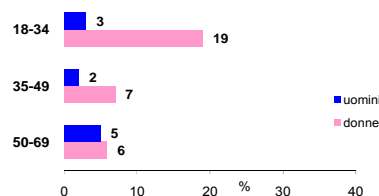


Difficoltà economiche

- Nell' Azienda Sanitaria n.3 – Alto Friuli:
 - il 59% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 34% qualche difficoltà
 - il 7% molte difficoltà economiche (in particolare le donne giovani dai 18 ai 34 anni).
- Non si rilevano differenze a livello di aree geografiche dell'Alto Friuli.
- A livello regionale la distribuzione è sovrapponibile.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=276)



La percentuale del campione che riferiva difficoltà economiche era:
-nell'anno 2009 il 42%,
-nell'anno 2008 il 45%,
-nell'anno 2007 il 45%.

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.

Nell' Azienda Sanitaria n.3 – 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.

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?

- Nella ASS n.3 "Alto Friuli" il 72% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 27% ha riferito di sentirsi discretamente e solo l'1% 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.
- Nella Regione Friuli Venezia Giulia, il 69,3% percepisce positivamente la propria salute (il range varia dal 62% dell'ASS 5 "Bassa Friulana" al 73% dell'ASS 1 "Triestina").
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 68% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

Stato di salute percepito positivamente°

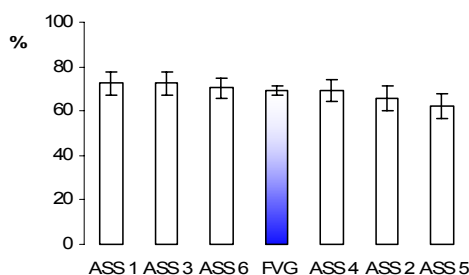
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=201)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	72,3	66,6-77,5
Età		
18 - 34	80,6	
35 - 49	81,9	
50 - 69	58,9	
Sesso		
uomini	79,6	
donne	64,7	
Istruzione		
nessuna/elementare	46,4	
media inferiore	78,3	
media superiore	71,3	
laurea	76,9	
Difficoltà economiche		
molte	55,6	
qualcuna	67,4	
nessuna	77,3	
Patologie severe°°		
almeno una	58,1	
assente	74,9	

° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

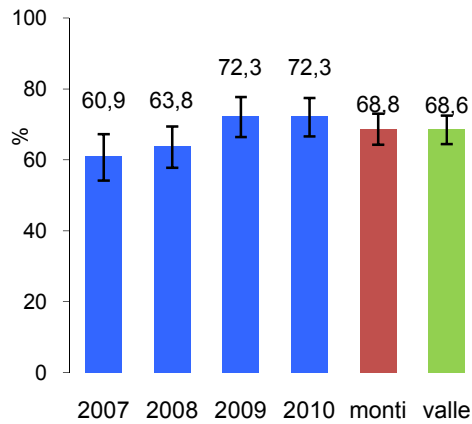
°° almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Stato di salute percepito positivamente

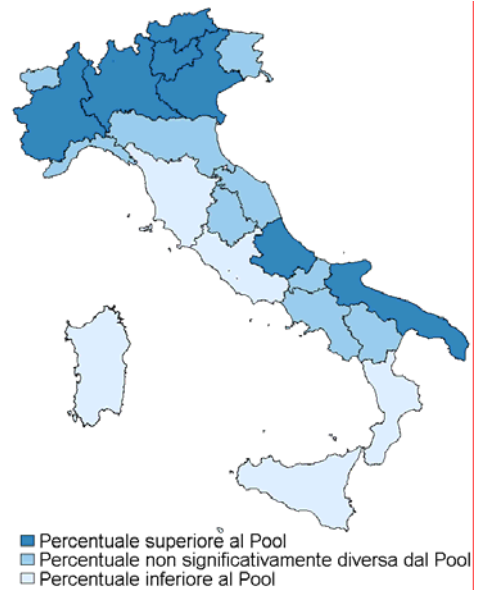
Friuli Venezia Giulia PASSI 2010



Stato di salute percepito positivamente
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2007-2010



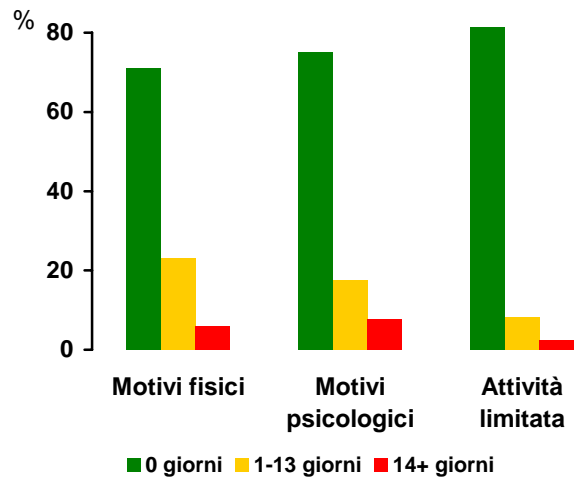
% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Pool ASL PASSI 2007-10



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 (71% in buona salute fisica, 75% in buona salute psicologica e 89% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (6%), per motivi psicologici (7%) e con limitazioni alle attività abituali (2%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010
(n=277)



Giorni percepiti in cattiva salute al mese

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=277)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	2,4	2,4	1,1
Classi di età			
18 - 34	2,7	1,7	1,5
35 - 49	1,9	2,7	0,3
50 - 69	2,6	2,6	1,4
Sesso			
uomini	1,8	1,5	1,2
donne	3,0	3,4	1,0
Istruzione			
nessuno/elementare	3,5	4,7	1,8
media inferiore	1,9	2,2	1,0
media superiore	2,5	1,8	0,9
laurea	3,0	3,5	1,6
Difficoltà economiche			
molte difficoltà	6,2	4,9	0,6
qualche difficoltà	1,8	3,4	0,8
nessuna	2,2	1,7	1,3
Patologie severe^o			
almeno una	4,1	4,2	2,4
assente	2,1	2,1	0,8

^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 di 2 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 (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione, mentre maggiore è il numero di giorni in cattiva salute per problemi psicologici nella fascia 35-49 anni.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate in Alto Friuli ha riferito la percezione di essere in buona salute, in linea con i dati rilevati dall'indagine multiscopo dell'ISTAT 2008 (73%).

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.

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 uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score 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.

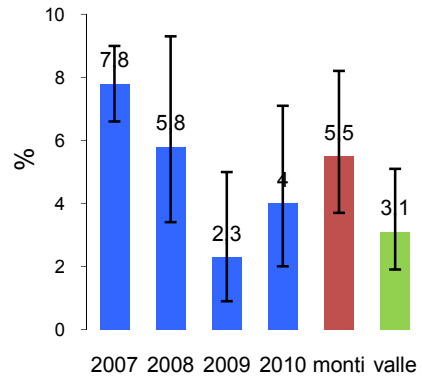
Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASS n.3 il 4% delle persone intervistate ha riferito 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 qualche difficoltà economica
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.

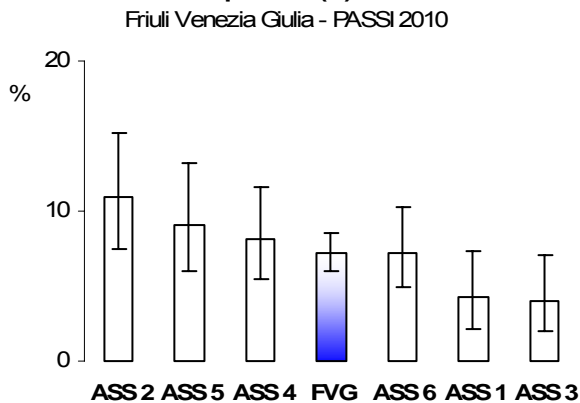
Sintomi di depressione		
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=11)		
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione °	
	%	IC 95%
Totale	4	2,0-7,1%
Classi di età		
18 - 34	2,8	
35 - 49	3,3	
50 - 69	5,5	
Sesso		
uomini	2,2	
donne	6	
Istruzione		
nessuna/elementare	7,4	
media inferiore	2,7	
media superiore	4,7	
laurea	3,8	
Difficoltà economiche		
molte	0,0	
qualche	8,5	
nessuna	1,9	
Stato lavorativo		
lavora	3,6	
non lavora	4,7	
Patologie severe		
almeno una	<u>12,2</u>	
nessuna	<u>2,6</u>	

- In questi ultimi quattro anni la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione passa dal 7,8% del 2007 al 5,8 del 2008, dal 2,3% del 2009 al 4% del 2010.
- A livello regionale, la percentuale di persone con sintomi di depressione è del 7,2% e non vi sono differenze significative tra le Aziende Sanitarie (il range varia dal 4% dell'ASS 3 "Alto Friuli" all'11% dell'ASS 2 "Isontina").
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 6%.

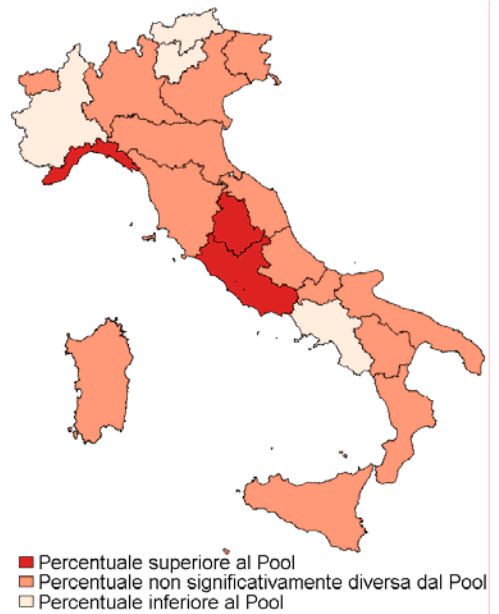
Persone con sintomi di depressione (%)
ASS n.3 Alto Friuli- PASSI 2007-2010



Persone con sintomi di depressione, per ASS (%)



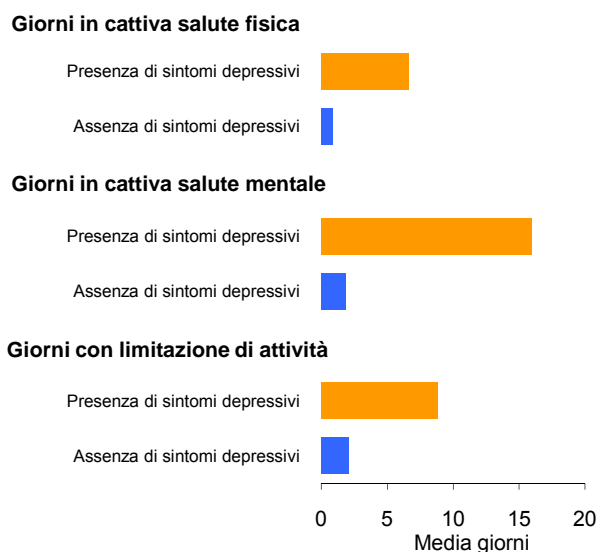
Persone con sintomi di depressione (%)
Pool PASSI 2007-10



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 18,2% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 74% 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 ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=273)

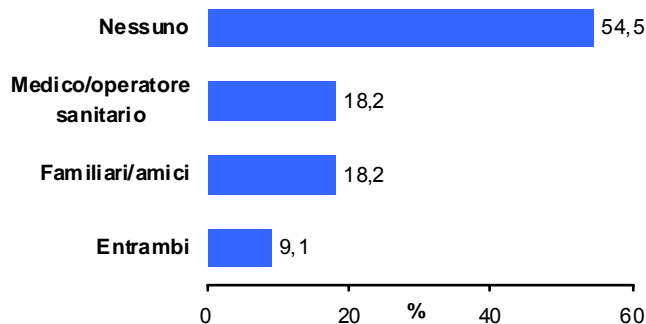


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 45,5% 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 (18,2%), a familiari/amici (18,2%) o ad entrambi (9,1%).
- A livello regionale, tra le persone con sintomi di depressione, poco più della metà (51%) si è rivolto a qualcuno: il 22% a un medico, il 17% ai propri familiari e l'11% sia a un medico sia ai familiari; gli uomini riferiscono più raramente di aver chiesto aiuto (51% contro il 63% delle donne).

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

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=11)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS n.3 “Alto Friuli” i sintomi depressivi hanno 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.

guadagnare salute

attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo

Attività fisica

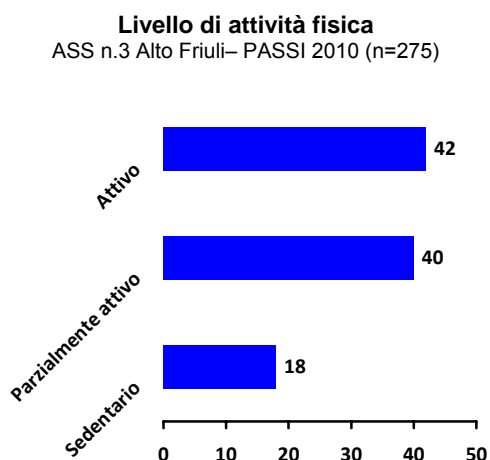
L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie 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 40% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 18% è completamente sedentario.
- In Alto Friuli la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne. E' minore in montagna (16%).

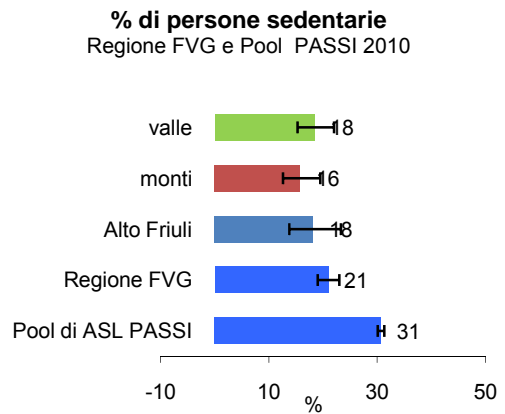


Sedentari		
ASS n.3 Alto Friuli- PASSI 2010 (n=275)		
Caratteristiche	% (IC95%)	
Totale	18,2	13,8 – 23,3
Classi di età		
18-34		9,9
35-49		13,8
50-69		27,3
Sesso		
uomini		16,2
donne		20,3
Istruzione		
nessuna/elementare		18,5
media inferiore		16,8
media superiore		18,5
laurea		23,1
Difficoltà economiche		
molte		16,7
qualche		18,3
nessuna		18,5

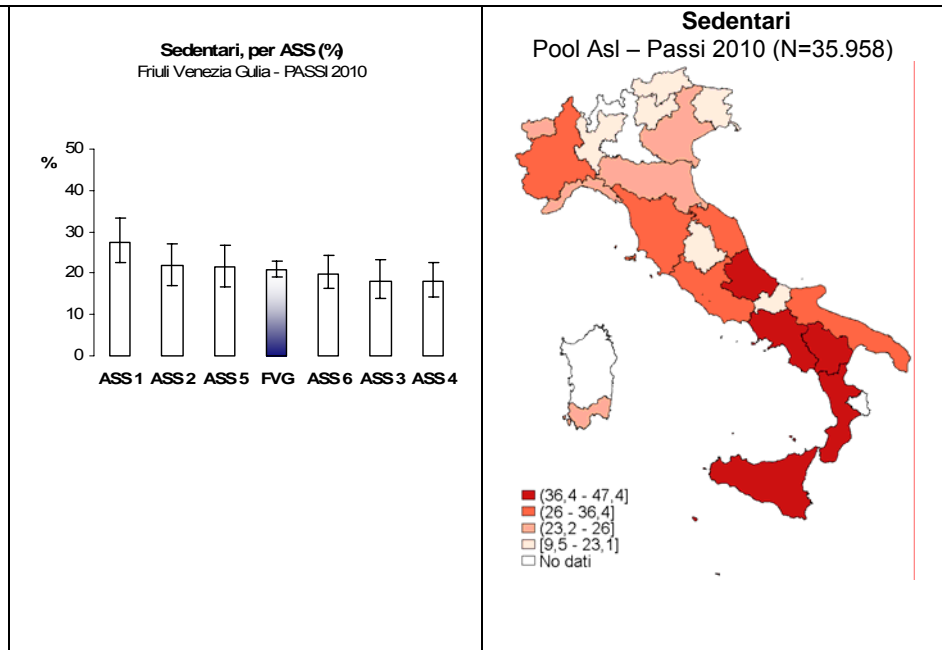
Nel periodo 2007-2010 la prevalenza di sedentari è stabile:

- Nel 2007 era del 19% (IC 95%: 14,2-24,9%)
- Nel 2008 era del 13,8% (IC 95%: 9,9-18,4%)
- Nel 2009 era del 17,3% (IC 95%: 12,9-22,5%)
- Nel 2010 era del 18,2% (IC 95%: 13,8-23,3%)

- Nella Regione FVG nel 2010, il 21% del campione è risultato essere sedentario.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale.

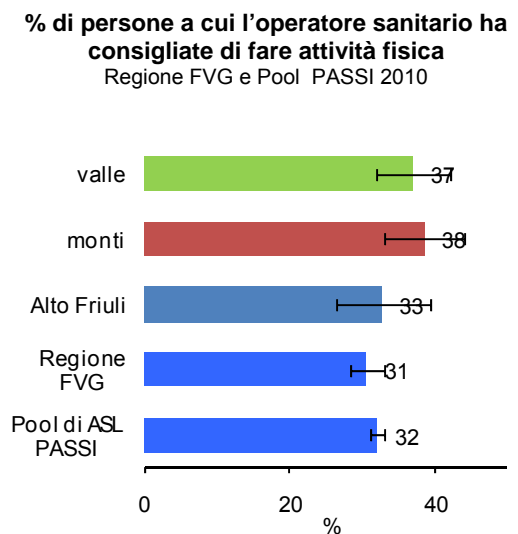


Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 18% ASS 4 “Medio Friuli” - 28%ASS 1 “Triestina”). La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Regioni e Asl che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Sud-Nord. Il valore più basso si registra nella P.A. di Bolzano (9%), quello più alto in Basilicata (47%).



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

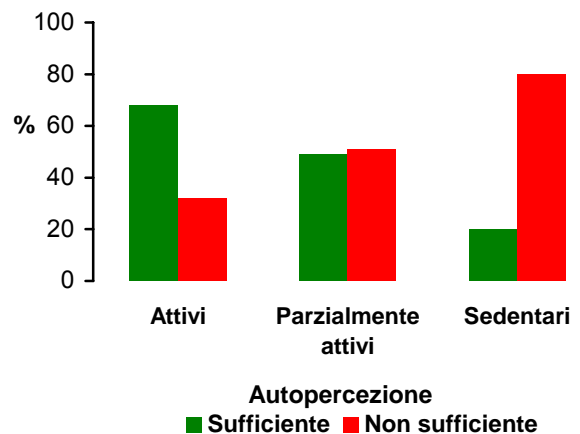
- In Alto Friuli solo il 35% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 33% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Nella Regione FVG, nel 2010 la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è del 30,6%.
- 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 32%, con un evidente gradiente territoriale.



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 31,9% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 51% delle persone parzialmente attive ed il 20% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale.

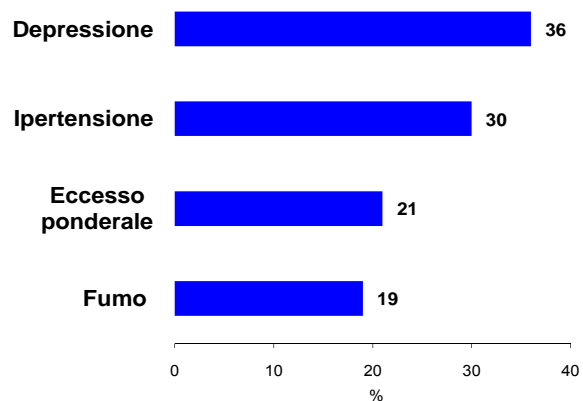
Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASS n.3 Alto Friuli- PASSI 2010 (n=275)



Stile di vita sedentario e compresenza 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 36% delle persone depresse
 - il 30% degli ipertesi
 - il 21% delle persone in eccesso ponderale.
 - il 19% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio
A.S.S. n.3- Alto Friuli - PASSI 2010 (n=270)



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli si stima che meno della metà dei soggetti in età attiva (42%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 18% può essere considerato completamente sedentario.

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

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

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

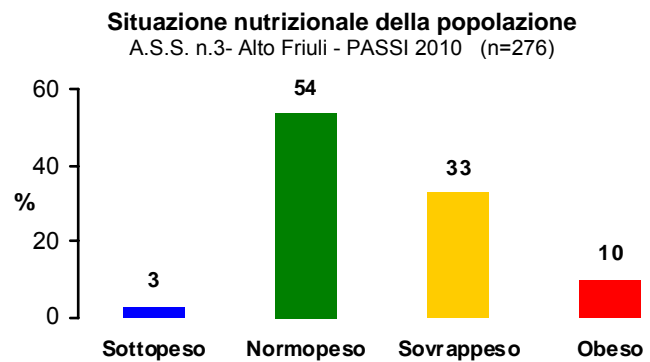
Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Alto Friuli il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 33% sovrappeso e il 10% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.
- Dal confronto con le stime degli anni precedenti il valore dell'eccesso ponderale risulta stabile:
 - anno 2007: 41%
 - anno 2008: 41%
 - anno 2009: 46%
 - anno 2010: 43%



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

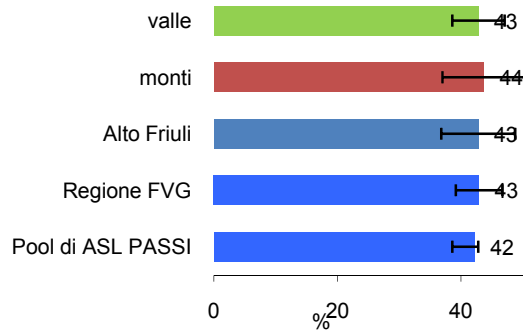
- L'eccesso ponderale (sovrappeso + obeso) è più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (52% vs 33%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
- Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.

Popolazione con eccesso ponderale
A.S.S. n.3- Alto Friuli - PASSI 2010 (n=276)

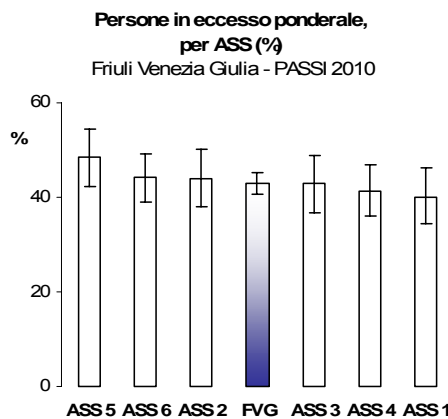
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC95%)		Obesi % (IC95%)	
Totale	32,6	27,1-38,5	10,1	6,8-14,3
Classi di età				
18 - 34		25,0		9,7
35 - 49		26,6		5,3
50 - 69		42,7		14,5
Sesso				
uomini		39		12,8
donne		25,9		7,4
Istruzione				
nessuna/elementare		35,7		17,9
media inferiore		35,7		12,2
media superiore		29,9		6,5
laurea		26,9		7,7
Difficoltà economiche				
molte		27,8		11,1
qualche		31,6		9,5
nessuna		33,3		10,5

- Nella Regione FVG nel 2010, il 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (33% in sovrappeso e 10% obesi).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42,2% (+/- 0,6%) degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 10% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

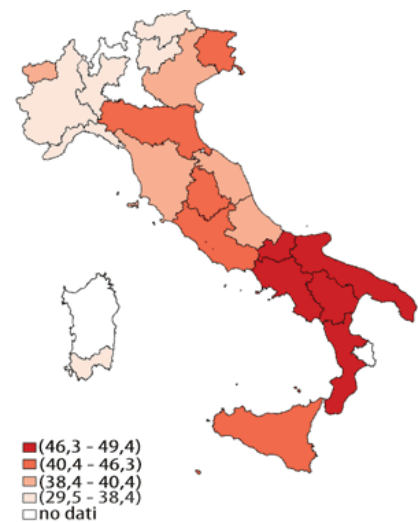
% persone in eccesso ponderale
Pool PASSI 2010



Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone in eccesso ponderale per ASS. Il range varia tra il 40% dell'ASS 1 "Triestina" e il 48% dell'ASS 5 "Bassa Friulana". Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un gradiente Nord-Sud. La P.A. di Trento è il territorio con la percentuale più bassa di persone in sovrappeso/obese (29%), mentre la Puglia è la regione con la percentuale più alta (49%).



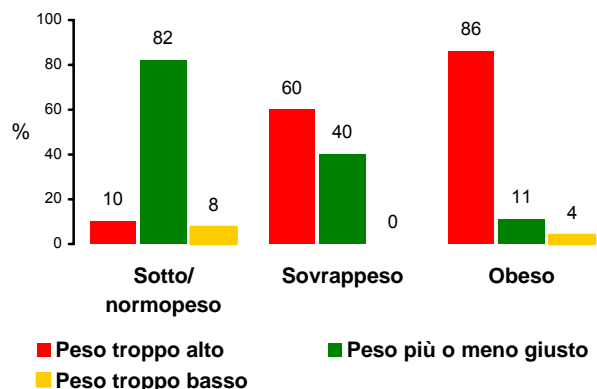
Eccesso ponderale
Pool Asl - Passi 2010 (N=35.958)



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con 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 (86%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 40% ritiene il proprio peso giusto.

Percezione della proprio peso
A.S.S. n.3- Alto Friuli - PASSI 2010 (n=276)

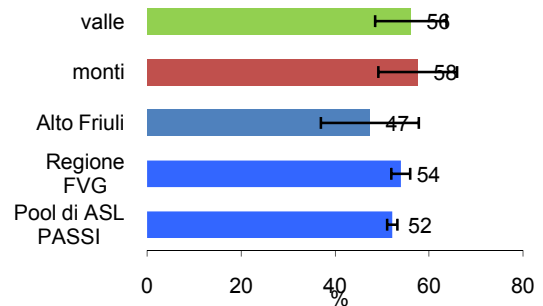


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Alto Friuli il 47% 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 38% delle persone in sovrappeso e il 73% delle persone obese.
- Nella Regione FVG nel 2010, il 54% di persone intervistate in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio del medico.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese).
- In Alto Friuli il 18% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (12% nei sovrappeso e 36% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
 - negli obesi (36% vs 12% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (15%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (8%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (28% vs 6%).

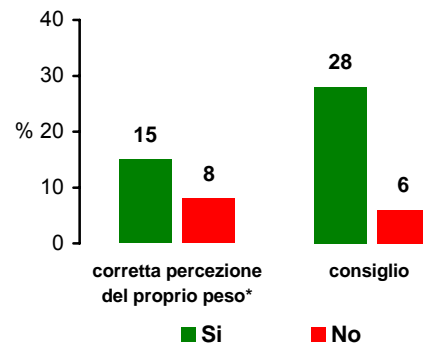
% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario

ASS3, Regione FVG e Pool PASSI 2010



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 2010 (n=118)



* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=118)

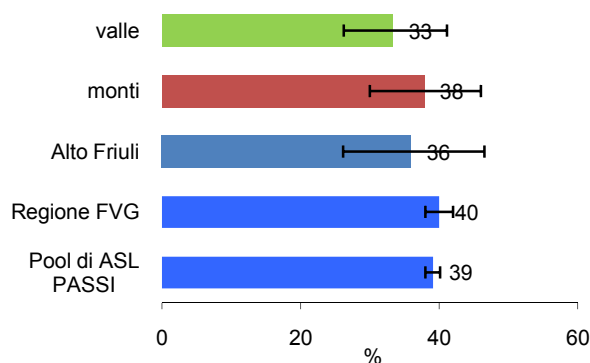
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Alto Friuli il 36% 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 32% delle persone in sovrappeso e il 46% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 76% pratica un'attività fisica almeno moderata, indipendentemente del consiglio ricevuto dal medico.

- Nella Regione FVG nel 2010, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver ricevuto il consiglio è del 40%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 36% delle persone in sovrappeso e il 49% degli obesi.

% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica.

ASS3, Regione FVG e Pool PASSI 2010



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 (76%).

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.

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

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

Consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale (Organizzazione mondiale della sanità) lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

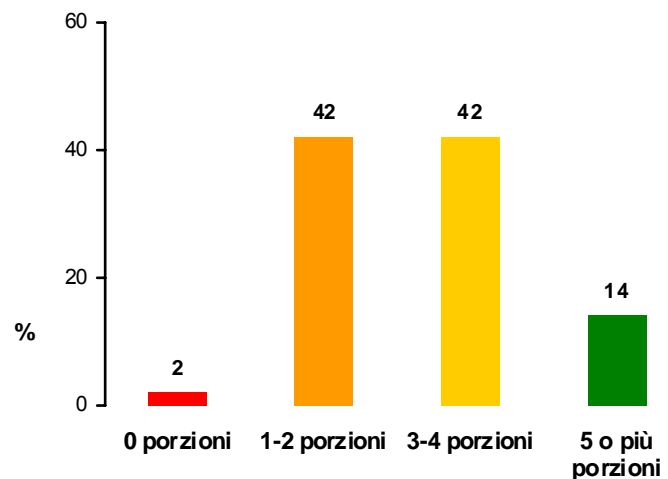
Anche le linee guida per una sana alimentazione italiana sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. In accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata o ortaggi, Passi misura il consumo di questi alimenti.

5 porzioni di frutta e verdura

- Il 98% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Tra questi, il 42% ha riferito di mangiarne 3-4 porzioni e solo il 14% 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 (17%)
 - nelle persone con basso livello d'istruzione (18%)
 - nelle persone obese (21%).
 Non emergono differenze legate alla condizione economica.

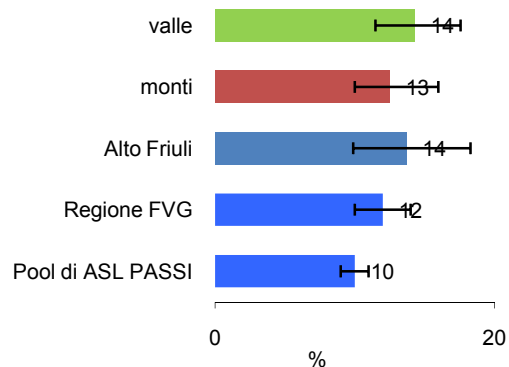
Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno

A.S.S. n.3- Alto Friuli - PASSI 2010 (n=278)

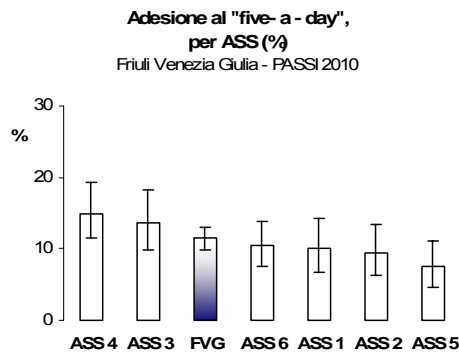


% persone che aderiscono al "five a day"

Regione FVG e Pool PASSI

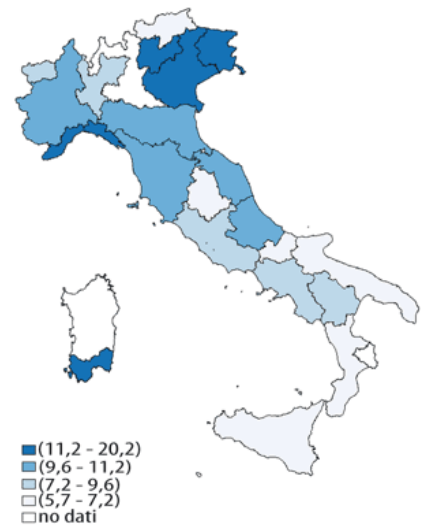


- Nella Regione FVG nel 2010, la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” è del 12%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “five a day” il 10% del campione (13% nel Nord-Est Italia). La mappa riporta la distribuzione geografica dell’adesione alle 5 porzioni al giorno. Il valore più basso si registra nelle Asl della Calabria (6%), il più alto in Liguria (20%).



Adesione al five -a -day

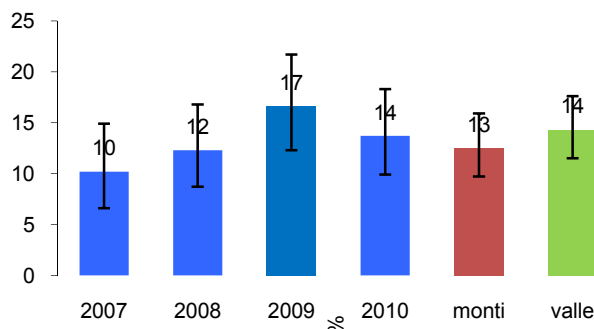
Pool Asl – Passi 2010



Dal confronto con le stime degli anni precedenti, nel quadriennio 2007-10 sembrerebbe che il consumo delle 5 porzioni al giorno in Alto Friuli stia lievemente aumentando:

Consumo di frutta e verdura

Alto Friuli - PASSI 2007-2010



Conclusioni

All’incirca quattro adulti su 10 consumano tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura, ma poco più di una persona su 10 assume l’apporto raccomandato di questi alimenti, pari a cinque porzioni al giorno. Seguendo i principi di Guadagnare Salute, è necessario che, nel nostro Paese, le politiche economiche, agricole e commerciali aumentino la disponibilità e l’accessibilità delle famiglie e delle persone a frutta e verdura e vegetali in genere, e che programmi educativi incidano sulle scelte dei cittadini. In tutti e due i campi, i professionisti della salute possono svolgere un ruolo attivo di orientamento ed esercitare pressioni sui settori economici, agricoli e commerciali, a livello nazionale, regionale e locale.

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). Si stima inoltre che le morti attribuibili all'alcol ammontino a circa 2.255. 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 5 o più (per gli uomini) e 4 o più (per le donne) unità di bevanda alcolica 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 3 o più unità alcoliche al giorno e le donne che bevono 2 o più unità (in passato 4 o più unità per gli uomini e 3 o più per le donne).

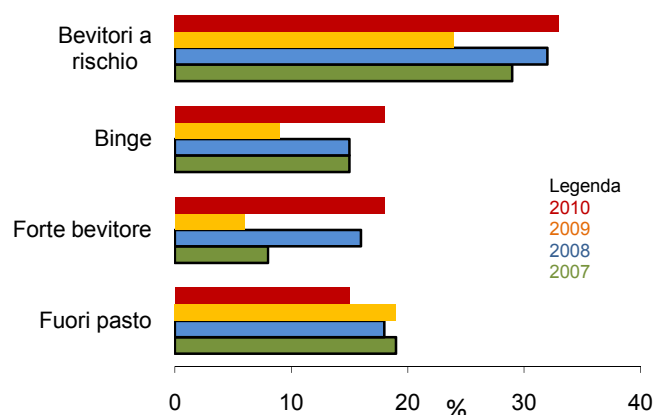
L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Quante persone consumano alcol?

- Nella ASS n.3 la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 65,3%.
- Rispetto al consumo a rischio nel 2007-2010:
 - il 12% degli intervistati è classificabile come un forte bevitore (assunzione di 3 o più unità al giorno per gli uomini e di 2 o più per le donne);
 - il 18% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto.
 - Per quanto riguarda i bevitori *binge* nel 2010, il 18,4% degli intervistati della Azienda Sanitaria può essere classificabile come bevitore *binge*. Questa percentuale è leggermente più alta rispetto a quella del triennio precedente, 2007-2009 (13%), perché nel 2010 i valori che definiscono il consumo *binge* sono variati da "aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche" a "5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne".

Bevitori a rischio* per categorie

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2007-10



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

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

- Complessivamente può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa:
 - nel 2007-09 il 28% degli intervistati;
 - nel 2010 il 34%.

L'incremento osservato per il *binge drinking* si ripercuote anche sulla percentuale di bevitori a rischio del 2010, definiti tali o perché consumatori *binge* o perché forti bevitori o perché bevitori fuori pasto oppure per una combinazione delle tre modalità.

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- Nel 2010 il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:
 - nelle classi di età più giovani 18-34 anni: nei 18-24enni la metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (47%);
 - nelle persone con un livello di istruzione medio-alto.
- Nella Regione Friuli Venezia Giulia nel 2010 la percentuale di bevitori a rischio è stata del 31,4% (14,2% consumo forte, 16,1% consumo binge, 15% consumo fuori pasto).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19% (9% consumo forte, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.

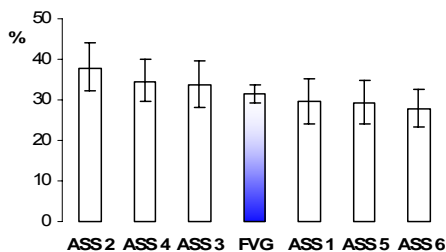
Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=87)

Caratteristiche	Bevitori a rischio* % (IC95%)
Totale	33,7 28-39,8
Classi di età	
18 - 24	47,1
25 - 34	37,5
35 - 49	29,9
50 - 69	33,0
Sesso	
uomini	38,9
donne	<u>28,3</u>
Istruzione	
nessuna/elementare	14,8
media inferiore	31,1
media superiore	42,0
laurea	33,3
Difficoltà economiche	
molte	27,8
qualche	29,4
nessuna	36,6

* Sono considerati a rischio i forti bevitori, i bevitori fuori pasto e i binge.
La sottolineatura indica la differenza significativa fra le due categorie.

% Bevitori a rischio
Regione Friuli Venezia Giulia- PASSI 2010

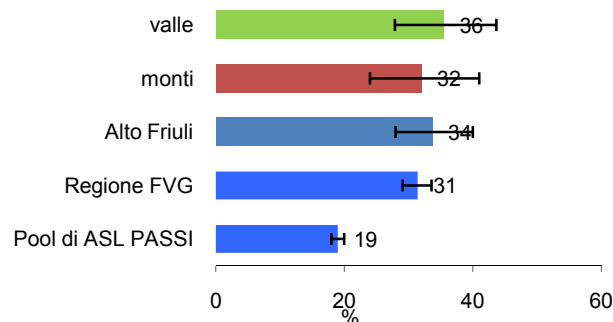


Bevitori a rischio
Pool Asl- PASSI 2010



% di bevitori a rischio

ASS 3, Regione FVG e Pool PASSI 2010



Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

- Nel 2010, il 18,4% degli intervistati della ASS può essere classificabile come bevitore binge.
- Questa modalità di consumo di alcol risulta significativamente più diffusa negli uomini (28% vs 9% nelle donne).
- Non si rilevano differenze riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

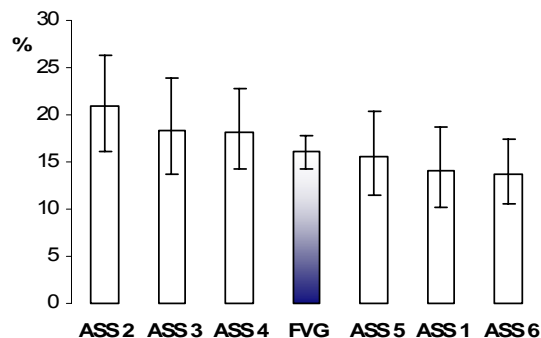
Consumo binge* (ultimo mese)	
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=44)	
Caratteristiche	Bevitori binge* % (IC95%)
Totale	18,4 13,7-23,9
Classi di età	
18 - 24	25
25 - 34	23,9
35 - 49	17,7
50 - 69	15,3
Sesso	
uomini	<u>27,6</u>
donne	8,6
Istruzione	
nessuna/elementare	3,8
media inferiore	18,2
media superiore	21,3
laurea	25
Difficoltà economiche	
molte	12,5
qualche	16
nessuna	20

* consumatore *binge*: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità di bevanda alcolica in una sola occasione

- Nella Regione FVG il range varia dal 14 % della ASS 6 "Friuli Occidentale" al 21% della ASS 2 "Isontina" e non vi sono differenze significative fra le Aziende Sanitarie.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2010, la percentuale di bevitori binge è risultata del 9%.

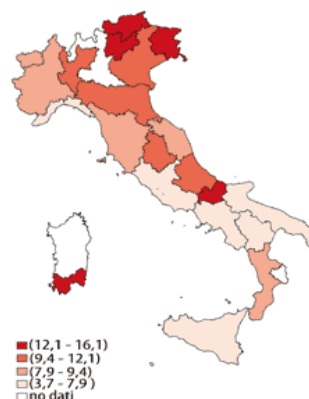
Bevitori "binge", per ASS (%)

Friuli Venezia Giulia- PASSI 2010



Bevitori "binge"

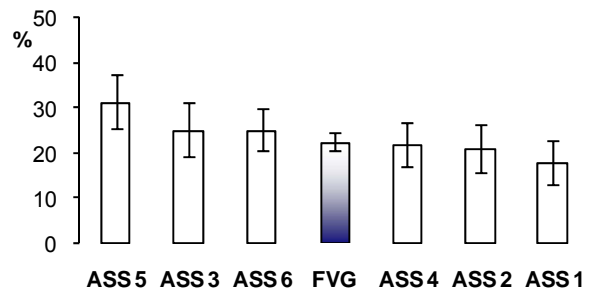
Pool Asl- PASSI 2010



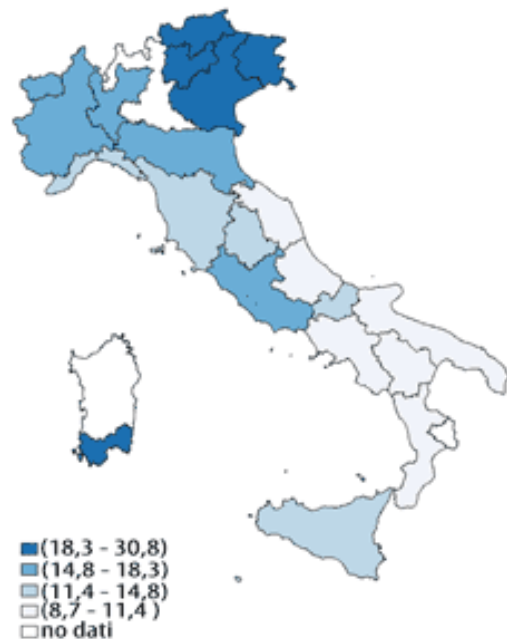
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In Alto Friuli nel 2010 solo il 24,8% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Nella Regione FVG nel 2010 la percentuale di intervistati che ha riferito che un medico o operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol è del 22,4%; mentre il 5,8% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo.
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, nel 2010 il 15% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol, per ASS
Friuli Venezia Giulia- PASSI 2010



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
pool ASL-PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

La maggioranza dei residenti nell’Azienda Sanitaria beve alcol. Tuttavia, si stima che circa un terzo degli adulti abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio. A differenza di altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol non risulta maggiormente diffuso nelle persone con molte difficoltà economiche o con più bassi livelli di istruzione. I risultati sottolineano l’importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell’alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) sia negli operatori sanitari. Nonostante la capacità del medico di affrontare l’argomento “alcol” con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente (OMS, 2009) e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell’alcol, rimane scarso l’interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti: solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall’alcol, è stata dimostrata (Lancet, 2009) l’efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell’alcol, in particolare su prezzo e reperibilità del prodotto. Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l’effetto dell’alcol e gli interventi individuali sui bevitori a rischio. Nell’ottica del programma Guadagnare Salute, infine, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista far diventare l’alcol più costoso e meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci nella riduzione dei danni provocati dall’alcol.

Per approfondire:

- Rapporto nazionale Passi 2009: Attività fisica
http://www.epicentro.iss.it/passi/alcol/alcol_Passi09.pdf
- 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
- The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 26 giugno 2009
- Ministero della salute “Piano nazionale alcol 2007-2009”, 2007
- 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.
- Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organisation, 2009.

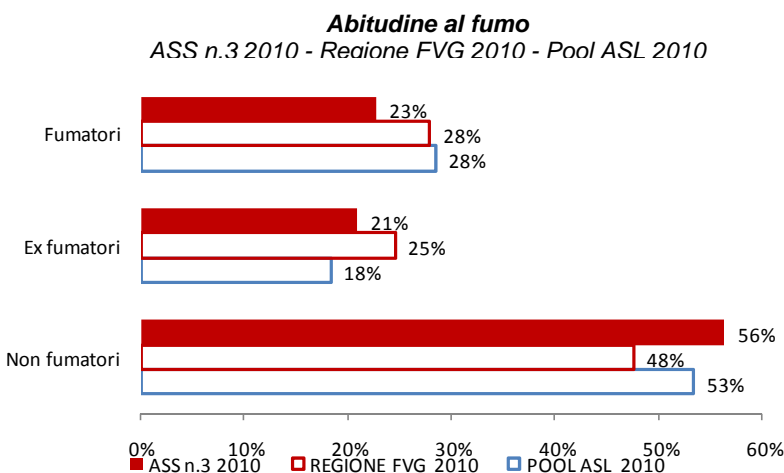


L'abitudine al fumo nella ASS n.3 "Alto Friuli" I dati del sistema di sorveglianza PASSI 2007-10

L'abitudine al fumo di sigaretta

Secondo i dati 2010 del sistema di sorveglianza PASSI, nella ASS n.3 "Alto Friuli" il 22,7% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette*. Nel triennio 2007-2009 la percentuale di fumatori era pari al 29,4%

Il 21% è invece ex fumatore^ e il 56,3% non ha mai fumato°. Nella Regione Friuli Venezia Giulia, nel 2010 la percentuale di fumatori è del 27,9% e nel pool di Asl Passi 2010 del 28%.



Condizione di fumatore

ASS n.3 "Alto Friuli"- anno 2010

nei due sessi	Uomini	23,2%
	Donne	22,2%
nelle classi di età	18-24 anni	35,3%
	25-34 anni	21,8%
	35-49 anni	22,3%
	50-69 anni	21,6%
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	14,3%
	Media inferiore	26,1%
	Media superiore	22,4%
	Laurea	15,4%
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	22,2%
	Qualche difficoltà	25,3%
	Nessuna difficoltà	20,4%

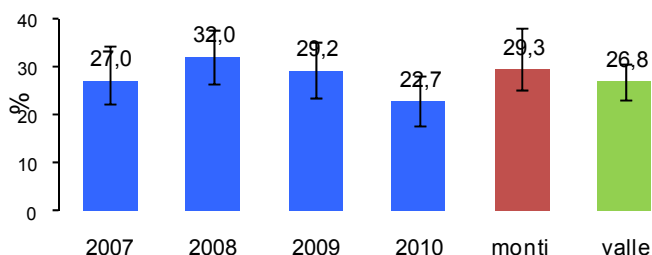
Quanto si fuma

ASS n.3 "Alto Friuli"- anno 2010

Sigarette fumate in media	11
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno	6,7%

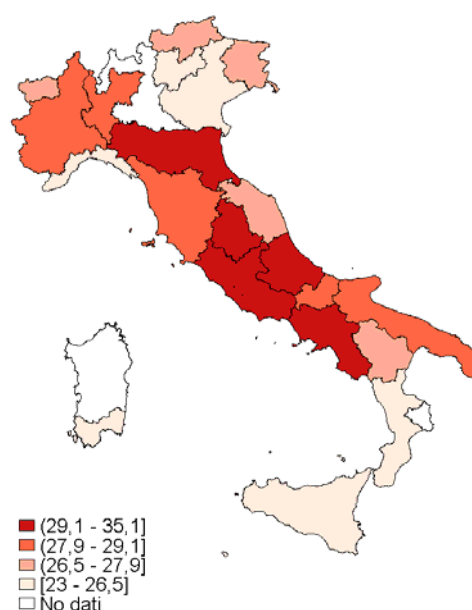
Percentuale di fumatori

PASSI ASS n.3 2007-2010



Fumatori (%)

Pool ASL PASSI 2010



L'abitudine al fumo è diffusa circa in egual misura fra i due sessi, mentre è più diffusa nei giovani fra i 18 e 24 anni (35,3%), nelle persone con una scolarità media inferiore (23,8%).

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11. Tra i fumatori, il 6,7% è un forte fumatore (più di un pacchetto di sigarette al giorno).

L'1,7% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

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

^ Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma e che ha smesso 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 che attualmente non fuma

L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra gli intervistati che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 46,6% è stato chiesto se fumano.

Tra i fumatori, nel triennio 2007-09 il 44,6% ha ricevuto il consiglio di smettere, mentre nel 2010 la percentuale è pari all'55,1%. I due valori, che non sono confrontabili per modifiche apportate al questionario utilizzato nel 2010, sono rilasciati separatamente.

Atteggiamento degli operatori sanitari ASS n.3 "Alto Friuli" 2007-10

	2007-10	
	2007-09	2010
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo	46,4%	
Consigliato dal medico di smettere (ai fumatori)	44,6%	55,1%

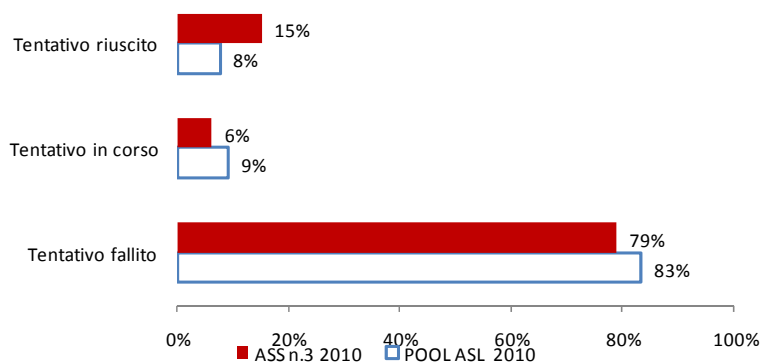
Smettere di fumare

Tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 48,5% ha tentato di smettere (nel 2010, 43% nella Regione FVG).

Di questi:

- Il 78,8% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- Il 6,1% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- Il 15,2% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Esito del tentativo di smettere di fumare tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista ASS n.3 2010 -- Pool ASL 2010



Il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro

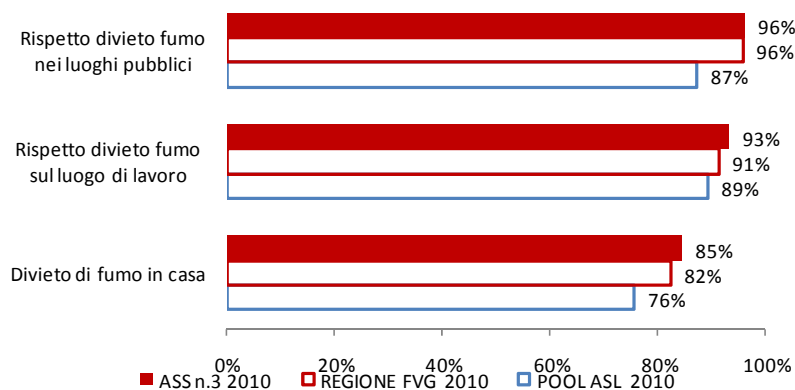
Il 96,1% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge). Nel 2010, nella regione FVG tale valore è pari al 95,8% e nel Pool di ASL all'87%.

Tra i lavoratori intervistati, il 93,2% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre. Nel 2010, nella regione FVG tale valore è pari al 91,3% e nel Pool di ASL all'89%.

Fumo in casa

Il 15,5% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 13,3% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 2,2% ovunque). Nel 2010, nella regione FVG il divieto assoluto di fumo negli ambienti domestici è pari all'82,4% e nel Pool di ASL al 76%.

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici, nei luoghi di lavoro e divieto di fumo in casa ASS n.3 2010 - Regione FVG 2010 - Pool ASL 2010



Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI?

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A dicembre 2010, sono state caricate complessivamente oltre 130 mila interviste. Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi.

rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta e verdura, e di pesce; negativo: eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, ecc.).

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità ed isolamento sociale. Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale.

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative ed amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute".

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

Passi monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

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

Ipertensione arteriosa

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nella ASS n.3 l'88% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 5% più di 2 anni fa, mentre il restante 7% 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
- negli uomini
- tra le persone con un livello di istruzione medio alto

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni

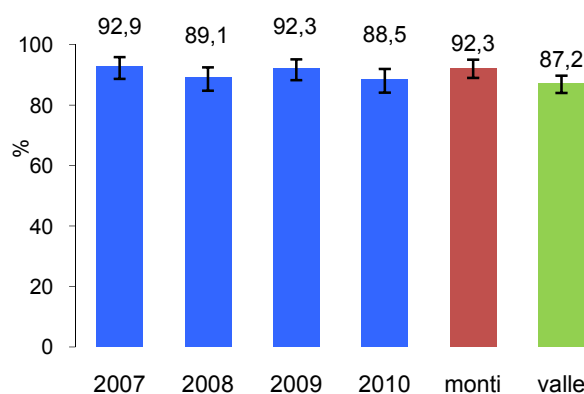
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n= 246)

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)
Totale	88,5 84,1-92
Classi di età	
18 - 34	81,9
35 - 49	89,4
50 - 69	92
Sesso	
uomini	90,8
donne	86
Istruzione	
nessuna/elementare	82,1
media	89,6
superiore	89,8
laurea	88,5
Difficoltà economiche	
molte	66,7
qualche	89,5
nessuna	90,8

- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)

ASS n.3 2007-10



Quante persone sono ipertese?

- In Alto Friuli il 20,8% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (43% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con eccesso ponderale.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n= 54)

Caratteristiche	Ipertesi % (IC95%)	
Totale	20,8	16-26,2
Classi di età		
18 – 34	0	
35 – 49	8,9	
50 – 69	<u>43,4</u>	
Sesso		
Uomini	<u>25</u>	
Donne	16,1	
Istruzione		
nessuna/elementare	34,6	
media inferiore	20,6	
media superiore	21,6	
laurea	4	
Difficoltà economiche		
molte	28,6	
qualcuna	23,3	
nessuna	18,1	
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	11,7	
sovrappeso/obeso	<u>32,5</u>	

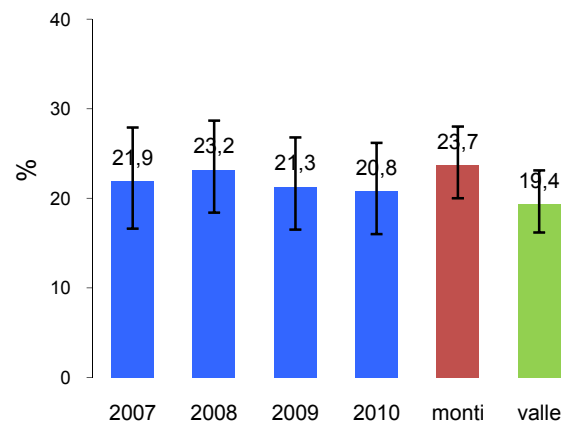
* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

La sottolineatura indica la differenza significativa fra le categorie

- Nel pool PASSI 2010, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%.

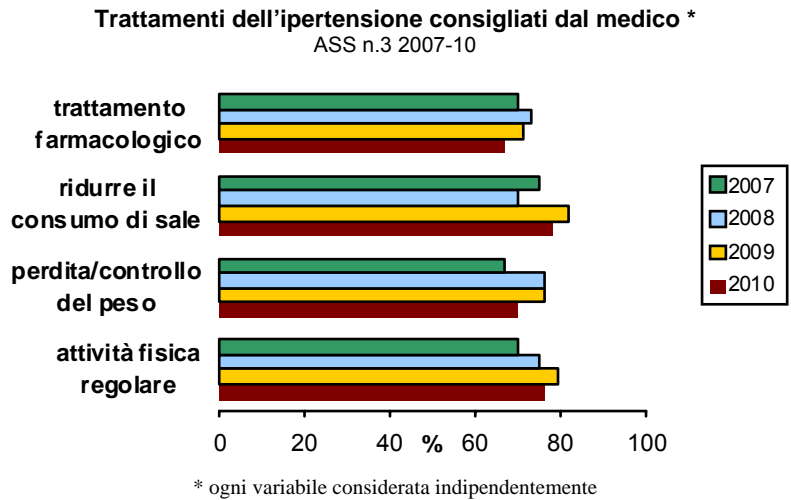
Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)

ASS n.3 2007-10



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

- Nella ASS n. 3 il 67% 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 (78%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (70%)
 - svolgere regolare attività fisica (76%).



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 79%.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASS n.3 "Alto Friuli", nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 43% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

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

In Alto Friuli si stima che circa una persona su dieci 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 tre ipertesi su quattro.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

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?

- Nella ASS n.3 "Alto Friuli", l'81% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 50% nel corso dell'ultimo anno
- il 23,4% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 7,6% da oltre 2 anni.

Il 19,1% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 65% della fascia 18-34 anni all'88% di quella 50-69 anni)
 - nelle persone con qualche o senza alcuna difficoltà economica.

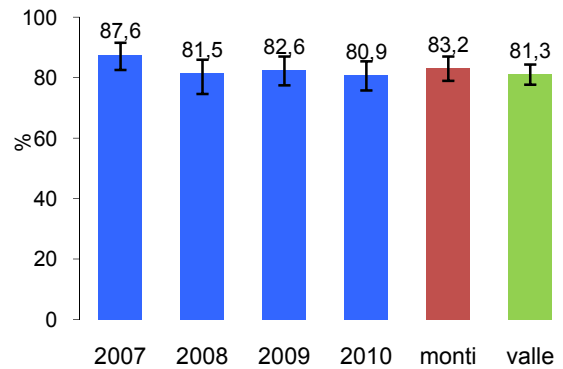
Non si registrano invece differenze fra i due sessi o nei livelli di istruzione.

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n= 225)

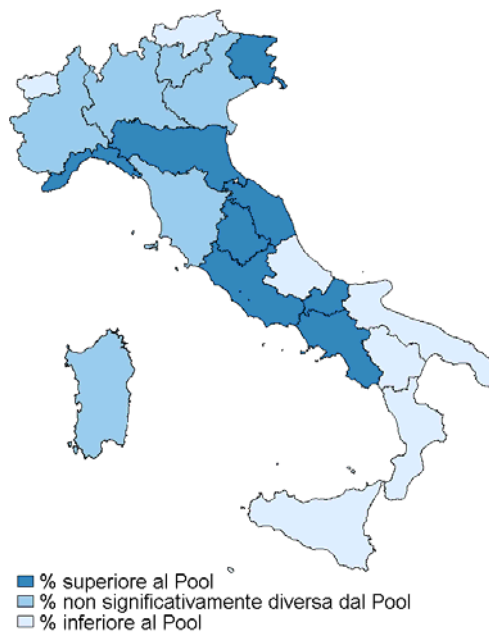
Caratteristiche	Colesterolo misurato	
	% (IC95%)	
Totale	80,9	75,8-85,4
Classi di età		
18 - 34	65,3	
35 - 49	84	
50 - 69	88,4	
Sesso		
uomini	81,7	
donne	80,1	
Istruzione		
nessuna/elementare	78,6	
media	81,7	
superiore	79,6	
laurea	88,5	
Difficoltà economiche		
molte	55,6	
qualche	85,3	
nessuna	81,6	

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 79%; è presente un evidente gradiente territoriale.

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2007-10



Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Pool PASSI 2007-10



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In Alto Friuli il 28% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone in sovrappeso o obese.

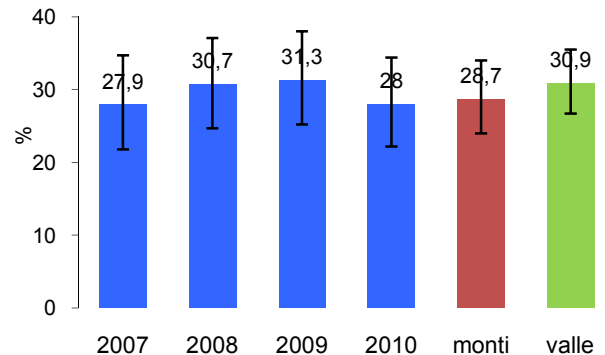
Ipercolesterolemia riferita*	
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n= 63)	
Caratteristiche	Ipercolesterolemia % (IC95%)
Totale	28,0 22,2-34,4
Classi di età	
18 – 34	10,6
35 – 49	21,5
50 – 69	41,4
Sesso	
Uomini	31,0
Donne	24,8
Istruzione	
nessuna/elementare	50
Media	25,5
Superiore	26,7
Laurea	21,7
Difficoltà economiche	
molte	10
qualche	25,9
nessuna	30,1
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	<u>22,0</u>
sovrappeso/obeso	<u>35,7</u>

* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo
La sottolineatura indica differenza significativa fra le due categorie

- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2007-10

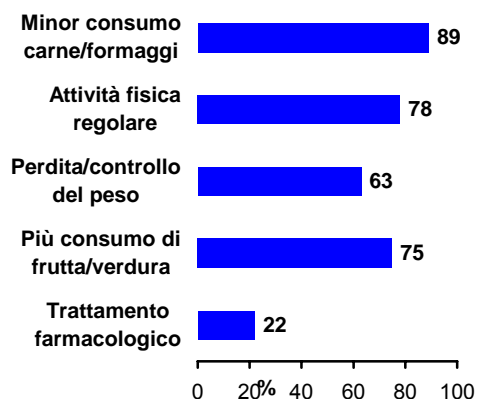


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASS n. 3 il 22,2% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (88,9%)
 - svolgere regolare attività fisica (77,8%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (63,5%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (74,6%).

Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*

ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=63)



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Nel 2010 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 32%.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Alto Friuli, nella fascia d'età 18-69 anni, circa tre persone su dieci abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre quattro persone su dieci sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su sei 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 cinque 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 ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

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

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

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

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

- Nella ASS n.3 solo il 5% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

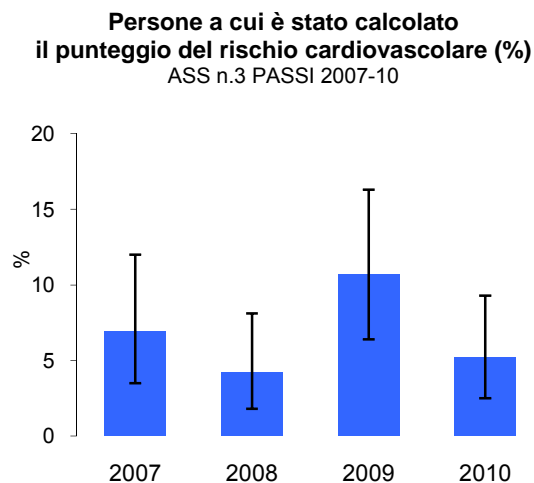
In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi, nelle classi d'età più elevate.

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
ASS n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n= 10)

Caratteristiche Demografiche		Punteggio calcolato % (IC95%)	
Totale		5,2	2,5-9,3
Classi di età			
	35 – 39	0	
	40 – 49	3,2	
	50 – 59	10,3	
	60 – 69	4,7	
Sesso			
	Uomini	3,1	
	Donne	7,3	
Istruzione			
	bassa	7,5	
	alta	2,3	
Difficoltà economiche			
	sì	7,5	
	no	3,6	
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*			
	sì	5,3	
	no	5,0	

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

- La percentuale di intervistati ai quali è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare risulta essere in questi anni di sorveglianza sempre molto bassa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7%.



Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Pool PASSI 2007-10



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

sicurezza

sicurezza stradale
alcool e guida
infortuni domestici

Sicurezza stradale

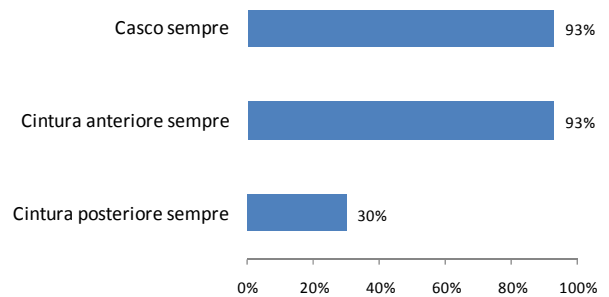
Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità nei soggetti al sotto di 40 anni. Gli eventi più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

In ambito preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e i controlli delle Forze dell'Ordine.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell'anno 2010 in Alto Friuli la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre il casco (93%) e la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (93%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 30% degli intervistati, infatti, la usa sempre.
- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi d'età più giovani (25-34 anni) e nelle persone con molte difficoltà economiche.

Uso dispositivi di sicurezza *
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2010

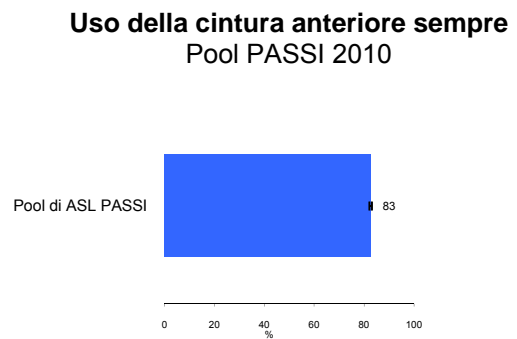
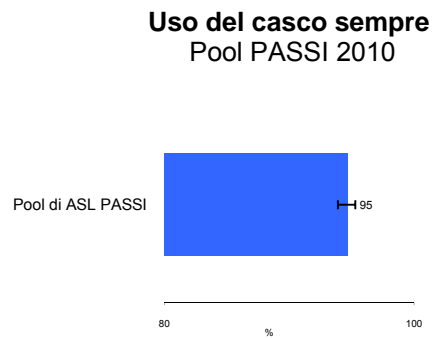


* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

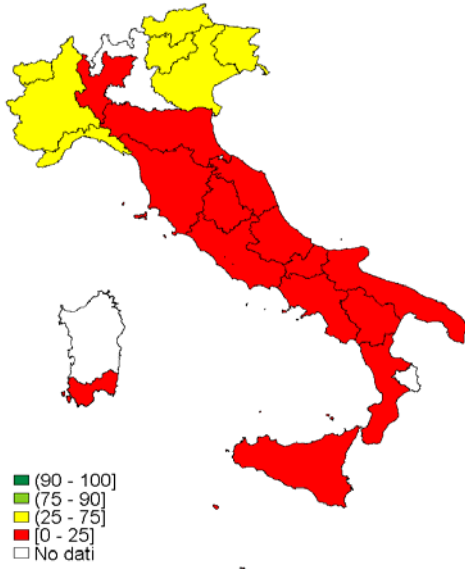
Utilizzo sempre delle cinture posteriori
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n.220)

Caratteristiche	Cinture posteriori	
	% (IC95%)	
Totale	30,5	24,4 - 37
Classi di età		
18 – 24		
25 – 34		37,5
35 – 49		21,5
50 – 69		35,5
		29,6
Sesso		
Uomini		29,9
Donne		30,9
Istruzione		
nessuna/elementare		34,8
media inferiore		36,9
media superiore		23,6
Laurea		30,4
Difficoltà economiche		
molte		16,7
qualche		32,1
nessuna		31

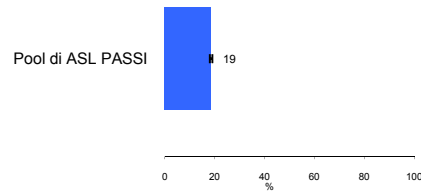
- E' presente un gradiente territoriale statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza, più frequente nelle Regioni del Nord e del Centro Italia.



Uso della cintura posteriore sempre Pool di ASL - PASSI 2010



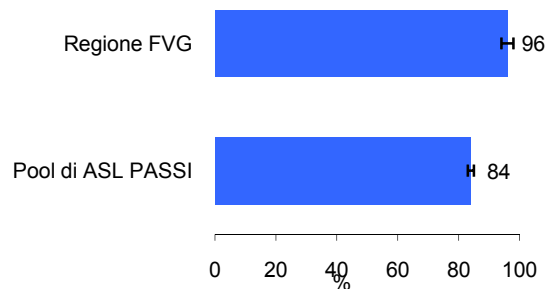
Uso della cintura posteriore sempre Pool PASSI 2010



Utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei minori

In Alto Friuli il 95% degli intervistati nell'anno 2010 ha riferito di utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini. Studi locali relativi al mancato utilizzo del dispositivo di sicurezza nei minori stimano percentuali più elevate (dal 30% al 60% a seconda delle classi d'età); il problema va pertanto approfondito in quanto l'effetto *desiderabilità sociale* può portare i genitori a riferire di usare sempre o quasi sempre i dispositivi di sicurezza anche quando in realtà ne fanno un uso più limitato. Per questo motivo dal 2011 verrà modificata la sezione del questionario.

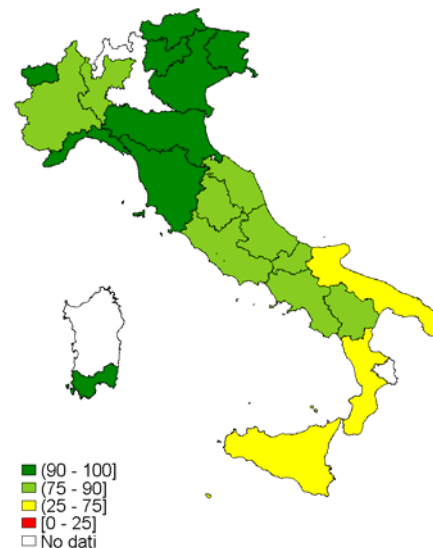
Uso dei dispositivi di sicurezza per bambini Regione FVG e Pool PASSI 2010



Nel 2010 nella Regione FVG l'utilizzo del dispositivo di sicurezza per bambino è molto diffuso e avviene nel 96% dei casi.

Nel pool di ASL partecipanti al sistema nel 2010 il valore è 84%. Anche per il ricorso al seggiolino esiste una grande variabilità tra le diverse Regioni: si passa dal 96% del Friuli-Venezia Giulia al 70% della Puglia e della Sicilia.

Uso dei dispositivi di sicurezza per bambini Pool di ASL - PASSI 2010



Circa la metà degli intervistati (58%) ha riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi analogo al valore del pool di ASL partecipanti al

sistema nel 2010 (57%).

Conclusioni e raccomandazioni

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Non indossare la cintura comporta l'aumento del rischio di morire in caso di incidente, non solo per chi guida, ma anche per tutti gli altri passeggeri. La maggior parte degli intervistati fa uso della cintura anteriore e del casco, ma solo una persona su tre utilizza la cintura sui sedili posteriori.

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 fondamentali interventi strutturali ed ambientali. L'incremento del trasporto pubblico, car sharing e forme di trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza con piste ciclabili, interventi per la moderazione del traffico come le "zone 30", ecc.) determinano una riduzione del traffico privato con conseguente miglioramento della qualità dell'aria, riduzione degli incidenti stradali e incremento del livello di attività fisica della popolazione.

Per approfondire

- Rapporto nazionale Passi 2009: Sicurezza stradale
http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza_Passi09.pdf
- 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.epicentro.iss.it/temi/incidenti/Eurosafe09.asp>
- Istat: incidenti stradali, statistiche in breve. 2008
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/testointegrale20091113.pdf

Alcol e guida

Nella maggior parte dei paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa uno su cinque dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale viene rilevato un eccesso di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nel periodo di riferimento, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Nell'anno 2010 il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente*.

Nel periodo 2007-2010 la prevalenza di guidatori non astemi è stabile:

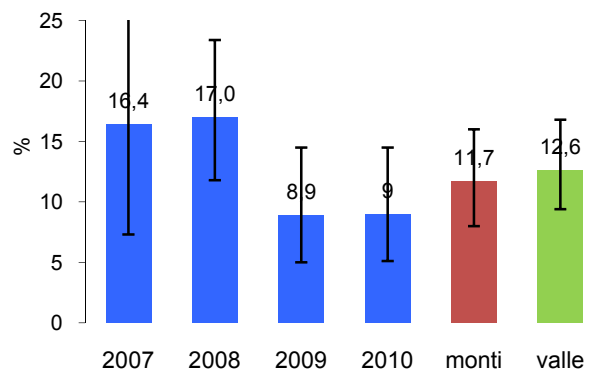
- Nel 2007 era del 16,4% (IC 95%: 7,3-26%)
- Nel 2008 era del 17% (IC 95%: 11,8-23,4%)
- Nel 2009 era del 8,9% (IC 95%: 5-14,5%)
- Nel 2010 era del 9% (IC 95%: 5,1-14,5%)

- Nel pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.

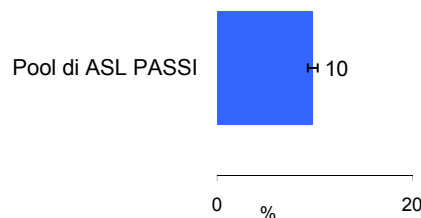
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	
A.S.S. n.3 Alto friuli - PASSI 2010 (n=166)	
Caratteristiche	Guida sotto effetto alcol % (IC95%)
Totale	9 5,1-14,5

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

Persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol (%)
ASS n.3 PASSI 2007-10



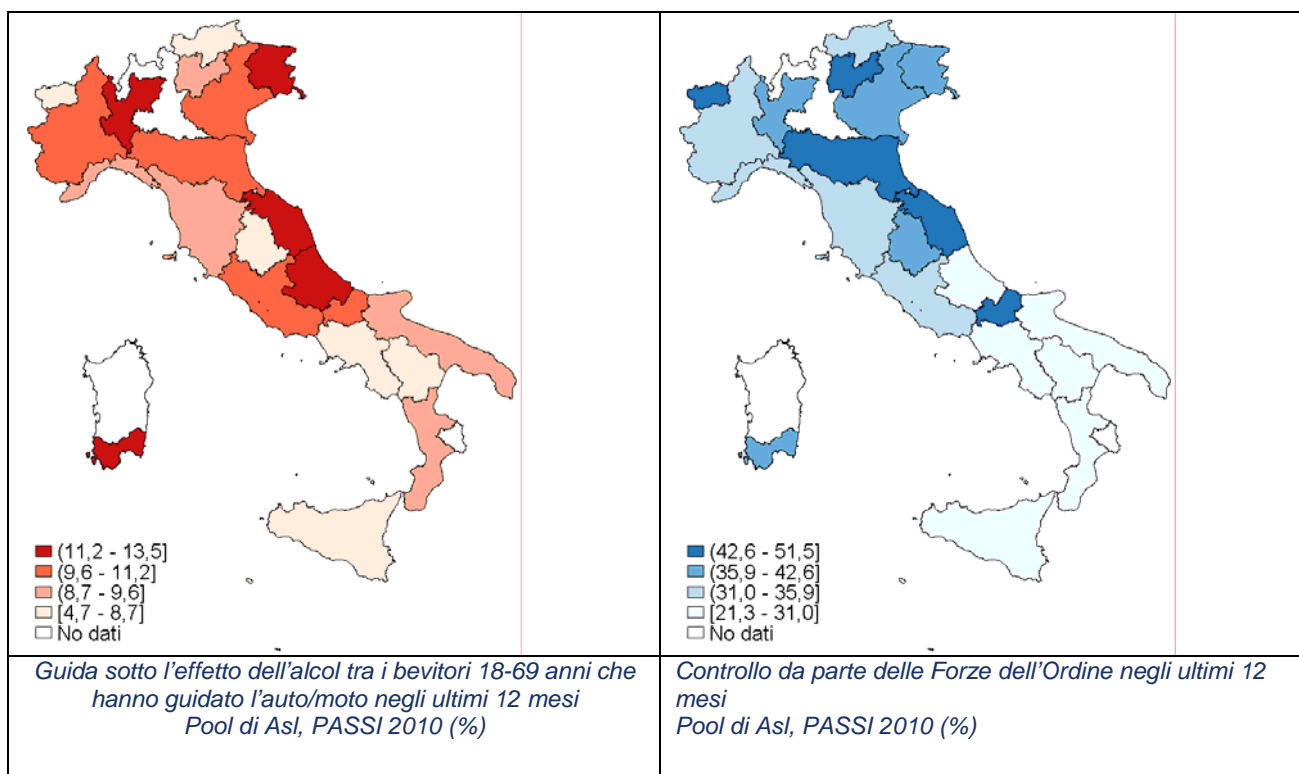
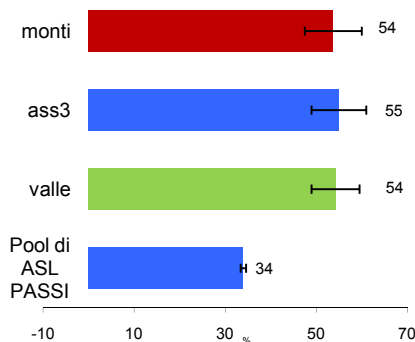
Guida sotto l'effetto dell'alcol
Regione YY e Pool PASSI 2010



I controlli delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi dall'intervista: ricorso all'etilotest

- Nel 2010, in Alto Friuli il 55% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi.
- Il 12% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- Nel 2010, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 34% e, tra chi è stato fermato, l'11% riferisce che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest.

Controllo da parte delle Forze dell'Ordine
Regione YY e Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

Una minoranza (il 9% dei guidatori non astemi), piccola ma consistente, mette ancora a rischio la vita propria e quella degli altri, guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

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

Occorre infine sottolineare come, in una prospettiva di lungo periodo, le politiche per la riduzione dell'uso di auto e moto, a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza), creano sinergie positive: riducono gli incidenti stradali, promuovono l'attività fisica e migliorano la qualità dell'aria atmosferica.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. Nella ASS n.3 il problema è diffuso, con coinvolgimento non solo delle classi d'età più giovani.

In letteratura risultano maggiormente studiati gli interventi rivolti ai giovani; quelli di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di controllo delle forze dell'ordine sia per il rispetto dei limiti consentiti dell'alcolemia sia per l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

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.

Ulteriori Risorse

- Rapporto nazionale Passi 2009: Sicurezza stradale

http://www.epicentro.iss.it/passi/SicurezzaStradale/sicurezza_Passi09.pdf

- 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.epicentro.iss.it/temi/incidenti/Eurosafe09.asp>

- Istat: incidenti stradali, statistiche in breve. 2008

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091113_01/testointegrale20091113.pdf

Sicurezza domestica

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

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

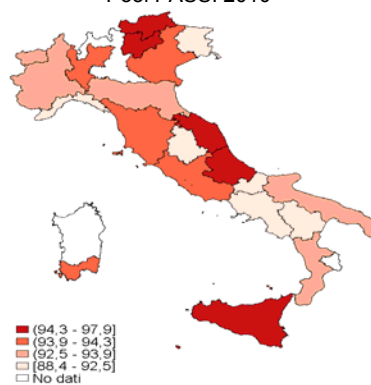
- In Alto Friuli la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 13% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare la bassa percezione del rischio sembra più frequente tra:
 - le persone con elevato livello di istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non sembra essere un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.
- A livello regionale nel 2010, la percentuale di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico è del 89%.
- Nel pool di Asl PASSI 2010 questa percentuale è pari al 93%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASS 3 Alto Friuli- PASSI 2010 (n=278)	
Caratteristiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico° %
Totale	87,4 (82,9-91,1)
Età	
18 - 34	90,3
35 - 49	88,3
50 - 69	84,8
Sesso	
uomini	88,7
donne	86
Istruzione	
nessuna/elementare	82,1
media inferiore	83,5
media superiore	92,6
laurea	88,5
Difficoltà economiche	
molte	77,8
qualche	83,2
nessuna	90,8
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°°	
si	87
no	87,6

° possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

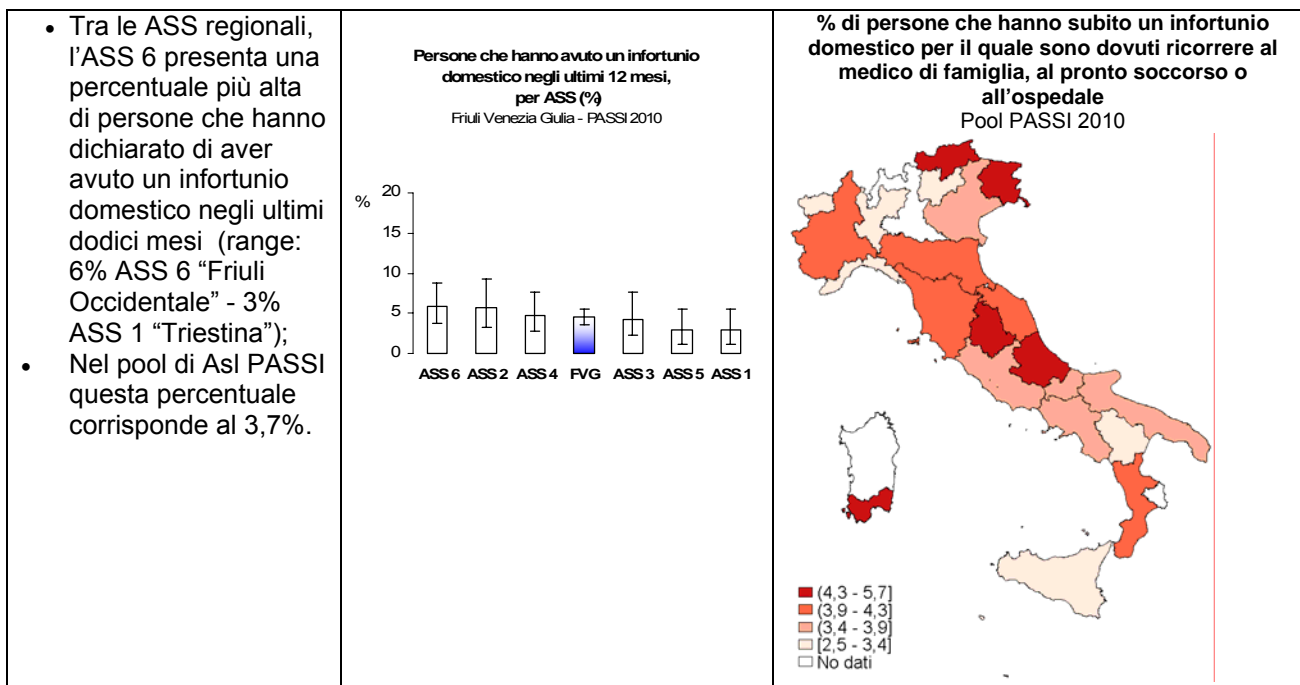
°° presenza di anziani e/o bambini

Persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Pool PASSI 2010



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

Nel 2010 (informazione disponibile solo a partire dal 2010), in Alto Friuli il 4,3% degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. Nella regione questa percentuale è simile (4,5%).



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

programmi di prevenzione

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 per frequenza e in Italia rappresenta quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili. Secondo le rilevazioni dei Registri tumori, nel periodo 2003-2005 nel nostro Paese si sono verificati 8,6 casi per 100.000 donne: un dato che, rispetto al passato, è in lenta ma continua diminuzione, in parte attenuata dall'invecchiamento della popolazione.

Nel 2007, i decessi per cancro della cervice uterina in Italia sono stati ancora 471. Eppure, almeno teoricamente, la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con Pap test, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni alle donne, a partire dai 25 anni fino ai 64 anni di età. In Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato in cui le donne nella fascia d'età a rischio vengono invitate a intervalli regolari per fare il Pap test. Tuttavia il Pap test viene effettuato anche al di fuori di programmi organizzati, su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti. L'Osservatorio nazionale screening svolge il monitoraggio dell'andamento di questi programmi: nel 2009 le donne italiane di 25-64 anni, residenti in aree dove è attivo un programma di screening organizzato, erano più di 13 milioni (78,4% della popolazione target). L'estensione dei programmi è ormai ampia nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e gradualmente aumenta anche in quelle meridionali. Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato il Pap test e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla ASS oppure su iniziativa personale.

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.

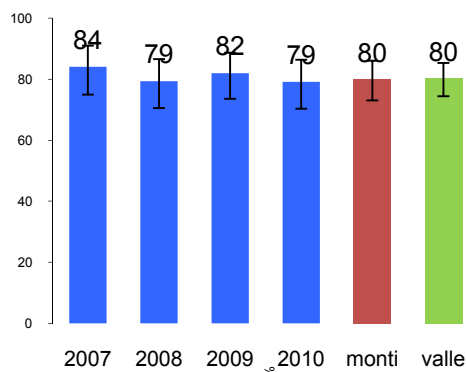
La copertura stimata è superiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) dalle indicazioni nazionali. Il livello desiderabile sarebbe superiore all'80%.

- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 50-64 anni
 - non conviventi
 - con medio-alto livello d'istruzione

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)	
A.S.S. n.3 Alto Friuli – PASSI 2010 (n=110)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni % (IC95%)
Totale	79,1 (70,3-86,3)
Classi di età	
25 - 34	73,1
35 - 49	77,8
50 - 64	84,6
Stato civile	
coniugata	77,6
non coniugata	81,4
Convivenza	
convivente	76,6
non convivente	84,8
Istruzione	
nessuna/elementare	54,5
media inferiore	85
media superiore	79,1
laurea	81,3
Difficoltà economiche	
molte	80
qualche	78,3
nessuna	79,6

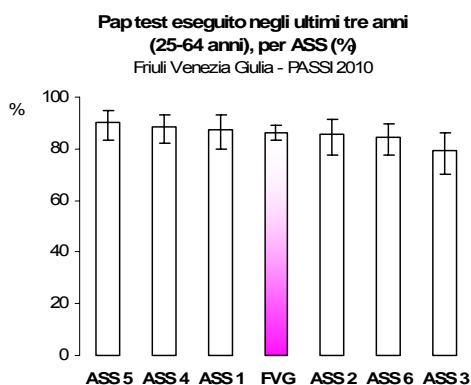
- In Alto Friuli negli ultimi 4 anni la percentuale di adesione allo screening della cervice uterina presenta una lieve flessione

Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
ASS 3 Alto Friuli



Nel 2010, in Friuli Venezia Giulia l'86% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni (il 56% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 30% come screening spontaneo). Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 79% ASS 3 "Alto Friuli" - 90% ASS 5 "Bassa Friulana").

Nel 2010, nel pool di Asl italiane che hanno partecipato alla rilevazione, il 76% delle donne 25-64enni ha eseguito un Pap test preventivo nel corso dei tre anni precedenti l'intervista. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori elevati al Nord (85%) e al Centro (82%), mentre è più bassa al Sud (62%).



Copertura del Pap test negli ultimi tre anni (25-64enni)
Pool Asl – Passi 2007-2010



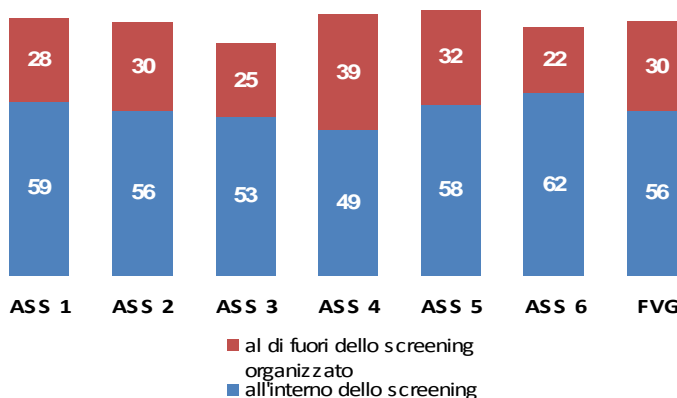
Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un 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, il 53% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 25% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

- Nello screening cervicale la quota di adesione spontanea è rilevante (il 30% come screening spontaneo).
- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale.
- A livello nazionale si stima che quasi quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato (si va dall'8% della Basilicata al 69% della Liguria).

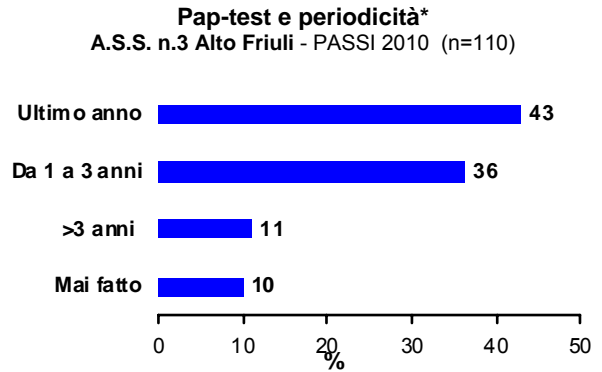
Copertura del Pap test negli ultimi tre anni (25-64enni) per ASS e per adesione spontanea o all'interno dello screening
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 43% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 36% da uno a tre anni
 - l' 11% da più di tre anni
- Il 10% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

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

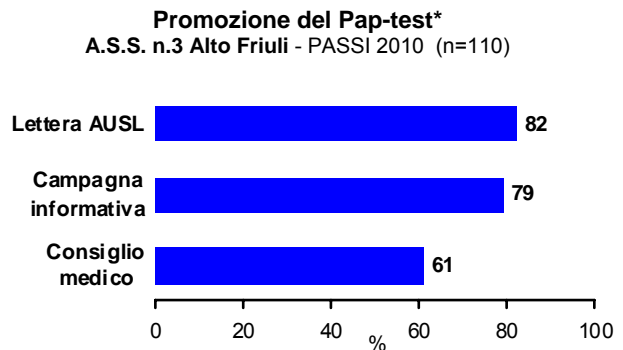


Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

In Alto Friuli:

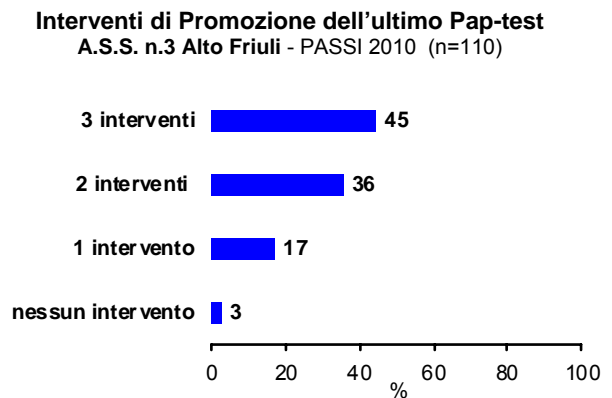
- L'82% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'Azienda Sanitaria
- il 79% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- il 61% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

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



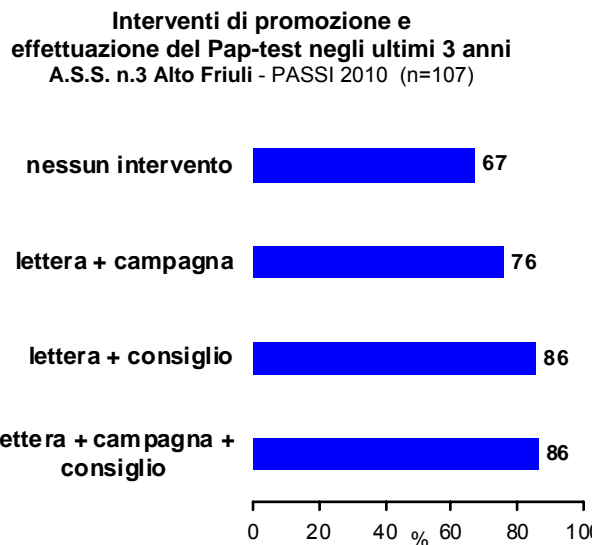
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 68% ha visto una campagna informativa.

- In Alto Friuli il 45% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 36% da due interventi ed il 17% da un solo intervento; solo il 3% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 31%, 35%, 24% e 10%.



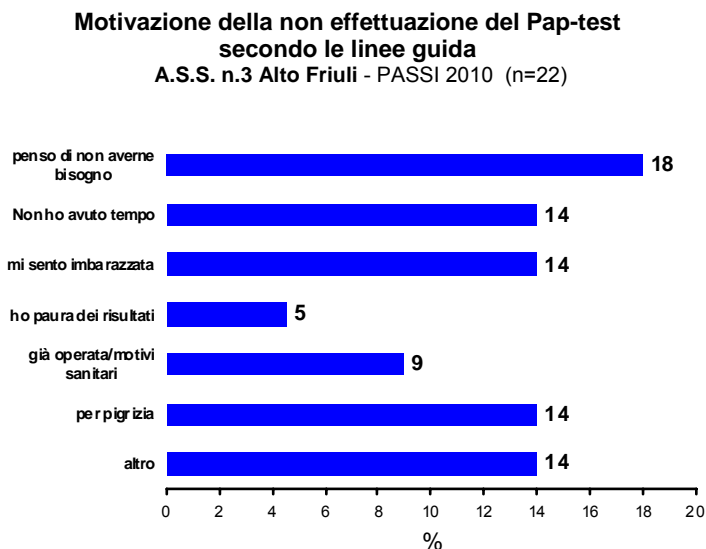
Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- In Alto Friuli la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è solo del 67% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 86% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



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

- In Alto Friuli il 21% 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 (10%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (11%).
- 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: il 18% ritiene infatti di non averne bisogno.



Conclusioni e raccomandazioni

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 infatti molto importanti per l'esecuzione del Pap-test 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 la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante.

Più di una donna su tre 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.

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. L'Istituto superiore di sanità stima che, nell'arco di tutto il 2010, si siano accumulati 38.286 nuovi casi e che, in virtù di una migliore sopravvivenza, attualmente ben 472.112 donne italiane vivono, dopo aver avuto un cancro della mammella. Tutto ciò grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure. La mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia. Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti. L'Osservatorio nazionale screening, che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, stima che nel 2009 fossero circa 2,5 milioni (l'87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato. Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato oppure su iniziativa personale.

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

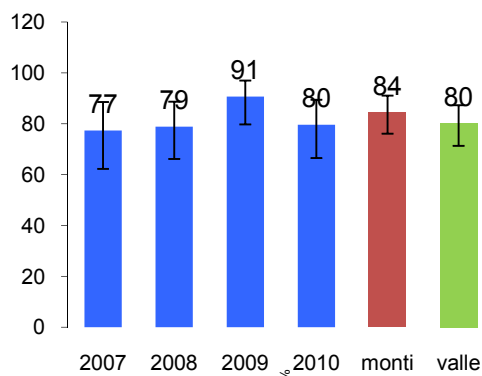
- In Alto Friuli circa l'80% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. La copertura stimata è superiore sia al livello 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
 - nelle coniugate/conviventi
 - con alto livello di istruzione
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)	
A.S.S. n. 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=54)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni° % (IC95%)
Totale	79,6 (66,5-89,4)
Classi di età	
50- 59	86,7
60 -69	70,8
Stato civile	
coniugata	84,8
non coniugata	75
Convivenza	
convivente	85,7
non convivente	68,4
Istruzione	
nessuna/elementare	75
media inferiore	72,7
media superiore	100
laurea	100
Difficoltà economiche	
molte	66,7
qualche	72,7
nessuna	89,3

° in assenza di segni o sintomi

- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 59% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.
- In Alto Friuli negli ultimi 4 anni il report PASSI rileva un'adesione allo screening mammografico sostanzialmente stabile.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)
ASS3 Alto Friuli PASSI 2007 - 2010

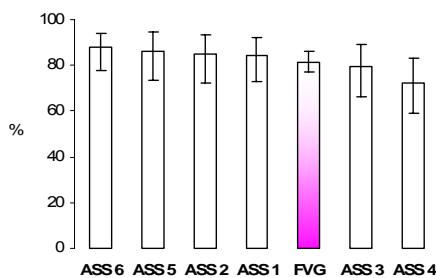


Nel 2010, in Friuli Venezia Giulia l'82% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni (il 67% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 15% come screening spontaneo).

Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 72% ASS 4 "Medio Friuli" - 88% ASS 6 "Friuli Occidentale").

Nelle Asl che hanno partecipato al Passi nel 2010, il 70% delle donne 50-69enni ha eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori più alti al Nord (81%) e al Centro (77%), mentre è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (53%).

Mammografia eseguita negli ultimi due anni (50-69 anni), per ASS
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Copertura della mammografia negli ultimi due anni (50-69enni)
Pool Asl - Passi 2010



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

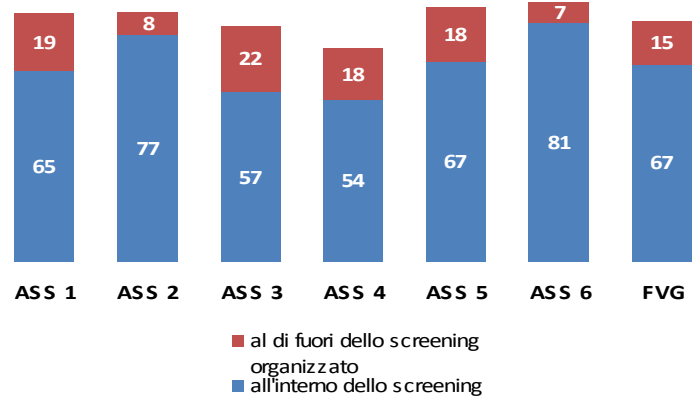
Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero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

In Alto Friuli, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 57,4% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 22,2% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

- In Friuli Venezia Giulia la mammografia viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati (67% vs 15%) Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale.
- A livello nazionale una donna su cinque (20%) ha eseguito lo screening mammografico su iniziativa personale (si va dal 4% della Basilicata e Valle d'Aosta al 34% della Liguria).

Copertura della Mammografia negli ultimi due anni (50-69enni) per ASS e per adesione spontanea o all'interno dello screening

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010

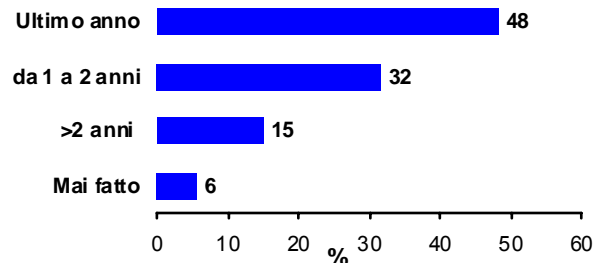


Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
 - il 48% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 31,5% da uno a due anni
 - il 14,8% da più di due anni
- Il 5,6% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

Periodicità di esecuzione della Mammografia

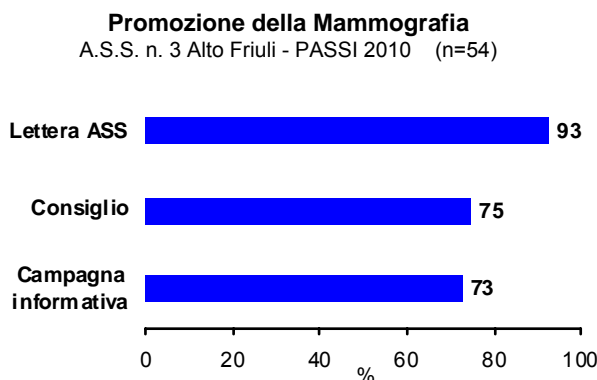
A.S.S. n. 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=54)



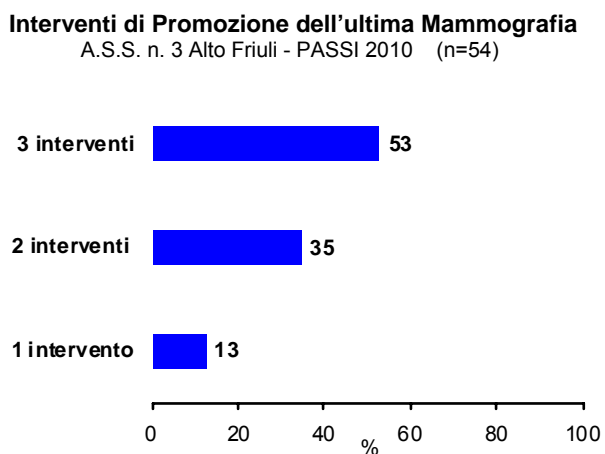
* La campagna di screening prevede la Mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.

Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- In Alto Friuli:
 - il 93% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'Azienda Sanitaria
 - il 73 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 75% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

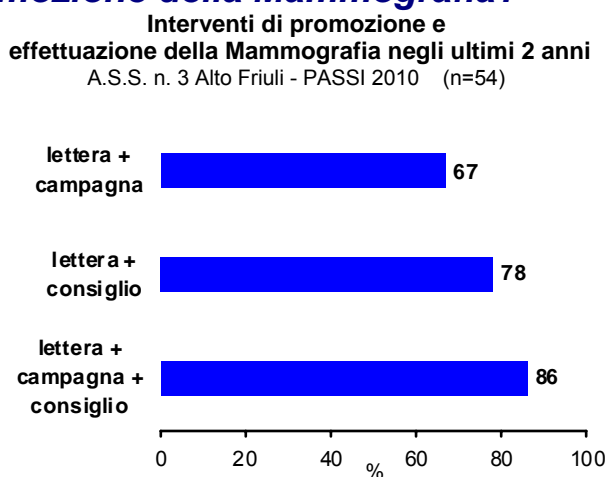


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'AUSL, il 66% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.
- Il 53% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASS, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 35% da due interventi ed il 13% da uno solo;
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 34%, 18%.



Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- In Alto Friuli la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia è del 85% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati, come avviene all'interno dei programmi organizzati.

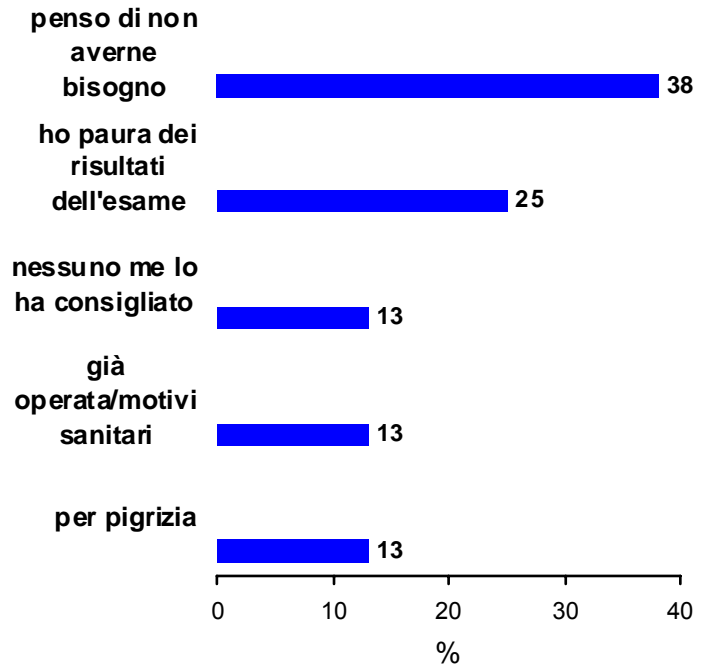


Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventiva?

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida

A.S.S. n. 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=54)

- In Alto Friuli il 20% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuata la Mammografia (6%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (15%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 38% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (27%)

Conclusioni e raccomandazioni

I programmi di screening organizzati favoriscono una maggior adesione della popolazione target e riducono le disuguaglianze. In particolar modo, la lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, sembra lo strumento più efficace. In Alto Friuli così come in Friuli Venezia Giulia la copertura stimata nelle donne 50-69enni relativa all'effettuazione della Mammografia è elevata (circa l'80%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (57%) sia della quota di adesione spontanea (22%), che in questo screening è meno rilevante rispetto a quello cervicale.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; la lettera di invito e il consiglio sanitario associati si confermano gli strumenti più efficaci. La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori; per alcuni è forse possibile intervenire con un'azione comunicativa attenta e mirata ed indica un rilevante ricorso all'esame "preventivo" prima dei 50 anni.

La mammografia è spesso praticata già prima dei 50 anni (età media della prima Mammografia riferita è di 40 anni), età per cui il rapporto tra benefici e rischi è apparentemente minore e aumentano i costi per anno di vita salvata. È proprio per questi motivi, del resto, che le attuali raccomandazioni prevedono l'offerta dello screening prima dei 50 anni, ma solo dopo aver raggiunto una protezione ottimale per le donne tra 50 e 69.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile.

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 alla fine dell'anno 2008. Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni e la colonscopia di secondo livello nei soggetti positivi al test.

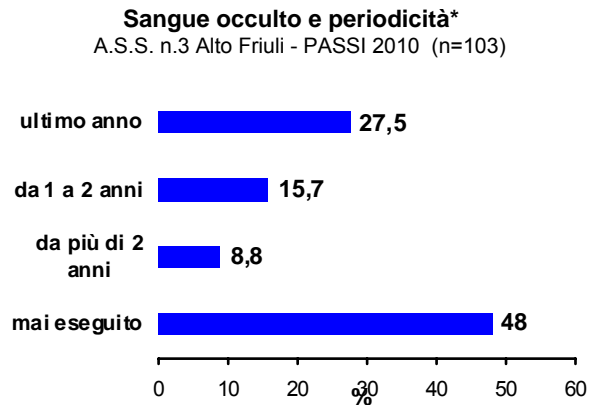
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- Nel 2010 in Alto Friuli circa il 53% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 43% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni;
- Il 18% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.

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

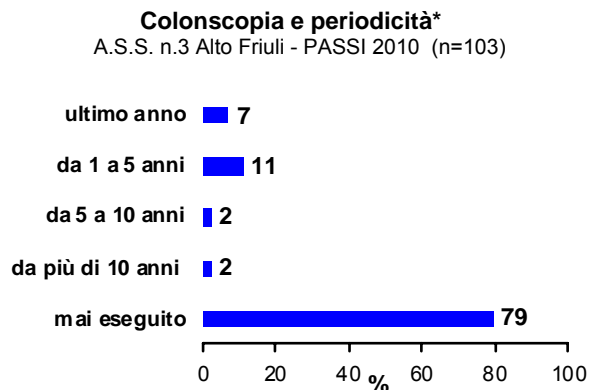
- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 28% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 16% da uno a due anni
 - il 9% da più di due anni
- Il 48% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

* 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.



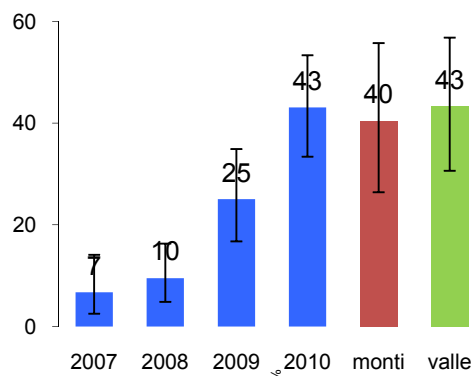
- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 7% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - l'11% da uno a cinque anni
 - il 2% da cinque a dieci anni
 - il 2% da più di dieci anni.
- Il 79% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

* La campagna di screening prevede l'esecuzione della colonscopia ogni 5 anni nella fascia d'età di 50 -69 anni.

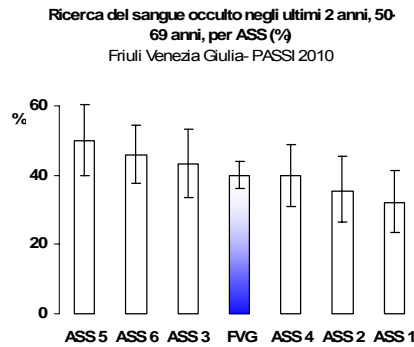


Il trend temporale del report PASSI dimostra che negli ultimi 4 anni è stata rilevata un'adesione allo screening del colon retto in netto miglioramento, grazie all'attivazione della chiamata attiva, iniziata alla fine dell'anno 2008.

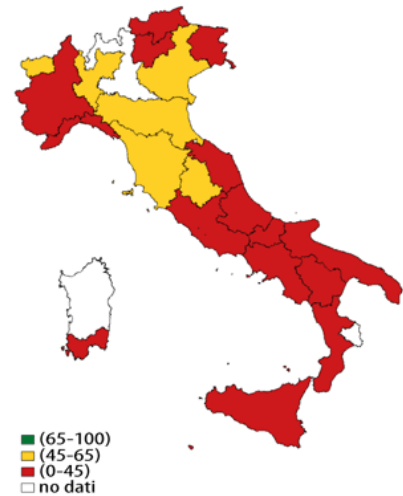
Soggetti di 50-69 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
ASS3 Alto Friuli PASSI 2007 - 2010



- Nel 2010, in Friuli Venezia Giulia il 40% delle persone tra i 50 e i 69 anni intervistate ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nel corso degli ultimi due anni. Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 32% ASS 1 “Triestina” - 50% ASS 5 “Bassa Friulana”).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, circa il 29% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 12% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.



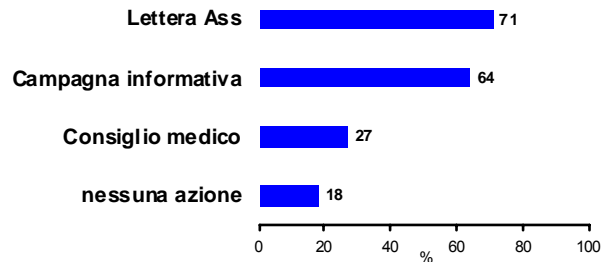
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni (50-69enni)
Pool Asl – Passi 2007-2010



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

- In Alto Friuli:
 - il 71% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall’ASL
 - il 64% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 27% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

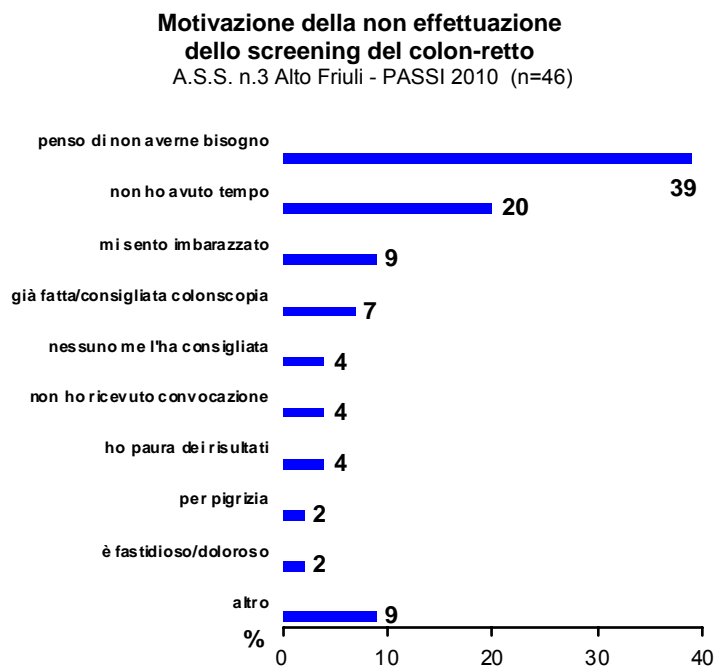
Promozione dello screening coloretale
A.S.S. n.3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=103)



- A livello regionale, il 49% delle persone ha ricevuto la lettera dell’ ASL, il 30% il consiglio dell’operatore sanitario e il 47% ha visto una campagna informativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 22% (lettera della ASL), il 23% (consiglio dell’operatore sanitario) e il 42% (campagna informativa).

Perché non sono stati effettuati esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo?

- In Alto Friuli il 48% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore coloretale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 39% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (4%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata dal 2008 e al 2010 si è raggiunto un livello di copertura del 52% nella popolazione target.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socioeconomici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

Vaccinazione antinfluenzale

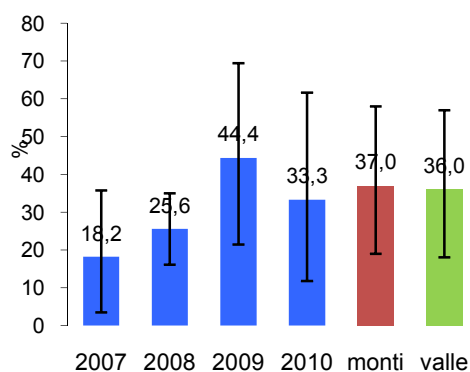
L'influenza costituisce un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche. Conseguenze che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche in termini di mortalità, ospedalizzazioni, perdita di produttività e altri costi sociali. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio, in particolare: persone di 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti (per esempio, operatori sanitari) e persone con oltre 64 anni. L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio sanitario nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno il 75% della popolazione target. Tuttavia, mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni (per la presenza di dati affidabili sul numero di persone residenti in questa fascia di età), non esistono invece dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà a stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione e che quindi dovrebbero vaccinarsi. Al momento, Passi è l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale 2010?

<ul style="list-style-type: none"> In Alto Friuli il 18% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante l'ultima campagna antinfluenzale 2010 Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 33%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%). La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata: <ul style="list-style-type: none"> - nella fascia 50-64 anni (32%) - nelle persone con almeno una patologia cronica (33%). 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 durante la campagna 2009-10 contro l'influenza è risultata del 30%. 	Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni) ASS 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=120)	
	Caratteristiche	Vaccinati %
	Totale	17,5 (11,2-25,5)
	Classi di età	
	18-34	9,1
	35-49	9,3
	50-64	<u>31,8</u>
	Sesso	
	uomini	18
	donne	16,9
Istruzione*		
bassa	19,0	
alta	15,8*	
Difficoltà economiche		
si	21,4	
no	14,3	
Patologie severe°		
almeno una	<u>33,3</u>	
assente	15,2	
°almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie * istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea		

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07/2007-08/2008-09/2009-10 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica

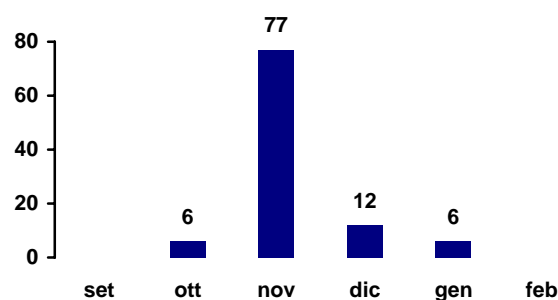
ASS n. 3 Alto Friuli – PASSI 2010 (n.15)



% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese

ASS 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=120)

- In Alto Friuli la maggior parte (77%) degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni 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.

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). Il Piano strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione mondiale della sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita. La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero, e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, i dati routinari di copertura vaccinale rilevati dal ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%. Il Piano prevedeva inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nell'anno 2010, in Alto Friuli il 33% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- Si osserva una percentuale di vaccinate più elevata tra:
 - le donne più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (50%)
 - quelle senza difficoltà economiche

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)		
ASS 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=81)		
Caratteristiche	Vaccinate	
	%	
Totale	33,3 (23,2-44,7)	
Classi di età	18-24	50
	25-34	38,5
	35-49	26,7
Istruzione	Bassa	33,3
	Alta	33,3
Difficoltà Economiche	molte	20
	alcune	35,5
	nessuna	35

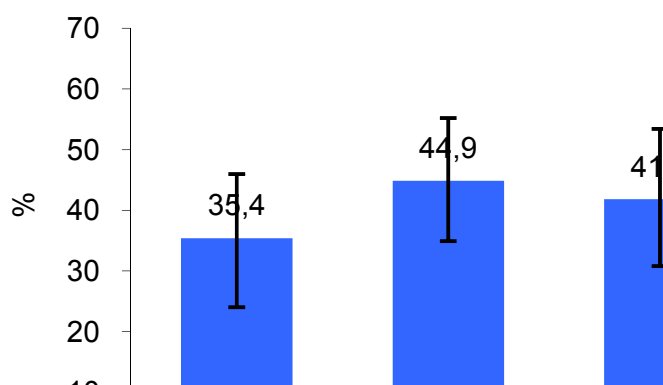
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 36%.

Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nell'anno 2010, in Alto Friuli il 51% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (33%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (17%).
- Il 49% è risultata suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

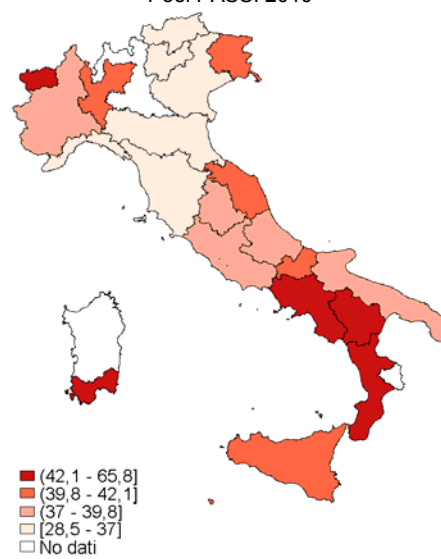
Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASS 3 Alto Friuli - PASSI 2010 (n=81)	
Caratteristiche	%
Immuni	50,6 (39,3-61,9)
Vaccinate	33,3
Non vaccinate con rubeotest positivo	17,3
Suscettibili/stato sconosciuto	49,4 (38,1-60,7)
Non vaccinate; rubeotest negativo	...
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	46,9

Vaccinazione antirosolia e immunità
(donne 18-49 anni suscettibili/stato sconosciuto)
ASS n. 3 Alto Friuli - PASSI 2007-2010



- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010, questa percentuale è pari al 40%.

Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia
Pool PASSI 2010



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Friuli si stima che circa una donna in età fertile su due sia ancora suscettibile alla rosolia; è 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.

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).

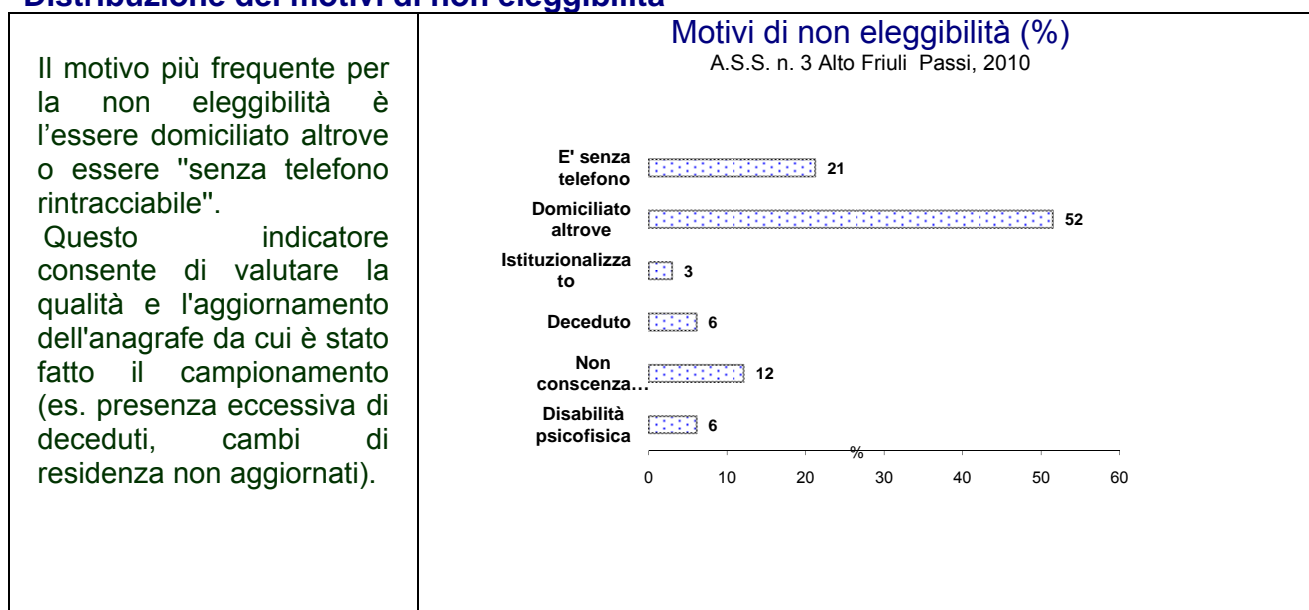
-**Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

-**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
Bassa Friulana	75,6	24,4	10,3	8	95
Triestina	85,6	14,4	8	6,4	95,3
Alto Friuli	87	13	7	6	93,7
Medio Friuli	87,1	12,9	7,1	5,8	94,4
Friuli Occidentale	88,4	11,6	8,5	3,1	96,2
Isontina	90,8	9,2	6,9	2,3	97,4
Friuli Venezia Giulia	85,8	14,2	9	5,2	95,3
Pool PASSI	87,6	12,4	9,2	3,2	95,7

Distribuzione dei motivi di non eleggibilità

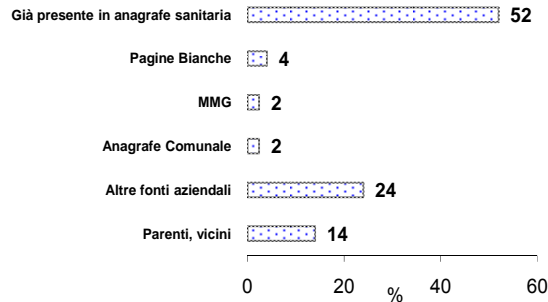


Modalità di reperimento dei numeri telefonici

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, 2010



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.

