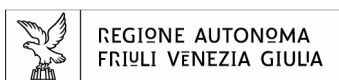


# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto 2008 -2011

### Azienda per i Servizi Sanitari n.1 - Triestina



**Redazione ed impaginazione a cura di:**

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione A.S.S.1 “Triestina”)

**Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:**

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione A.S.S.1 “Triestina”)

Via de' Ralli, 3 34127 Trieste

e-mail: [daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it](mailto:daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it)

### **Coordinatore Aziendale**

Daniela Germano (*Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina*)

### **Intervistatori**

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

### **Organizzazione interviste**

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

*Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Ccm*

Si ringraziano:

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

i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



*Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:*

Daniela Germano 040 399 7510 – e-mail: [daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it](mailto:daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it)

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

## INDICE

	pagina
<b>Prefazione</b>	5
<b>Profilo socio - demografico</b>	6
• Descrizione del campione aziendale	8
<b>Benessere</b>	13
• Percezione dello stato di salute	14
• Sintomi di depressione	18
<b>Guadagnare salute</b>	21
• I passi...per guadagnare salute	22
• Attività fisica	24
• Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura	29
• Consumo di alcol	37
• Abitudine al fumo	43
• Fumo passivo	49
• Tabelle riassuntive di Guadagnare Salute 2008-2011	53
<b>Rischio cardiovascolare</b>	56
• Il rischio cardiovascolare -introduzione	57
• Ipertensione arteriosa	58
• Ipercolesterolemia	61
• Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare	65
• Tabelle riassuntive dei fattori di rischio cardiovascolare 2008-2011	68
<b>Gli screening oncologici</b>	69
• Gli screening	70
• Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	71
• Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	77
• Diagnosi precoce delle neoplasie del colon - retto	84
<b>Le vaccinazioni</b>	91
• Vaccinazione antinfluenzale	93
• Vaccinazione antirosolia	96

---

<b>La Sicurezza</b>	<b>100</b>
• Sicurezza domestica	102
• Sicurezza stradale	104
• Uso dei dispositivi di sicurezza	104
• Alcol e guida	106
<b>Metodi</b>	<b>114</b>

## Prefazione

Questa relazione riassume i risultati delle 1.120 interviste telefoniche realizzate dalle assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per i Servizi Sanitari N° 1 "Triestina" nel corso del periodo 2008 – 2011 nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI.

In tale indagine le assistenti sanitarie hanno rivolto ad un campione rappresentativo di cittadini tra i 18 ed i 69 anni, residenti nella provincia di Trieste, domande relative non solo ad abitudini e stili di vita, ma anche alla percezione della propria salute, all'adesione a campagne di screening o a alle vaccinazioni e, in base alla loro esperienza diretta in qualità di fruitori di servizi sanitari, all'intervento dei professionisti della salute nella promozione di comportamenti virtuosi.

I risultati del quadriennio complessivamente considerati consentono una maggiore precisione nelle stime, facilitando così anche il confronto con i dati nazionali e regionali. Nel medio e lungo termine, invece, i risultati annuali della sorveglianza sanitaria consentono, anche a livello locale, di evidenziare trend temporali relativi a fattori di rischio modificabili ed a misurare l'effetto di politiche di promozione della salute.

Pertanto, parallelamente all'analisi dei risultati del quadriennio, è stata realizzata anche una analisi dei dati dell'ultimo anno di valutazione e sono stati fatti i confronti rispetto alle indagini precedenti: i risultati sono stati riportati solo per quelle situazioni in cui siano emerse differenze significative rispetto ai periodi precedenti o si siano resi evidenti dei trend.

Ringrazio calorosamente tutti i cittadini che in questi anni ci hanno generosamente dedicato tempo, le intervistatrici che con pazienza e competenza hanno effettuato le interviste, i medici di medicina generale per la collaborazione che costantemente ci accordano ed i colleghi specialisti che ho interpellato e che hanno fornito i dati ufficiali di prevalenza delle patologie o di adesione ai programmi di prevenzione primaria o secondaria nella nostra realtà e che consentito di verificare l'attendibilità dei risultati della sorveglianza sanitaria.

Daniela Germano  
Coordinatrice del Sistema di Sorveglianza PASSI  
per l'Azienda per i Servizi Sanitari N° 1 "Triestina "

Febbraio 2013

# Profilo socio-demografico

- Il campione 2008 - 2011







# Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 154.735 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2010 nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASS 1 Triestina.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, nella Azienda per i servizi sanitari N°1 "Triestina" (ASS 1 "Triestina") sono state intervistate 1120 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

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

## Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011
Numerosità	280	280	280	280
Tasso di risposta	88,4	85,6	87,2	87,2
Tasso di rifiuto	7,5	8	7,2	3,1

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

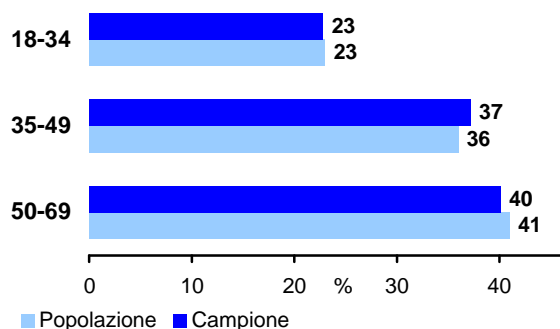
### L'età e il sesso

- Nella ASS 1 "Triestina", il campione intervistato (1120 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (51%) e uomini (49%); l'età media complessiva è di 47 anni.
- Il campione è costituito per:
  - il 23% da persone nella fascia 18-34 anni
  - il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
  - il 42% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

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

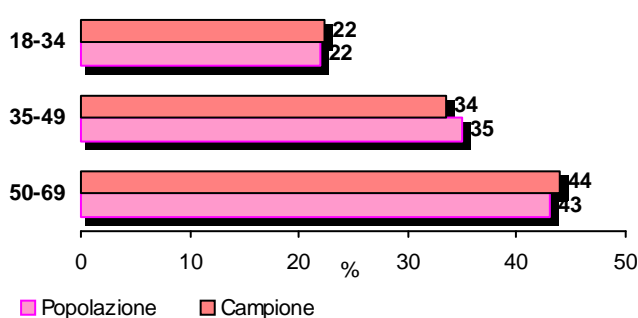
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

ASS 1 Triestina - PASSI 2008-11 (n=1120)



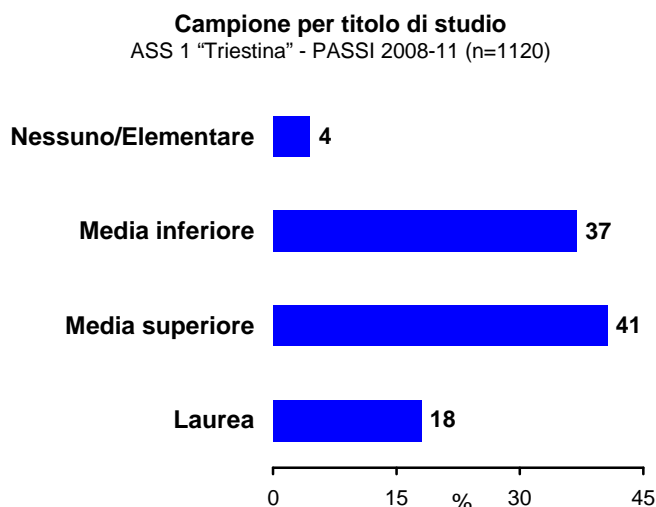
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE

ASS 1 Triestina - PASSI 2008-11 (n=1120)

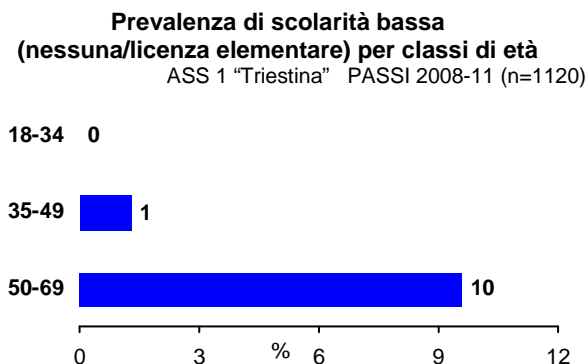


## Il titolo di studio

- Nella ASS 1 Triestina il 4% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 37% la licenza media inferiore, il 41% la licenza media superiore e il 18% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.

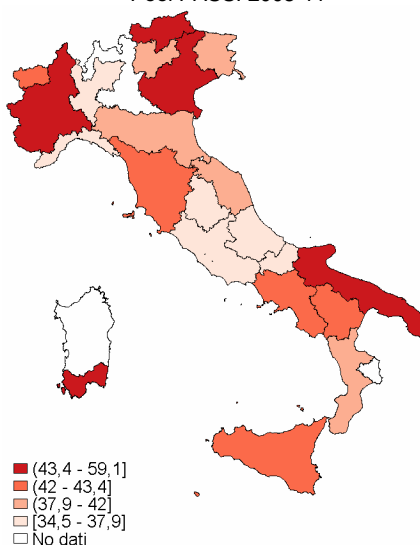


- L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi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



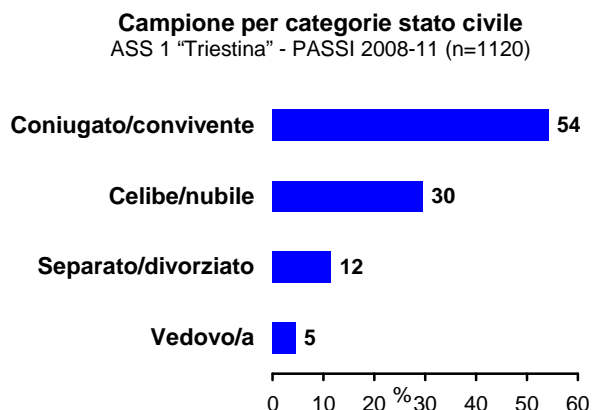
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

**Prevalenza di scolarità medio-bassa**  
Pool PASSI 2008-11



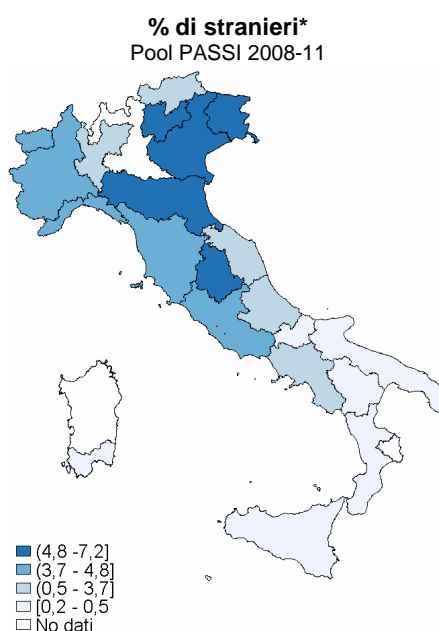
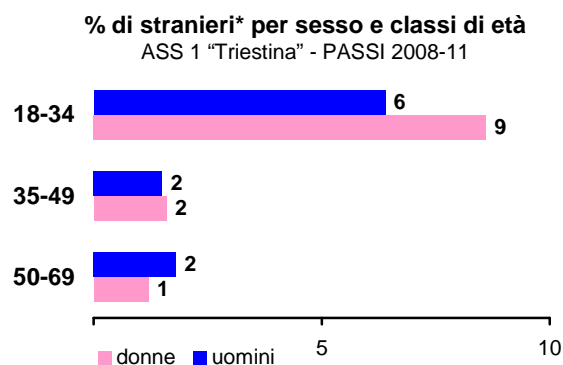
## Lo stato civile

- Nella ASS 1 “Triestina” i coniugati/conviventi rappresentano il 54% del campione, i celibi/nubili quasi il 30%, i separati/divorziati poco meno del 12% ed i vedovi il 5%.
- Nel pool di ASL, nel periodo 2008-11, tali percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.



## Cittadinanza

- Nella ASS 1 “Triestina” il campione è costituito dal 97% di cittadini italiani, 2,9% di stranieri e 0,2% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni il 9% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l’intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.
- Nel pool di ASL nel periodo 2008-11, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 3% degli intervistati, con una distribuzione eterogenea sul territorio.

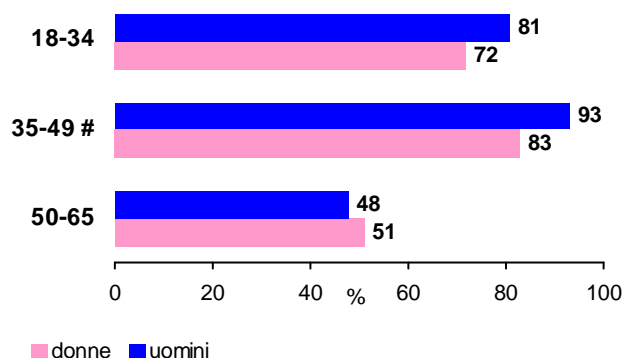


\* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

## Il lavoro

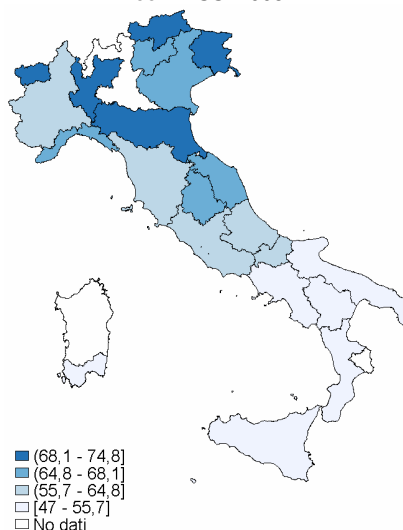
- Nella ASS 1 “Triestina” il 72% di intervistati nella fascia d’età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno “occupate” rispetto agli uomini (68% contro 76%), con differenze significative soprattutto nella classe 35-49 anni.
- Livelli significativamente più bassi di occupazione si rilevano inoltre fra gli intervistati di 50-65 anni.

**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ASS 1 “Triestina” - PASSI 2008-11



- Nel periodo 2008-11, nel pool di ASL PASSI la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

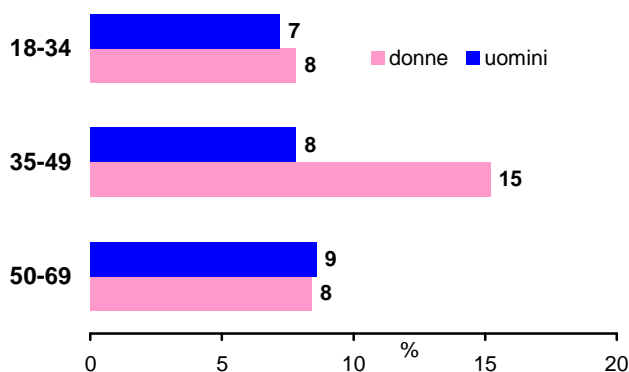
**% di lavoratori regolari**  
Pool PASSI 2008-11



## Difficoltà economiche

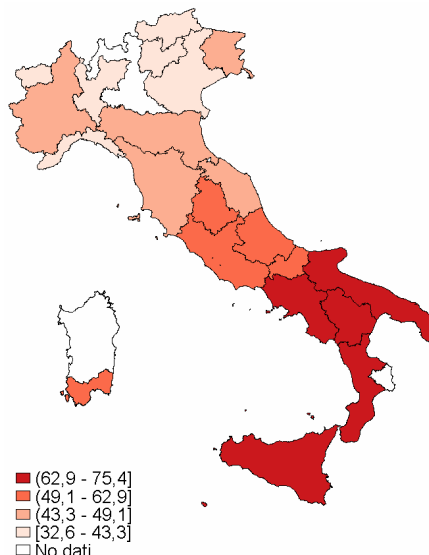
- Nella ASS 1 “Triestina”:
  - il 56% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 35% qualche difficoltà
  - il 9% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (11% contro 8%), in particolare la classe 35-49 anni, in cui le differenze rilevate sono statisticamente significative.

**% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età**  
ASS 1 “Triestina” - PASSI 2008-11



- Nel periodo 2008-11, nel pool di ASL PASSI, il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, 13% molte difficoltà. Inoltre, la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente territoriale.

**% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche**  
Pool PASSI 2008-11



## Conclusioni

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

Il confronto del campione con la popolazione della regione FVG indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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**
- **Sintomi di depressione**



# Percezione dello stato di salute

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

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

## Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASS1 "Triestina", il 69% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 27% di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare, si dichiarano significativamente più soddisfatti della propria salute:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con livello di istruzione alto
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe
  - i cittadini stranieri.

### Stato di salute percepito positivamente<sup>1</sup>

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 "Triestina" 2008-11 (n=1.120)

Totale: 69,4% (IC 95%: 66,6%-72%)

#### Età ##



#### Sesso ##



#### Istruzione ##



#### Diff. Economiche ##



#### Cittadinanza #



#### Patologie ##



0% 25% 50% 75% 100%

<sup>1</sup> persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

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

# p<0,05

## p<0,01

### Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 67,4% (IC95%: 67,1%-67,7)

- In regione FVG il 67,67% (IC 95%66,53-68,79) degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la propria salute è stata giudicata positivamente dal 67% degli intervistati.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

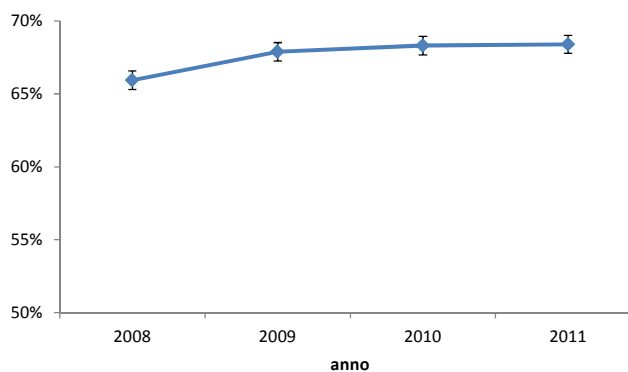


### Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale), si osserva un aumento statisticamente significativo, tra il 2008 e il 2009, della percentuale di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute, a cui fa seguito una stabilizzazione dell'indicatore.

### Stato di salute percepito positivamente

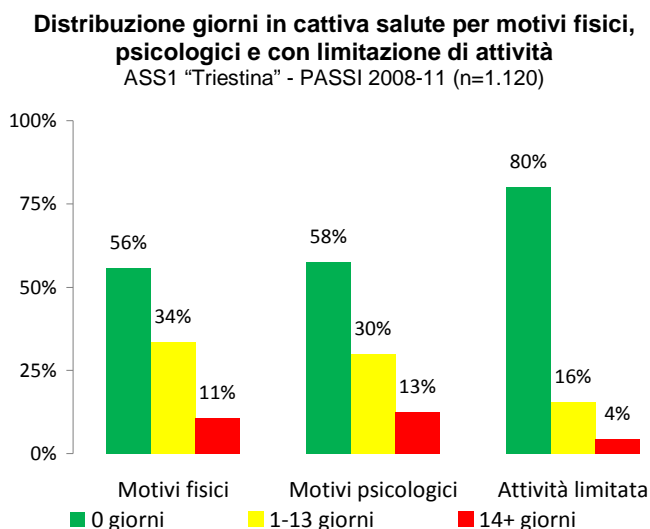
Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11





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

- Nella ASS1 "Triestina" la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (56% in buona salute fisica, 58% in buona salute psicologica e 80% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (11%), per motivi psicologici (13%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).



- Il numero medio di giorni al mese percepiti in cattiva salute, sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, è circa 4; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1,6 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e con presenza di patologie croniche.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici inoltre aumenta al crescere dell'età, nelle persone con livello d'istruzione più basso e con molte difficoltà economiche.

**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**  
ASS1 "Triestina" - PASSI 2008-11 (n=1.120)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>	<b>1,6</b>
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	2,6	3,1	1,4
35 - 49	3,0	4,7	1,4
50 - 69	5,3 <sup>#</sup>	4,8	1,8
<b>Sesso</b>			
uomini	2,99	2,9	1,6
donne	4,8 <sup>##</sup>	5,8 <sup>##</sup>	1,6
<b>Istruzione*</b>			
nessuna/elementare	6,9	5,7	4,0
media inferiore	4,9	4,7	1,9
media superiore	3,1	4,1	1,3
laurea	2,98	4,0	1,1
<b>Difficoltà economiche</b>			
molte difficoltà	7,96 <sup>##</sup>	8,3 <sup>##</sup>	4,3 <sup>##</sup>
qualche difficoltà	3,98	4,9	1,6
nessuna	3,2	3,4	1,2
<b>Patologie croniche</b>			
almeno una	6,6 <sup>##</sup>	5,2	2,3 <sup>#</sup>
assente	3,2	4,2	1,4

<sup>#</sup> p<0,05  
<sup>##</sup> p<0,01

## **Conclusioni e raccomandazioni**

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

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

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

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

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

# Sintomi di depressione

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

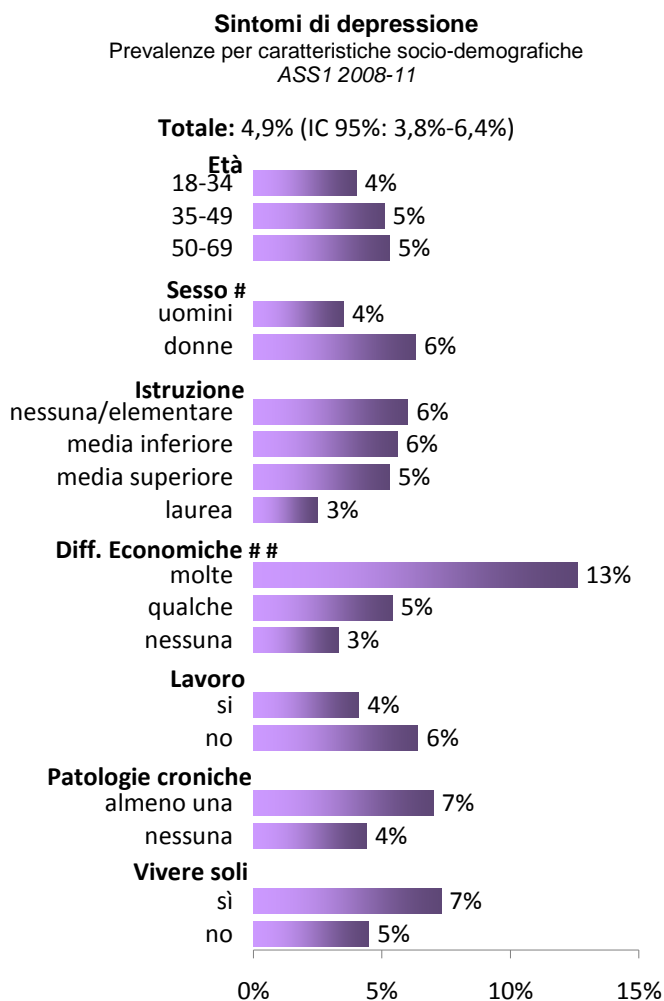
In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà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

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

## Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASS1 "Triestina", circa il 5% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
  - nelle donne
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con molte difficoltà economiche
  - nelle persone senza un lavoro continuativo
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
  - nelle persone che vivono sole.

Le differenze rilevate per sesso e per condizione economica sono risultate significative dal punto di vista statistico

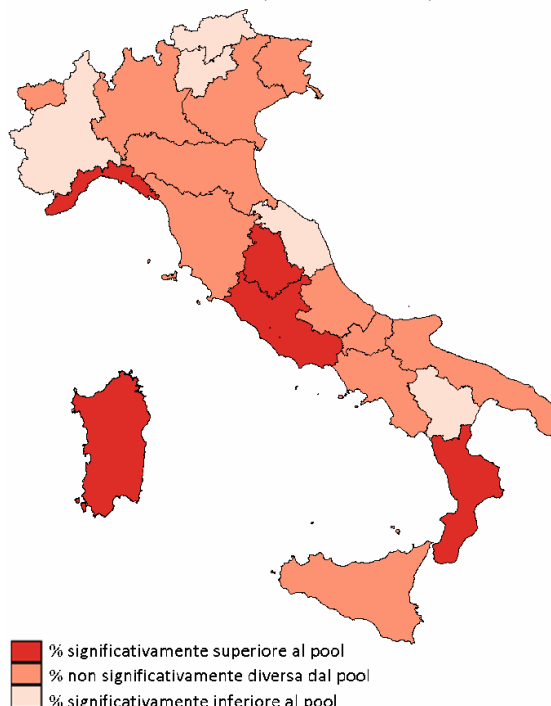


#  $p < 0,05$   
##  $p < 0,01$

### Sintomi di depressione

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 6,8% (IC95%: 6,7%-7,1)

- I valori medi regionali in FVG di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 6,84% (IC 95%: 6,35-7,34).
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 7%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.



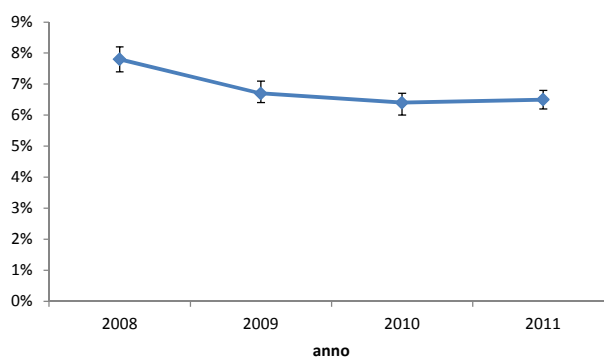
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

### Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

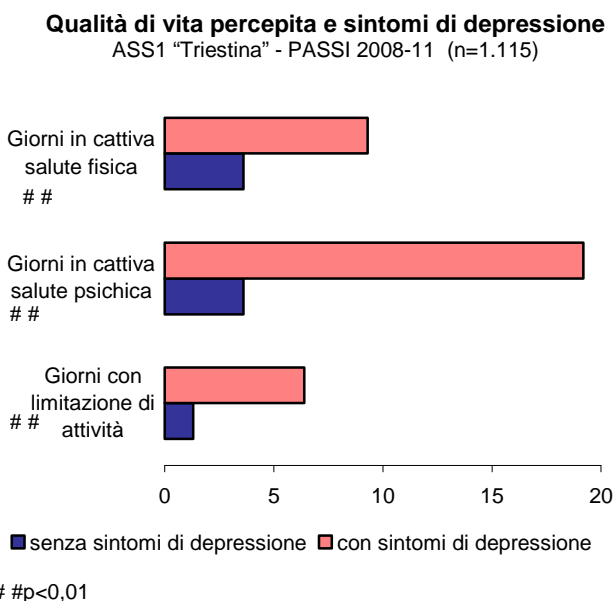
### Sintomi di depressione

Prevalenze per anno - Pool omogeneo di ASL Passi 2008-11



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

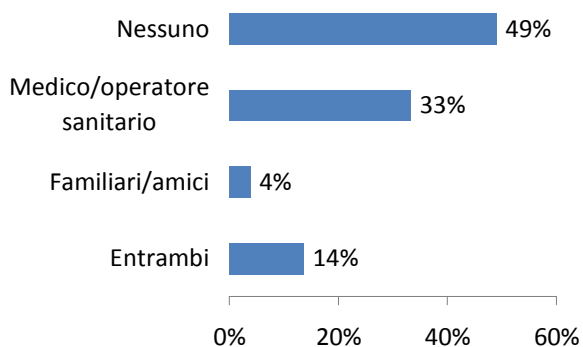
- Nella ASS1 “Triestina”, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto a coloro che non hanno riferito i sintomi; le differenze rilevate sono risultate statisticamente significative:
  - il 40% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 71% delle persone che non hanno riferito i sintomi ( $p<0,01$ )
  - 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 ( $p<0,01$ )



## A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 51% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (33%), a familiari/amici (4%) o ad entrambi (14%).

**Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione**  
ASS1 “Triestina” - PASSI 2008-11 (n=51)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS1 “Triestina” si stima che circa il 5% degli intervistati abbia sintomi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone con patologie severe e fra coloro che vivono da soli.

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 e Consumo di frutta e verdura**
- **Consumo di alcol**
- **Abitudine al fumo**
- **Fumo passivo**



# I PASSI per... Guadagnare salute

Le malattie croniche, che secondo l'OMS provocano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, hanno alla base due tipi di fattori di rischio: quelli non modificabili (come l'età, il sesso e la familiarità per una patologia) e quelli modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci (come un'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la mancanza di attività fisica).

## Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione

“Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative di grande rilevanza epidemiologica” è il filo conduttore del programma nazionale “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari” approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome <sup>1</sup>

I quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia, devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali. Questo perché gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale. Per agire in maniera adeguata sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici delle malattie croniche sono necessarie alleanze tra forze diverse, azioni sinergiche ed interventi istituzionali di sostegno alle azioni e una vera e propria Rete per la promozione della salute, con attività di comunicazione e azioni finalizzate a:

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

L'investimento di questa iniziativa va valutato quindi sia a lungo termine, nel ridurre il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario nazionale e sulla società, ma anche a breve termine, nel cercare di migliorare le condizioni di vita dei cittadini, promuovendo scelte salutari immediate e stili di vita sani. Una nuova cultura della prevenzione in cui i singoli individui diventano protagonisti e responsabili della qualità della propria vita.

In questo contesto i sistemi di sorveglianza sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e dunque le priorità sulle quali è necessario intervenire e su cui modulare i messaggi da veicolare.

Tra le sorveglianze di popolazione, PASSI indaga negli adulti (18-69 anni) aspetti relativi a:

<sup>1</sup> <http://www.guadagnaresalute.it/site/programma>

[http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare\\_salute/guadagnare\\_salute.asp](http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/guadagnare_salute.asp)

- 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.



## 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?

Nella ASS1 "Triestina", nel periodo 2008-11

- il 30% delle persone intervistate conduce uno stile di vita attivo: ha infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- il 46% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo);
- il 24% è completamente sedentario.

Attività fisica – ASS1 "Triestina" – PASSI 2008-11 (n=1.120)

Livello di attività fisica	% (IC95%)
<i>Attivo</i> <sup>1</sup>	29,9 (27,3-32,7)
<i>Parzialmente attivo</i> <sup>2</sup>	46,3 (43,3-49,2)
<i>Sedentario</i> <sup>3</sup>	23,8 (21,4-26,5)

<sup>1</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

<sup>2</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

### Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 "Triestina" 2008-11

**Totale: 23,8% (IC 95%: 21,4%-26,5%)**

#### ## Età



#### ## Sesso



#### ## Istruzione



#### ## Diff. economiche



#### Cittadinanza



0% 10% 20% 30% 40% 50%

## p<0,01

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

### Sedentari

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11  
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)



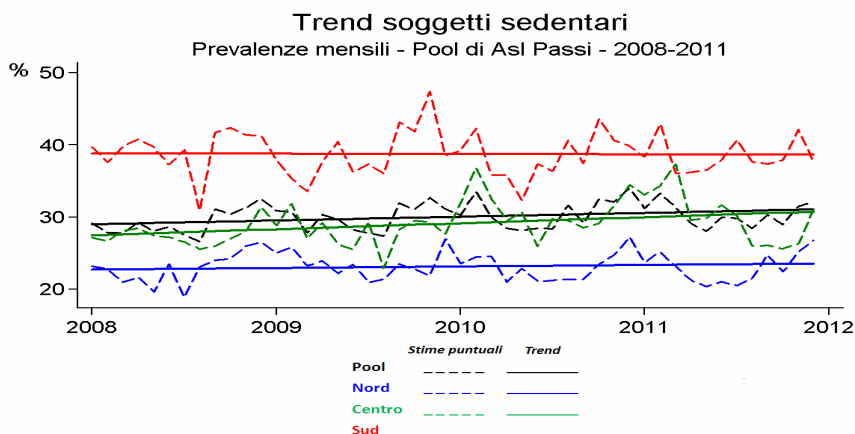
■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

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

- Nella regione FVG la percentuale di sedentari relativa alla media regionale è risultata del 20,4% (IC 95%: 19,4-21,8), significativamente inferiore a quella rilevata nel Pool di ASL di ASL PASSI 2008-11, in cui la percentuale di sedentari è risultata del 30%.
- Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

## Analisi di trend sul pool di ASL

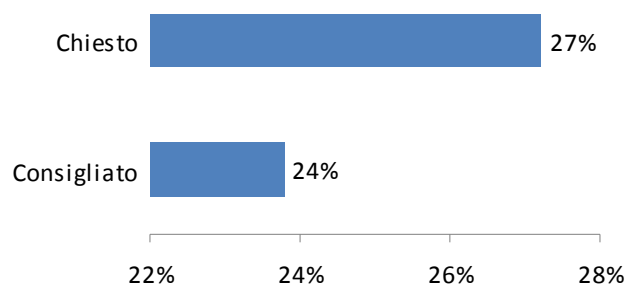
- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



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

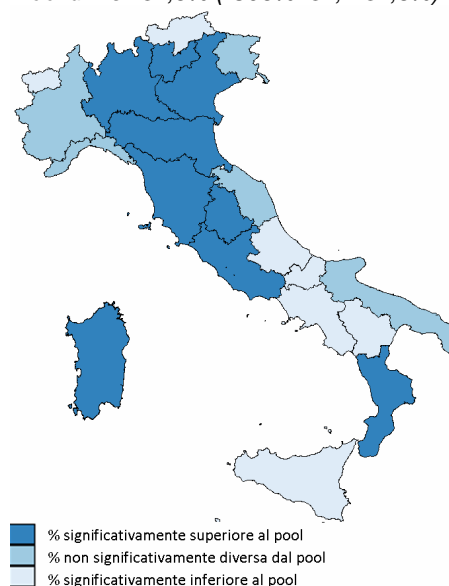
- Nella ASS1 "Triestina" solo il 27,2% (IC 95%:24,4- 30,3) degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 24% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

**Attenzione degli operatori sanitari**  
% di intervistati a cui è stata posta la domanda e che hanno ricevuto il consiglio relativi all'attività fisica  
ASS1 "Triestina" PASSI 2008-11



- Nella regione FVG la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica e del 30,2% (IC95%: 28,9-31,4)
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11\*, tale domanda è stata posta al 31% degli intervistati.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (39%).

**Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica**  
Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2008-2011  
Pool di Asl: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)

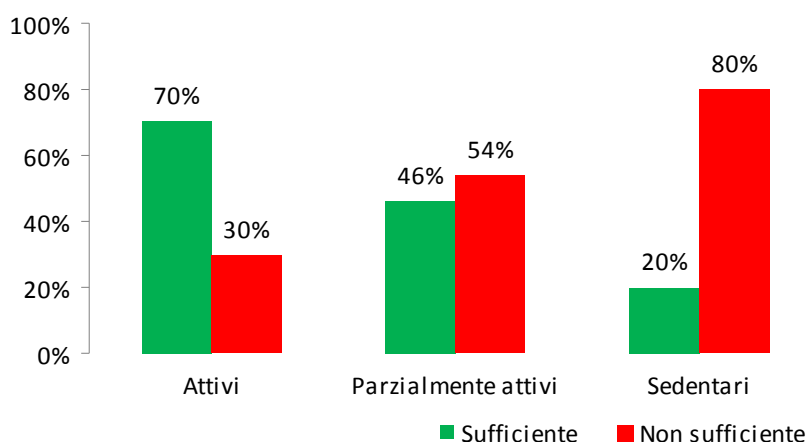


(\*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione)

## 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 30% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 46% delle persone parzialmente attive ed il 20% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

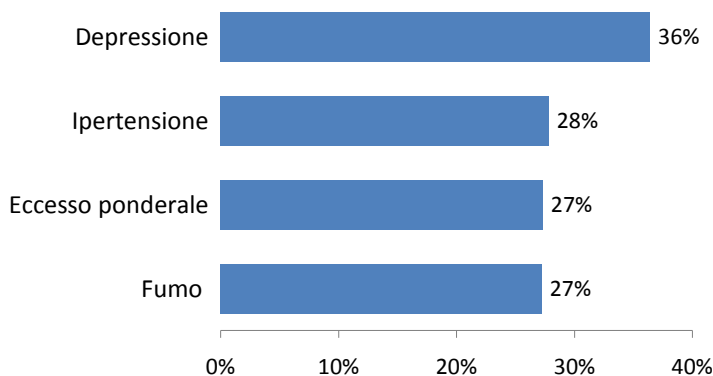
**Autopercezione del livello di attività fisica praticata**  
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica  
ASS1 "Triestina" PASSI 2008-11



## Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
  - il 36% delle persone depresse
  - il 28% degli ipertesi
  - il 27% delle persone in eccesso ponderale.
  - Il 27% dei fumatori

**Sedentari e altri fattori di rischio**  
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio  
ASS1 "Triestina" PASSI 2008-11 (n=1120)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASS1 “Triestina” si stima che solo poco meno di una persona adulta su tre (30%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre quasi una su quattro può essere considerato completamente sedentario.

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

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

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.

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

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

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

## Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASS 1 “Triestina” – PASSI 2008-11 (n=1.120)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> <sup>1</sup>	29,3 (26,7-32,1)
<i>obesi</i> <sup>2</sup>	10,5 (8,8-12,5)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario <sup>3</sup>	
<i>sovrappeso</i>	41,7 (35,8-47,7)
<i>obesi</i>	75,7 (66,3-83,6)
Adesione al <i>five-a-day</i>	11 (9,2-13)

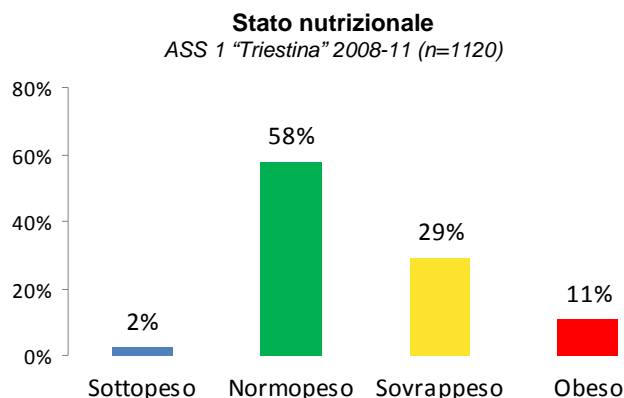
<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

<sup>3</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASS1 “Triestina” il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 29% sovrappeso e quasi lo 11% obeso.
- Complessivamente, si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



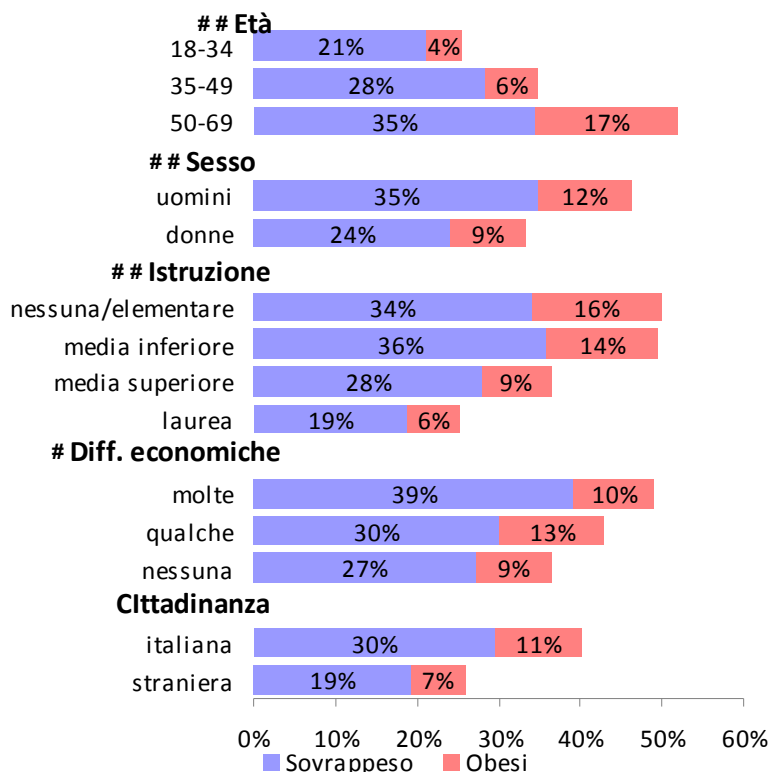
## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
  - col crescere dell'età
  - negli uomini (47% vs 33%)
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone con maggiori difficoltà economiche
 le differenze rilevate per cittadinanza italiana non sono significative dal punto di vista statistico.

- La percentuale di persone in eccesso ponderale rilevate nell'ASS 1 "Triestina" nel periodo 2008-2011 non differisce significativamente dalla media regionale che equivale 42,8% (IC95%:41,62-43,97).

**Eccesso ponderale**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS 1 "Triestina" 2008-11 (n=1120)

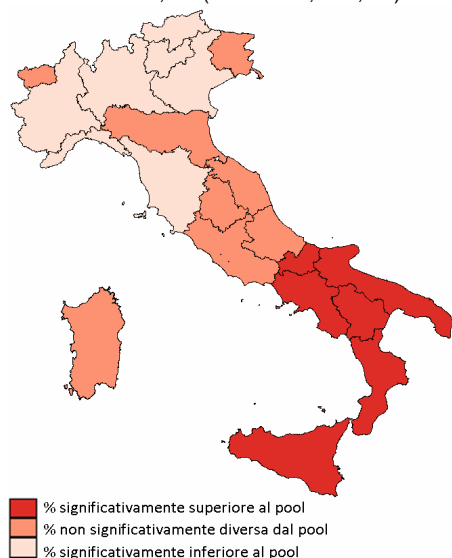
**Totale:** 39,8% (IC 95%: 36,9%-42,8%)



# p<0,05; ## p<0,01

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (35%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49%).

**Eccesso ponderale**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 42,0% (IC95%: 41,6-42,3%)



(In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione)

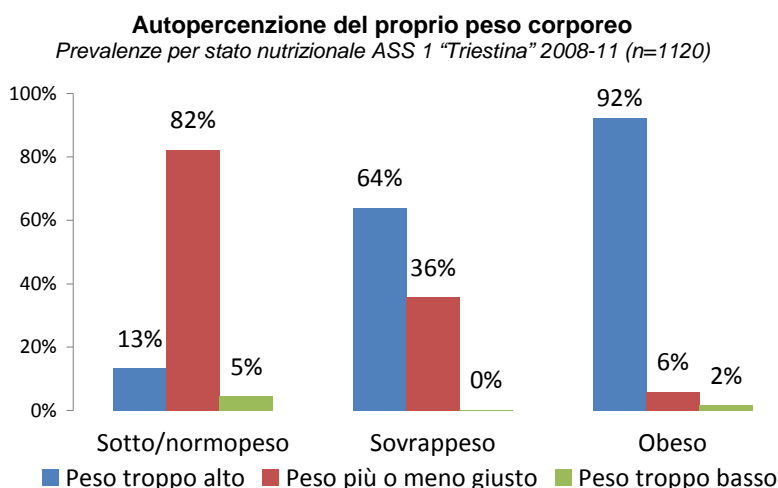
## Confronti temporali

Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2008-2011 (pool di Asl omogeneo nazionale), la quota di soggetti in eccesso ponderale è rimasta sostanzialmente stabile.

	2008	2009	2010	2011
Eccesso ponderale (% (IC95%))	41,7 (41,1-42,4)	42,0 (41,3-42,6)	42,0 (41,3-42,7)	42,0 (41,4-42,7)

## 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 IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati
- In ASS1 si osserva:
  - un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (92%) e nei normopeso (82%);
  - tra le persone in sovrappeso invece ben il 36% ritiene il proprio peso giusto e lo 0,3% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso:
  - tra le donne normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'88% degli uomini,
  - mentre tra quelle sovrappeso il 20% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 47% degli uomini

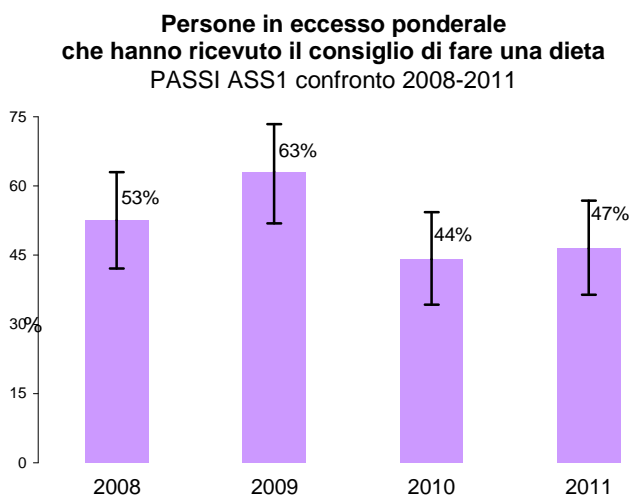


## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASS 1 "Triestina", nel quadriennio 2008-2011, il 51% 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 ha riferito questo consiglio
  - il 42% delle persone in sovrappeso e
  - il 76% delle persone obese.

Tale differenza risulta statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Il grafico a fianco riporta l'andamento per anno dei consigli di perdere peso riferiti dalle persone in eccesso ponderale che si sono rivolte ad un operatore sanitario



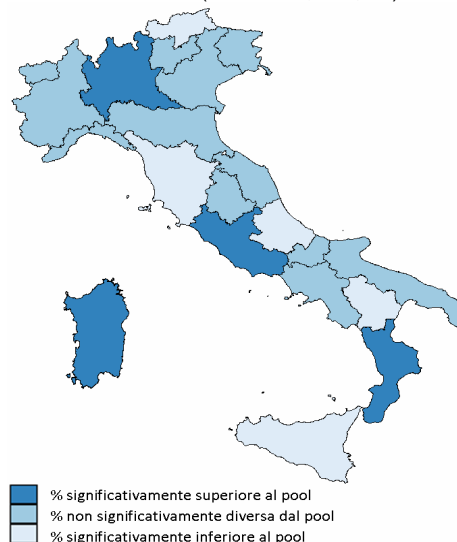


- In regione FVG, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 55% (IC 95%: 52,99-56,99).
- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.

La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso.

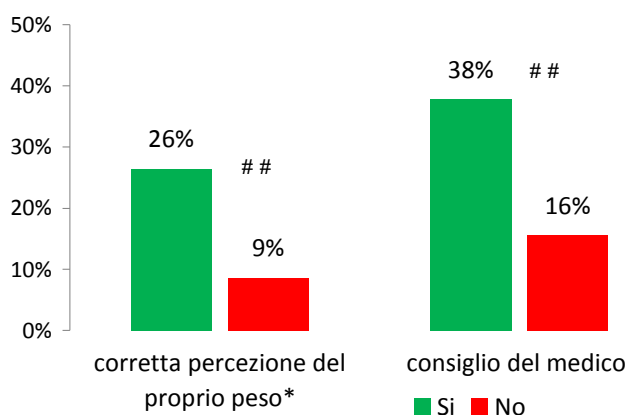
I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%), mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (63%).

**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



- Nell'ASS 1 il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (20% fra i sovrappeso e 39% fra gli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (36% vs 17% negli uomini)
  - negli obesi (39% vs 20% nei sovrappeso)
  - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (26%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (9%)
  - in coloro che hanno ricevuto il consiglio di un operatore sanitario (38% vs 16%).

**Attuazione di una dieta**  
% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso  
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario  
ASS 1 "Triestina" 2008-11 (n=1120)



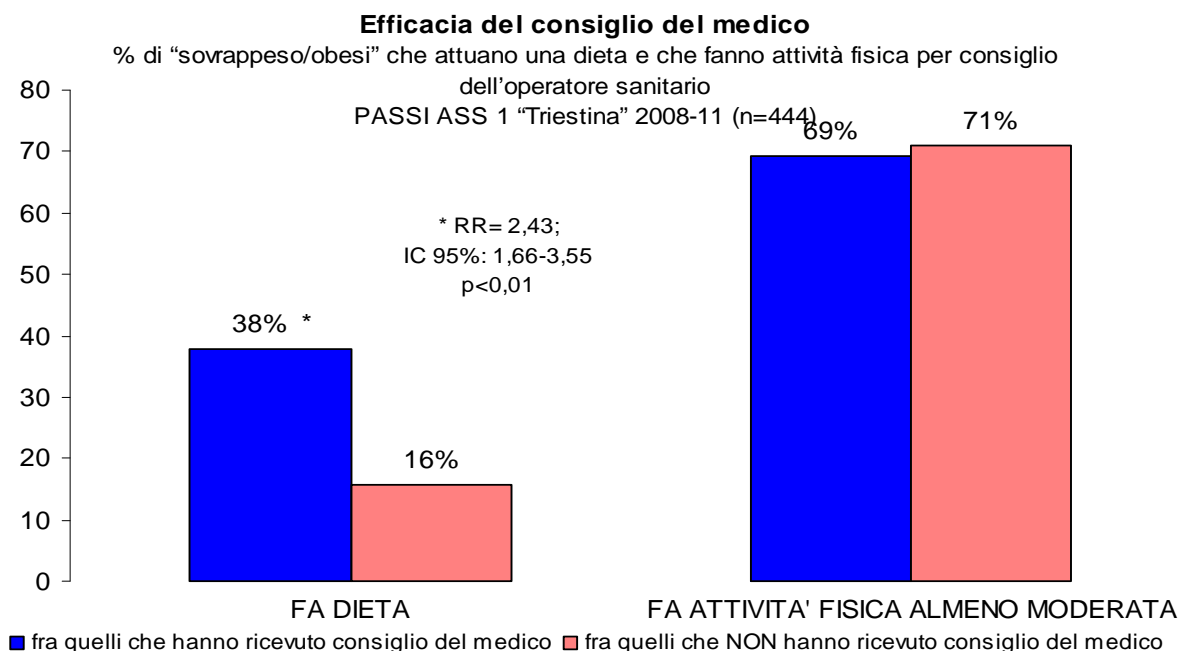
\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=327)

## p<0,01

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

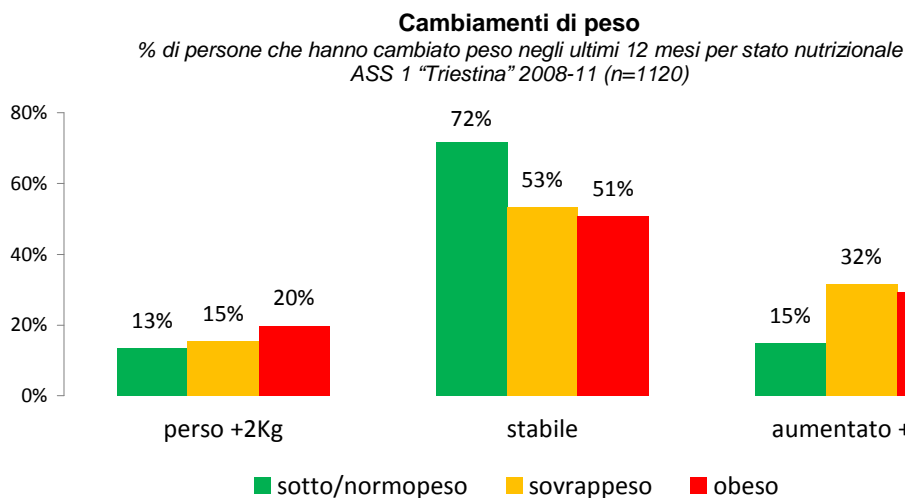
- Nella ASS 1 "Triestina" il 27% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (25% nei sovrappeso e 33% negli obesi).
- Il 34% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha ricevuto questo consiglio
  - il 33% delle persone in sovrappeso
  - il 38% di quelle obese.

- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio,
  - il 69% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71% di chi non l'ha ricevuto.
- Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.



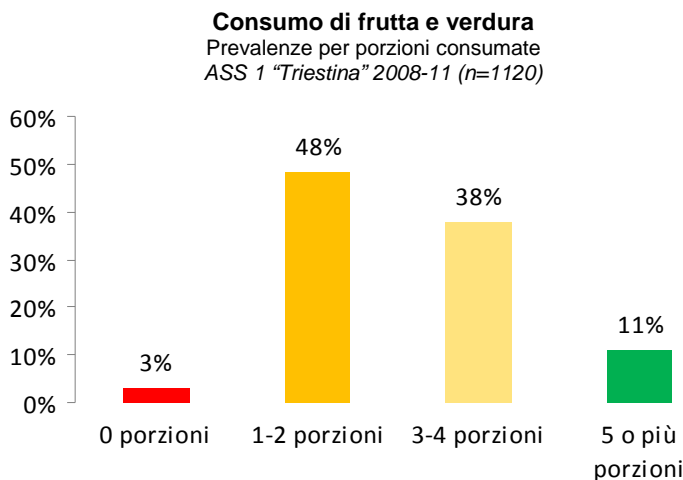
### Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASS 1 "Triestina" il 21% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nelle persone già in eccesso ponderale (29% obesi e il 32% sovrappeso, versus 15% normopeso), con differenze statisticamente significative fra le persone in sovrappeso
  - Sono emerse differenze statisticamente significative per genere (28% nelle donne versus 15% negli uomini), ma non fra le diverse fasce di età (22% nella fascia 18-34 anni, 21% sia nella fascia 35-49 anni che in quella 50-69 anni).

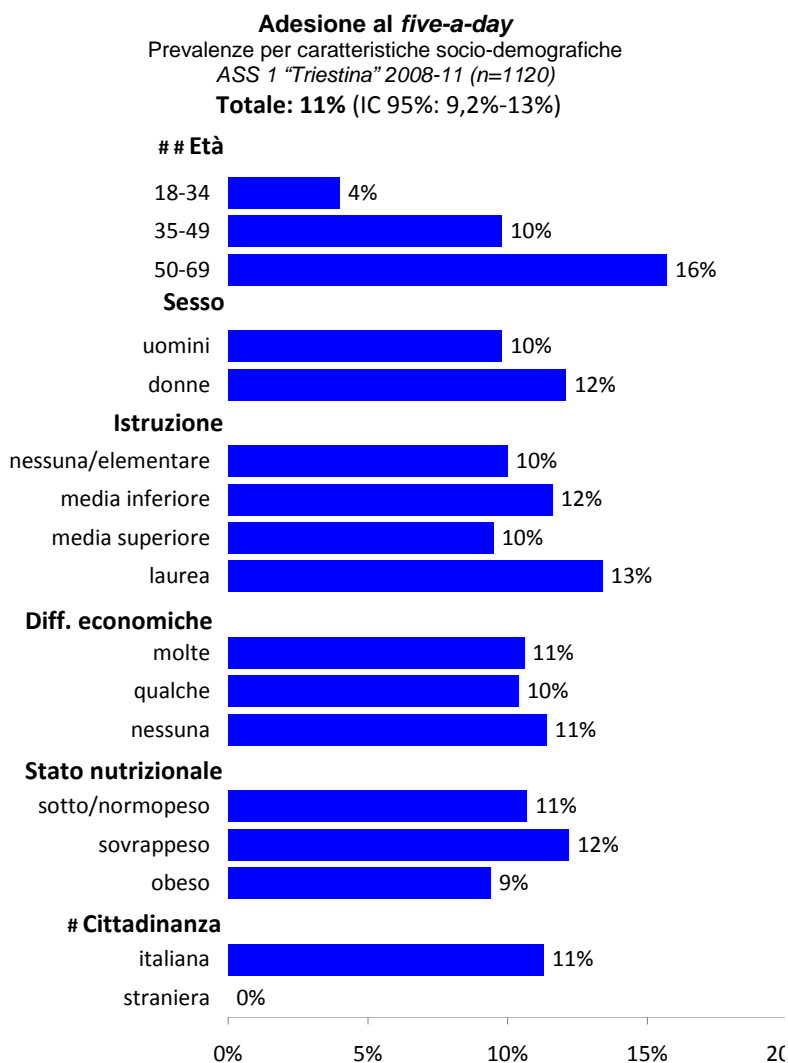


## Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

- Nella ASS1 il 48% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 38% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'11% 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
  - nelle persone con cittadinanza italiana.
  - Le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico solo per classe di età e per cittadinanza
- Non emergono differenze legate a livello di istruzione, condizione economica e stato nutrizionale.



# p<0,05; ## p<0,01;

### Adesione al five-a-day

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)

- In regione FVG aderisce al *five-a-day* 12,65% (IC 95%: 11,84-13,5) degli intervistati; i risultati rilevati nell'ASS1 "Triestina" non differiscono significativamente dalla media regionale.
- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%.
- La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2008-2011.
- Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

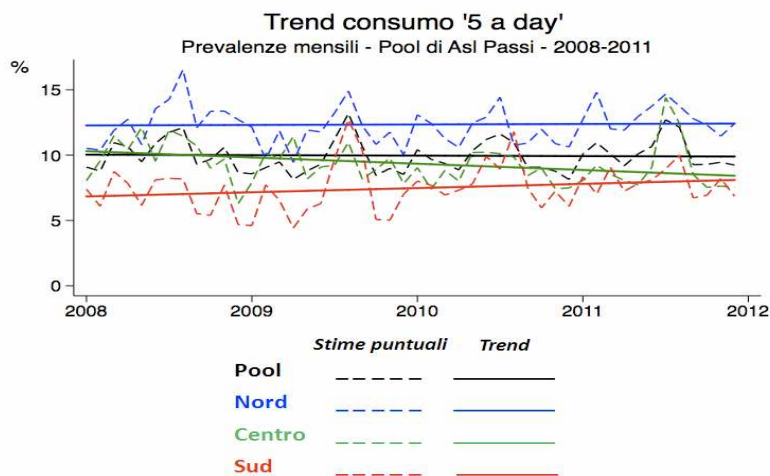


■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

(In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione)

### Analisi di trend sul pool di ASL

- L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.



### Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nell' ASS 1 "Triestina" quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo due persone su tre percepiscono il proprio peso come “troppo alto”, la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e più di una persona su cinque è aumentata di peso nell’ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 25% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un’attività fisica moderata (73%).

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 alcol

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

Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

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

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Se vengono superati tali limiti, il consumo di alcol è definito a maggior rischio,.

## Gli indicatori Passi

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in :

- una lattina di birra (330 ml),
- un bicchiere di vino (125 ml) o
- un bicchierino di liquore (40 ml),

alle gradazioni tipiche di queste bevande.

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

- **consumo abituale elevato:** per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni e, per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni<sup>2</sup>;
- **consumo binge:** consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione<sup>3</sup>;
- **consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.**

<sup>2</sup> Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

<sup>3</sup> Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

## Quante persone consumano alcol?

Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella ASS1 “Triestina” è risultata pari al 76%, mentre il consumo fuori pasto era circa del 12% e il consumo abituale elevato del 7%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (15%) e del consumo a maggior rischio (27%), relative al periodo 2010-11.

### Consumo di alcol – ASS1 “Triestina” – PASSI 2008-2011 (n=1.120)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	75,9 (73,3-78,4)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	11,7 (9,9-13,8)
Consumo abituale elevato <sup>1</sup>	7,4 (6-9,2)
Consumo binge (2010-2011) <sup>2</sup>	15,3 (12,5-19,6)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) <sup>3</sup>	26,6 (23-30,5)

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

<sup>2</sup> 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

<sup>3</sup> consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

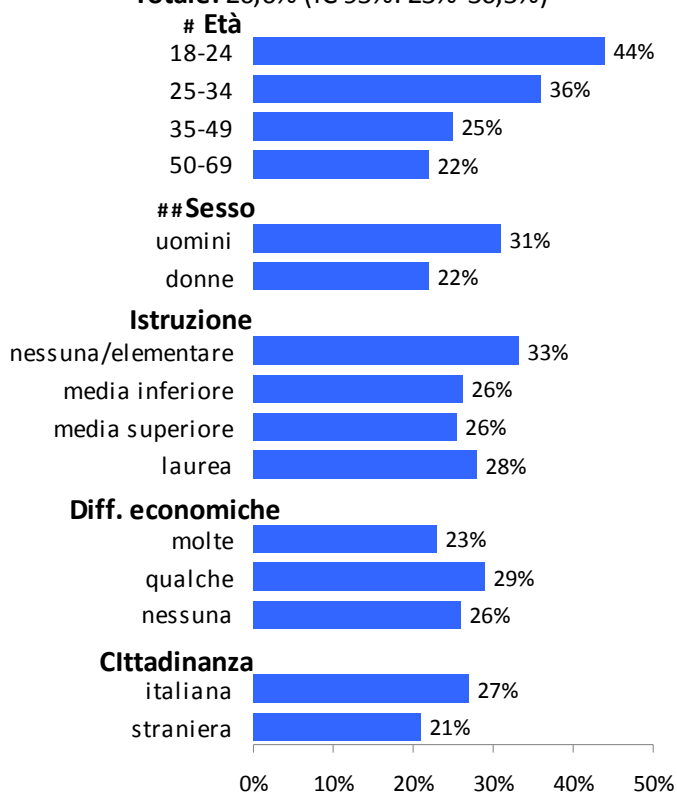
## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2010-11 nell'ASS1 "Triestina", il 27% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani, in modo particolare tra i 18-24enni, e nel genere maschile (differenze significative dal punto di vista statistico); le differenze rilevate per livello di istruzione, status economico e cittadinanza non sono significative statisticamente.
- Le percentuali di consumatori di alcol a maggior rischio rilevate nell'ASS 1 "Triestina" nel periodo 2010-2011 non differiscono significativamente da quelle medie della regione FVG dello stesso periodo e che corrispondono al 28,4% (IC 95%: 26,9-29,9).
- I valori medi della regione FVG risultano significativamente più elevati rispetto a quelli del Pool di ASL nazionale 2010-2011.
- Nel Pool di ASL PASSI, nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%.
- Nel confronto tra le Regioni si osservano differenze statisticamente significative, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano.

### Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 "Triestina" 2010-11 (n=556)

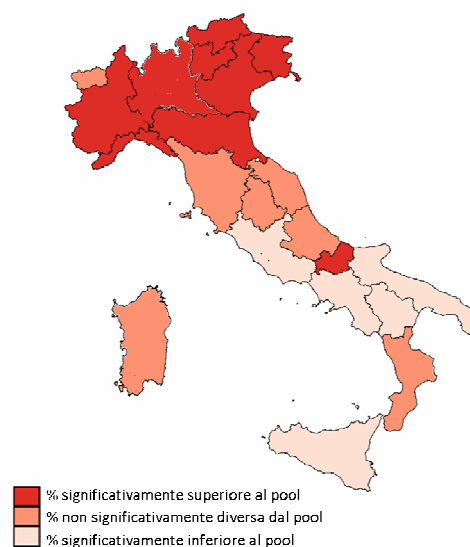
**Totale:** 26,6% (IC 95%: 23%-30,5%)



## p<0,01; # p<0,05

### Consumo a maggior rischio

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11  
Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)

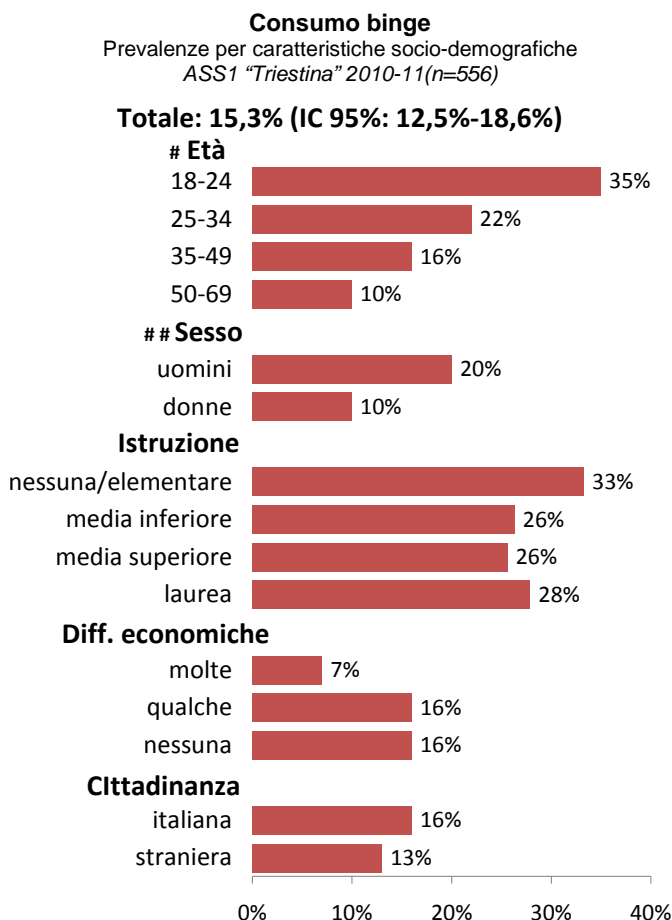


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione



## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

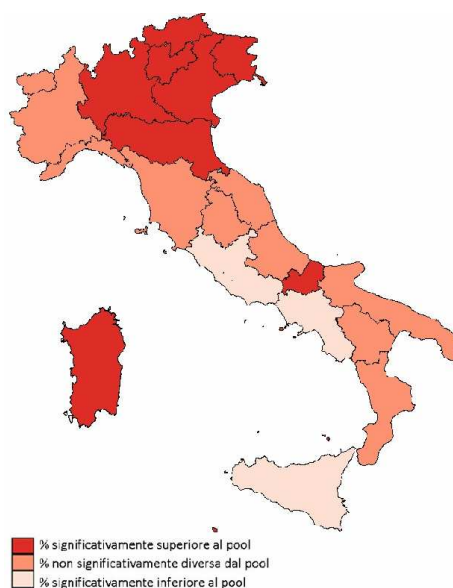
- Nel periodo 2010-11 nell'ASS1 "Triestina", il 15% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è significativamente più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni) e nel genere maschile, mentre le differenze rilevate per grado di istruzione, livello economico e cittadinanza non sono rilevanti dal punto di vista statistico.
- La percentuale di persone con modalità di consumo "binge" rilevata nell'ASS 1 "Triestina" non differisce da quella media regionale (FVG 2010-2011: 15,17% ;IC 95%:14-16,41) dello stesso periodo.



## p<0,01; # p<0,05

- Nel Pool di ASL PASSI nel periodo 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 18% della P.A. di Bolzano.

**Consumo binge**  
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11  
Totale: 8,6% (IC95%: 8,4%-8,9%)

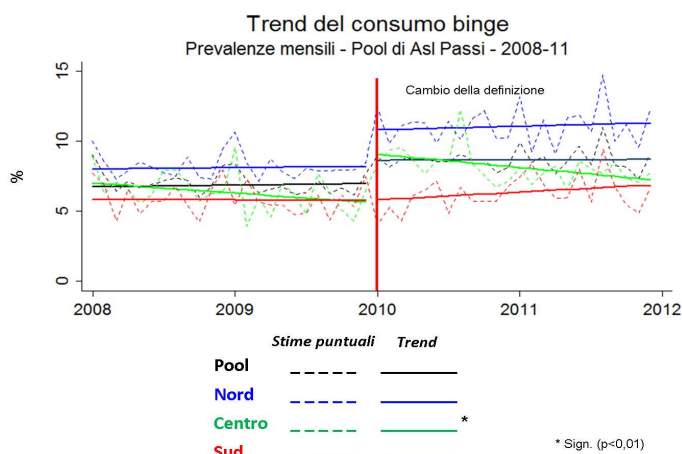


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

## Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno a livello di pool di Asl omogeneo per mese nel periodo 2008-11, si osserva come, in coincidenza del cambio di definizione, ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente.

Non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembrano aumentare, sebbene non siano significativi) per i dati di pool di Asl, nel Nord e nel Sud, mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.



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

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

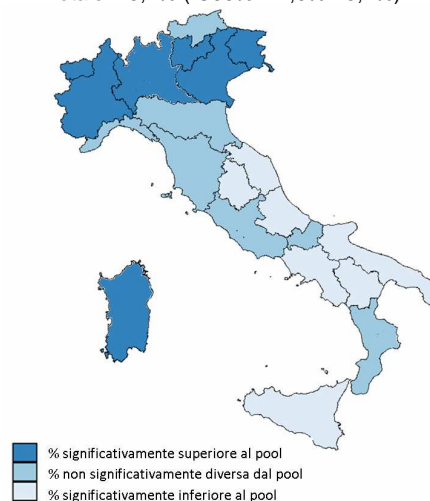
### Attenzione al consumo alcolico – ASS1 “Triestina” – PASSI 2008-11 (n=1.120)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo <sup>†</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	20,4 (17,9-23,2)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2011) <sup>†</sup> (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	2,7 (0,7-6,8)

<sup>†</sup> Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

- Nella ASS1 “Triestina”, nel periodo 2008-11 solo il 20% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.
- Tale percentuale non differisce significativamente dalla media regionale, che corrisponde al 21.65 (IC 95%:20,56-22,78), ma è superiore a quanto rilevato a livello nazionale
- Nel Pool di ASL PASSI, infatti, nel periodo 2008-11, questa percentuale è risultata del 9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle Asl della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

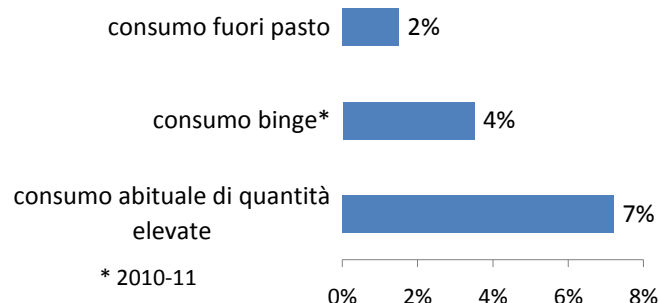
Consumo di alcol chiesto dal medico  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)



- Nella ASS1 “Triestina”, nel periodo 2008-11, fra gli intervistati con consumo a maggior rischio, solo il 3% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche
- Tra coloro che bevono alcol fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente), la frequenza del consiglio è pari al 1,5% (dato 2008-11), fra le persone con consumo binge sale al 3,5% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato al 7% (dato 2008-11).

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

Percentuali per tipo di consumo – ASS1 “Triestina” 2008-2011



## Conclusioni

Nella ASS 1 “Triestina” si stima che circa tre persone su quattro di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e una su quattro abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni quasi un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio. Non sono state rilevate differenze nella diffusione di questo fattore di rischio comportamentale per grado di istruzione e status economico.

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

Secondo i dati Passi, solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti (20%); inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo (3%).

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

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

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

## L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, (in particolare cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche). Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere, in alcune Regioni, valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

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

Nel periodo 2008-11 nella ASS1 "Triestina", tra gli adulti di 18-69 anni, meno della metà degli intervistati ha dichiarato di non aver mai fumato, il 25% è classificabile come ex fumatore e il 32% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 29% e gli occasionali lo 1%.

### Abitudine al fumo di sigaretta – ASS1 "Triestina"- PASSI 2008-11 (n=1.120)

	% (IC95%)
Non fumatori <sup>1</sup>	43,1 (40,2-46,1)
Fumatori <sup>2</sup>	31,5 (28,8-34,3)
<i>in astensione</i> <sup>3</sup>	1,1 (0,6-1,9)
<i>occasional</i> <sup>4</sup>	1,3 (0,7-2,1)
<i>quotidiani</i> <sup>5</sup>	29,2 (26,6-32)
Ex -fumatori <sup>6</sup>	25,4 (22,9-28)

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

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

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

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

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

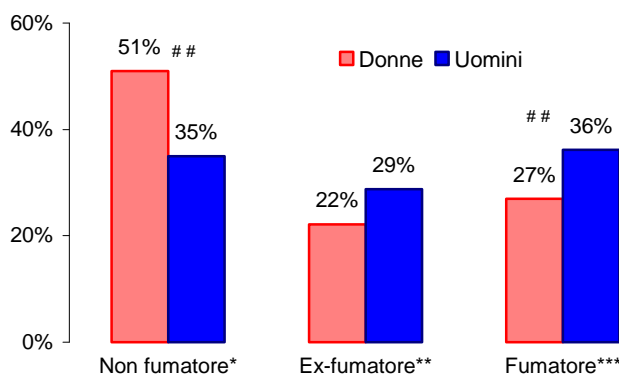
6 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASS1 "Triestina", la percentuale di fumatori nel 2008-11 è del 31,5% (IC95%: 28,8-34,3), più alta rispetto alla media rilevata nello stesso periodo nella regione FVG che corrisponde al 27,4% (IC95%: 26,3-28,5). Le differenze risultano significative dal punto di vista statistico
- Lo 1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono lo 1%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa fra gli uomini (36% uomini versus 27% donne; RR= 1,34; IC 95%: 1,12-1,06; p<0,01) e, tra le persone che non hanno mai fumato, la percentuale è significativamente più alta nelle donne (51% versus 35%uomini; RR= 1,46; IC 95%: 1,27- 1,68; p<0,01).

La figura a fianco riporta l'andamento rilevato nel corso dei 4 anni di indagine nell'ASS 1 per categoria di abitudine al fumo

**Abitudine al fumo di sigaretta per sesso**  
ASS1 "Triestina" - PASSI 2008-11 (n=1.120)



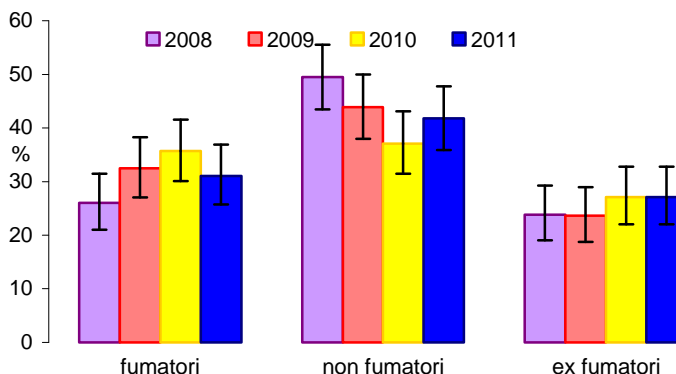
\***Non fumatore**: non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

\*\***Ex fumatore**: non fuma, da oltre 6 mesi

\*\*\***Fumatore**: ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, attualmente fuma o ha smesso da meno di 6 mesi

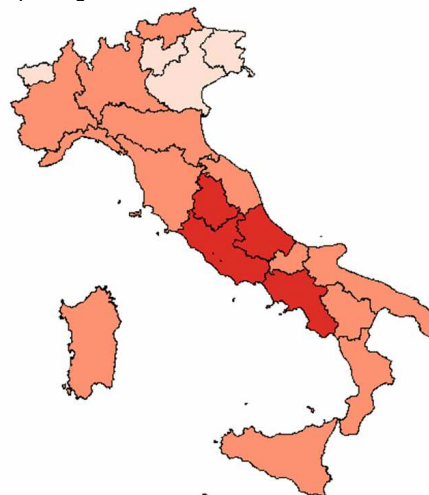
## p<0,01

**Abitudine al fumo di sigaretta nei 4 anni di rilevazione**  
ASS1 "Triestina" - PASSI 2008-11



### Fumatori

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria

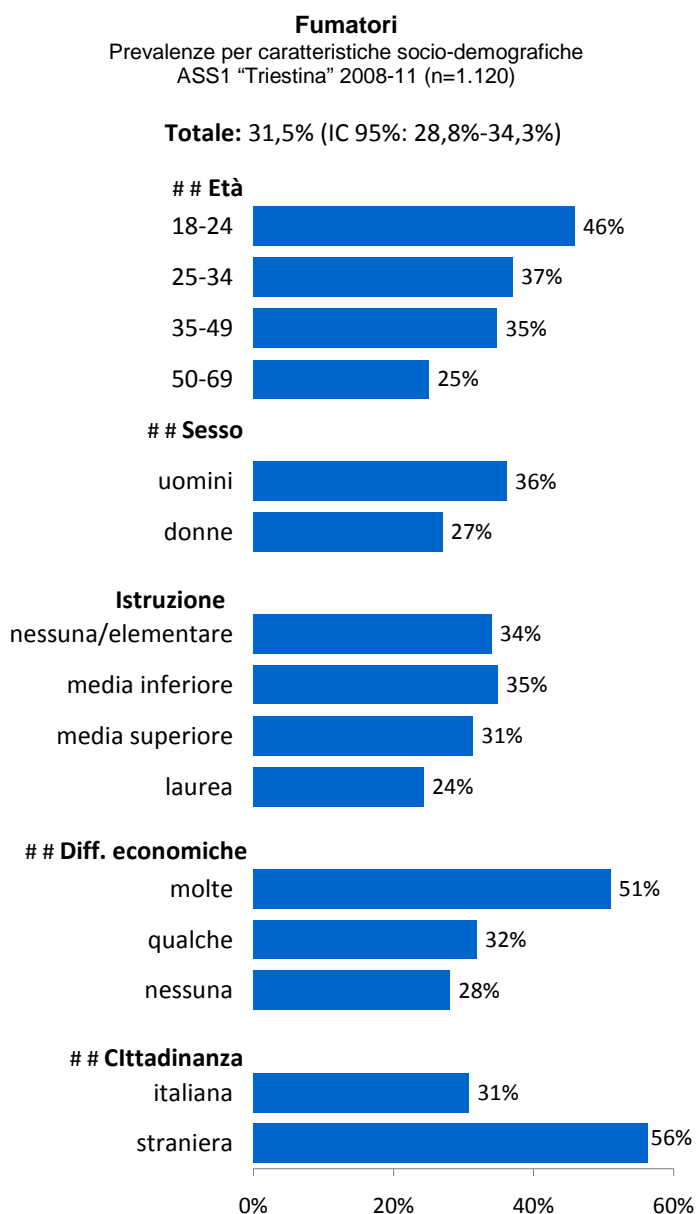
## Confronti temporali

- Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2008-2011 (pool omogeneo nazionale), la prevalenza di fumatori è rimasta stabile sul livello del 2009, quando si era verificata una diminuzione statisticamente significativa rispetto all'anno precedente

	2008	2009	2010	2011
Fumatori (% con IC95%)	29,9 (29,3-30,3)	28,7 (28,1-29,3)	28,6 (28,0-29,3)	28,7 (28,1-29,3)

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è più alta tra i più giovani, soprattutto fra i 18 e 24 anni, dove fuma quasi un intervistato su due, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente.
- Ancora persiste una differenza significativa tra gli uomini (fuma più di uno su tre), rispetto alle donne (più di una su quattro), anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici negli ultimi anni.
- La prevalenza di fumatori si riduce al crescere del livello di istruzione e raggiunge il limite della significatività statistica (RR 1,19; IC 95%: 1,11 – 1,41) considerando solo 2 categorie di istruzione (bassa ed alta), mentre cresce significativamente all'aumentare delle difficoltà economiche. Si evidenziano differenze importanti per cittadinanza.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno. Tra questi, il 5% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).



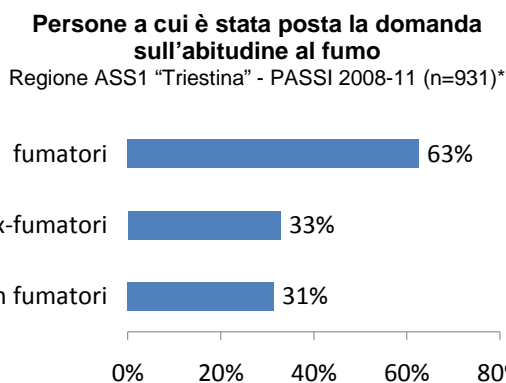
## p&lt;0,01

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

### Attenzione degli operatori sanitari – ASS1 “Triestina”- PASSI 2008-11 (n=1.120)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo <sup>1</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	41 (37,9-44,3)

- Il 41% (IC 95%:37,9- 44,3) degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, la domanda è stata rivolta a:
  - il 63% dei fumatori
  - il 33% degli ex fumatori
  - il 31% dei non fumatori.



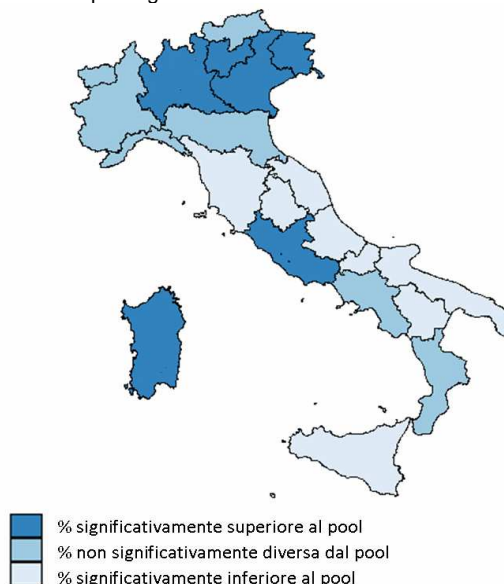
\*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- La percentuale degli intervistati che ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo in ASS1 “Triestina” è più bassa rispetto alla media della regione FVG che corrisponde al 45,9% (IC 95%: 44,6-47,3).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna

### Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

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

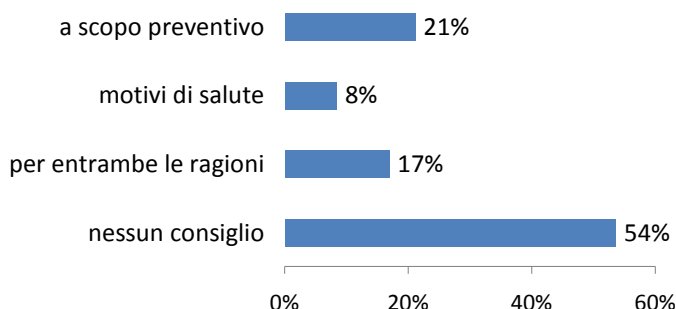
### Attenzione degli operatori sanitari – ASS1 “Triestina”- PASSI 2008-11 (n=451)

	% (IC95%)
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali <sup>1</sup> (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	46,4 (40,2-52,6)

- Tra i fumatori, il 46% (IC 95%: 40,4- 52,4) ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (21%).

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

ASS1 “Triestina” - Passi 2008-11 (n=261)\*



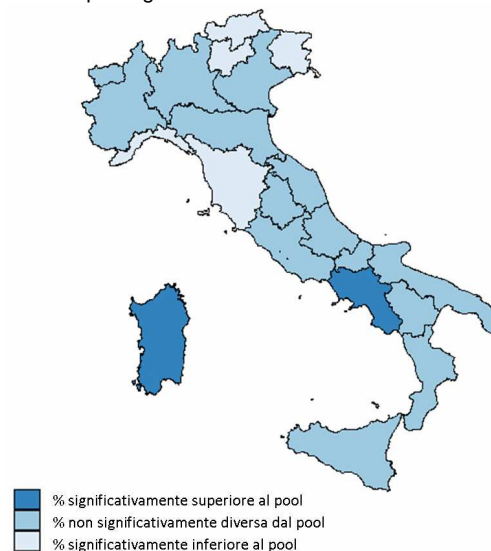
\* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- In regione FVG la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 51,2 (IC95%: 48,5- 53,8).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 57%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 41% della P.A. di Bolzano al 67% della Sardegna.

### Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



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



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

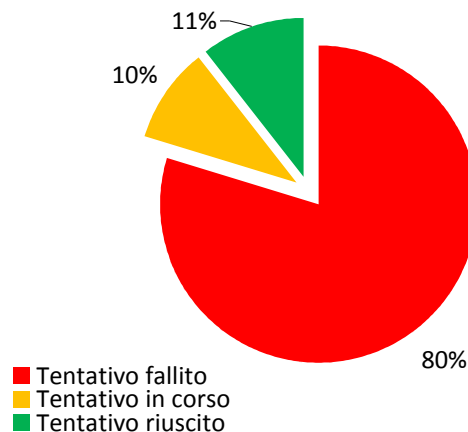
Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 34% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- lo 80% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- lo 11% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

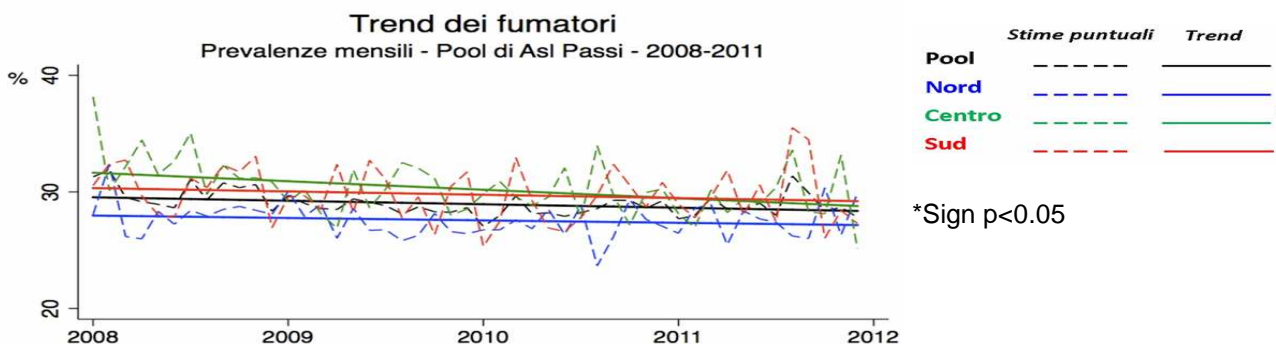
Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi  
ASS1 "Triestina" - Passi 2008-11 (n=123)

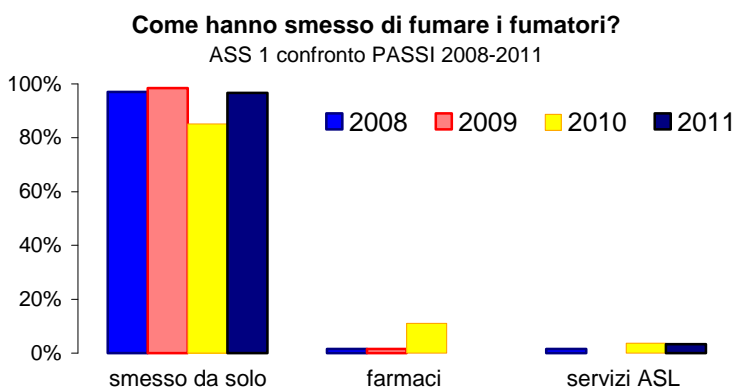


## Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.



- Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 93% l'ha fatto da solo, il 6% ha fatto uso di farmaci e quasi il 2% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.



# Fumo passivo

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

Fumo passivo – ASS1 “Triestina”- PASSI 2008-11 (n=1.120)

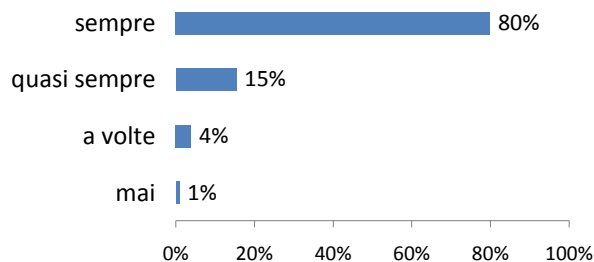
	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre <i>nei locali pubblici</i>	95,3 (93,8-96,4)
<i>sul luogo di lavoro</i>	90 (87,4-92)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	74,9 (72,2-77,4)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	83,3 (78,4-87,4)

## Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2008-11 il 95% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (15%).
- Il 5% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (4%).

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

ASS1 “Triestina” – Passi 2008-11\* (n=1.061)

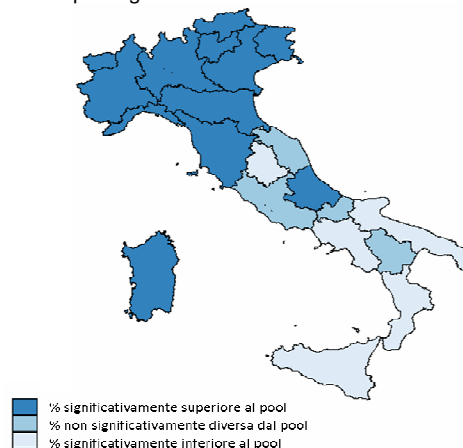


\* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

- In regione FVG nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nel 95,5% (IC95%: 94,9-95,9)
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 67% delle Asl della Calabria al 95% del Friuli-Venezia Giulia.

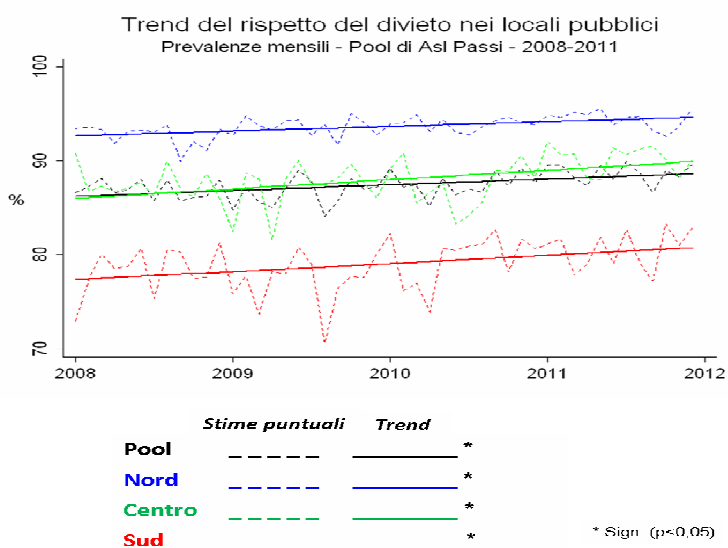
### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



## Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a un 95%, per il Centro 86% a 90%, per il Sud 77% a un 81%.

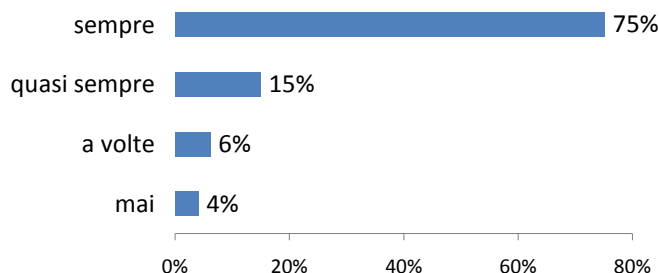


## Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, il 90% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (75%) o quasi sempre (15%).
- Il 10% ha dichiara che il divieto non è mai rispettato (4%) o lo è a volte (6%).
- Le percentuali di lavoratori che dichiarano il rispetto di fumo sempre rilevate nell' ASS 1 "Triestina" non differiscono dalla media regionale corrispondente al 91,42% (IC95%: 90,5-92,3).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 79% delle Asl del Molise e della Calabria al 95% della P.A. di Bolzano.

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

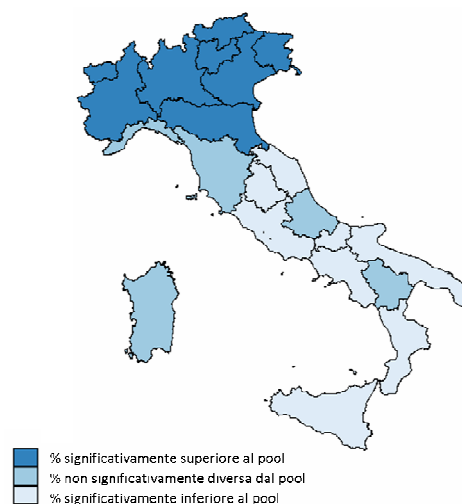
ASS1 "Triestina" – Passi 2008-11 (n= 707)\*



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

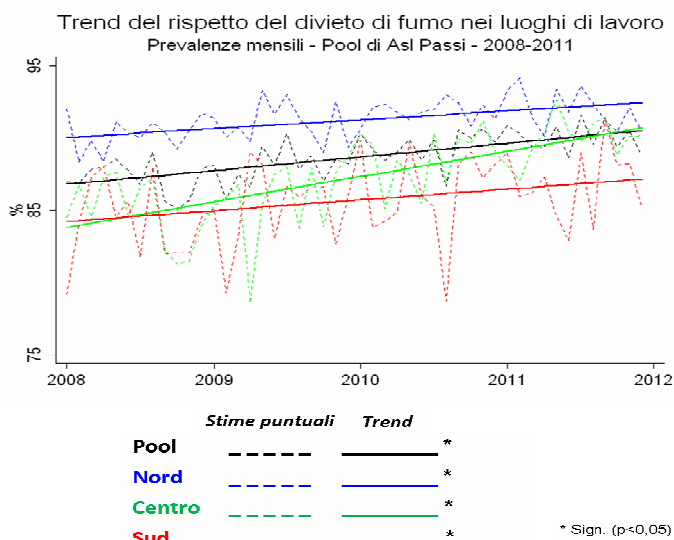
### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



## Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 87% a 90%, per il Nord da 90% a un 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a un 87%.

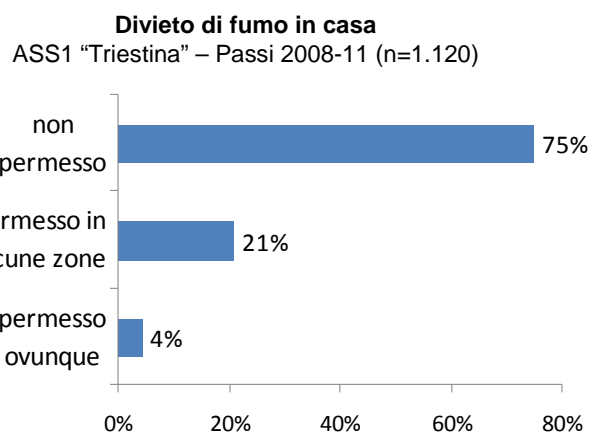


## L'abitudine al fumo in ambito domestico

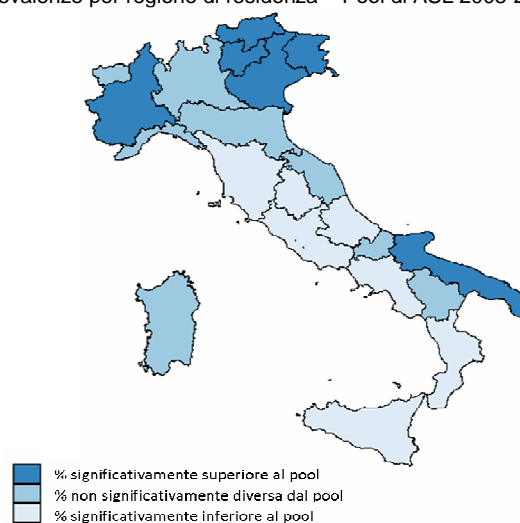
- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASS1 "Triestina", nel periodo 2008-11:
  - il 75% (IC 95% 72,2- 77,4) degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
  - il 21% che si fuma in alcuni luoghi;
  - il 4% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'83% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

- In regione FVG il valore medio regionale degli intervistati che ha dichiarato che non si fuma in casa risulta superiore a quello rilevato nell'ASS 1 Triestina ed equivale allo 82,6% (IC 95% 81,7- 83,6)
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% delle ASL di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% per quelle del Veneto.

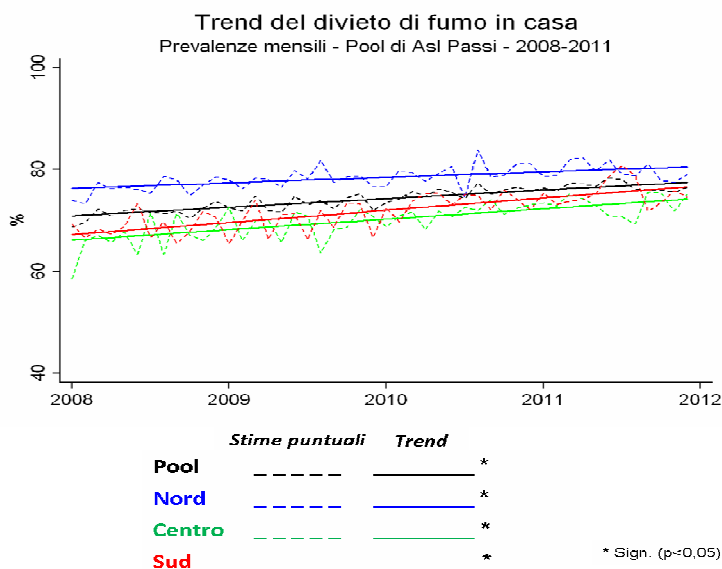


Divieto di fumo in casa  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-2011



## Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il pool di Asl e per tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 72% a 77%, per il Nord da 76% a 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.



## Conclusioni

Nella ASS1 "Triestina", nel periodo 2008-11, poco più che a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

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

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

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

## Tabella riassuntiva Guadagnare salute periodo 2008-2011

### confronto ASS 1 “Triestina”- Pool di Asl nazionale 2008-2011

#### Attività fisica (%)

	ASS 1 “Triestina”		Pool di ASL Passi (nazionale)	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Livello di attività fisica				
<i>attivo</i> <sup>4</sup>	<b>29,9</b>	27,3-32,7	<b>33,0</b>	32,7-33,3
<i>parzialmente attivo</i> <sup>5</sup>	<b>46,3</b>	43,3-49,2	<b>36,9</b>	36,6-37,2
<i>sedentario</i> <sup>6</sup>	<b>23,8</b>	21,4-26,5	<b>30,1</b>	29,8-30,4
Riferisce che medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica <sup>7</sup>	<b>27,2</b>	24,4-30,3	<b>31,5</b>	31,1-31,8
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica <sup>7</sup>	<b>23,8</b>	21,1-26,7	<b>31,6</b>	31,2-31,9
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	<b>20,2</b>	15,5-25,6	<b>20</b>	ND

#### Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (%)

	ASS 1 “Triestina”		Pool di ASL Passi (nazionale)	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale				
<i>sovrappeso</i>	<b>29,3</b>	26,7-32,1	<b>31,5</b>	31,2-31,8
<i>obeso</i>	<b>10,5</b>	8,8-12,5	<b>10,5</b>	10,3-10,7
<i>sovrappeso/obeso</i>	<b>39,8</b>	36,9-42,8	<b>42</b>	41,6-42,3
Consigliato di perdere peso da un medico/operatore sanitario <sup>8</sup>				
<i>sovrappeso</i>	<b>41,7</b>	35,8-47,7	<b>45,7</b>	45,0-46,3
<i>obesi</i>	<b>75,7</b>	66,3-83,6	<b>78,9</b>	78,0-79,7
<i>sovrappeso/obeso</i>	<b>50,9</b>	45,8-56,1	<b>54</b>	53,8-54,8
Consigliato di fare attività fisica da un medico/operatore sanitario <sup>7</sup>				
<i>sovrappeso</i>	<b>32,6</b>	27-38,6	ND	ND
<i>obesi</i>	<b>37,9</b>	28,5-48,0	ND	ND
<i>sovrappeso/obeso</i>	<b>34</b>	29,3-39,1	<b>39</b>	ND
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	<b>11</b>	9,2-13	<b>9,8</b>	9,6-10,0

<sup>4</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

<sup>5</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>6</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

<sup>7</sup> vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

<sup>8</sup> solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no

**Abitudine al fumo (%)**

	ASS 1 "Triestina"		Pool di ASL Passi (nazionale)	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Abitudine al fumo				
<i>fumatori</i> <sup>9</sup>	<b>31,5</b>	28,8-34,3	<b>28,9</b>	28,6-29,2
<i>uomini</i>	<b>36</b>		<b>34</b>	
<i>donne</i>	<b>27</b>		<b>24</b>	
<i>ex fumatori</i> <sup>10</sup>	<b>25,4</b>	22,9-28	<b>18,9</b>	18,7-19,2
<i>non fumatori</i> <sup>11</sup>	<b>43,1</b>	40,2-46,1	<b>52,2</b>	51,8-52,5
Classi di età				
18-24	<b>46</b>		<b>32</b>	
25-34	<b>37</b>		<b>35</b>	
35-49	<b>35</b>		<b>30</b>	
50-69	<b>25</b>		<b>25</b>	
Livello di istruzione				
<i>nessuno/ elementare</i>	<b>34</b>		<b>23</b>	
<i>media inferiore</i>	<b>35</b>		<b>34</b>	
<i>media superiore</i>	<b>31</b>		<b>39</b>	
<i>laurea</i>	<b>24</b>		<b>23</b>	
Difficoltà economiche				
<i>molte</i>	<b>51</b>		<b>37</b>	
<i>qualcuna</i>	<b>32</b>		<b>30</b>	
<i>nessuna</i>	<b>28</b>		<b>25</b>	
Chiesto da un medico/operatore sanitario se fuma <sup>12</sup>				
<i>a tutto il campione</i>	<b>41</b>	37,9-44,3	<b>41,4</b>	41,0-41,7
<i>ai fumatori</i>	<b>62,5</b>	56,5-68,2	<b>ND</b>	
Consigliato da medico/operatore sanitario di smettere di fumare (ai fumatori) <sup>12</sup>	<b>46,4</b>	40,2-52,6	<b>56,8</b>	56,1-57,5
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	<b>33,6</b>	28,8-38,7	<b>40,3</b>	39,7-40,9
Ex-fumatori che hanno smesso da soli	<b>92,7</b>	86,6-96,6	<b>94,4</b>	94,1-94,9
Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi) sempre o quasi sempre	<b>90</b>	87,4-92	<b>88,7</b>	88,4-89,0
Non permesso fumare in nessun luogo della casa	<b>74,9</b>	72,2-77,4	<b>74,5</b>	74,2-74,8
Non permesso fumare in nessun luogo della casa in presenza di minori in famiglia	<b>83,3</b>	78,4-87,4	<b>82,3</b>	81,8-82,8

<sup>9</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

<sup>10</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

<sup>11</sup> meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

ND: non disponibile

## Consumo di alcol (%)

	ASS 1 "Triestina"		Pool di ASL Passi (nazionale)	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>12</sup>	<b>75,9</b>	73,3-78,4	<b>56,6</b>	56,3-56,9
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	<b>11,7</b>	9,9-13,8	<b>7,9</b>	7,7-8,0
Bevitori binge (2010-2011) <sup>13</sup>	<b>15,3</b>	12,5-19,6	<b>8,6</b>	8,4-8,9
Consumo abituale elevatori <sup>14</sup>	<b>7,4</b>	6-9,2	<b>4,6</b>	4,5-4,8
Bevitori a maggior rischio (2010-2011) <sup>15</sup>	<b>26,6</b>	23-30,5	<b>17,0</b>	16,7-17,3
Chiesto da un medico/operatore sanitario sul consumo <sup>16</sup>	<b>20,4</b>	17,9-23,2	<b>15,2</b>	14,9-15,4
Consigliato di ridurre il consumo ai bevitori a rischio <sup>12</sup>	<b>2,7</b>	0,7-6,8	<b>6,4</b>	6,0-6,9

<sup>12</sup> una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

<sup>13</sup> nell'ultimo mese consumo almeno una volta di 5 o più (uomini) o 4 o più (donne) unità alcoliche in una sola occasione

<sup>14</sup> più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

<sup>15</sup> Bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori.

<sup>16</sup> solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo mese



# Rischio cardiovascolare

- **Iperensione arteriosa**
- **Ipercolesterolemia**
- **Calcolo del rischio cardiovascolare**



# Rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

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

In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

## 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 1 "Triestina", lo 86% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, lo 11% più di 2 anni fa, mentre il restante 3% 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 significativamente più diffusa:
  - nelle fasce d'età più avanzate
  - nei cittadini italiani

La percentuale degli intervistati dell'ASS 1 "Triestina" che ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni non differisce dalla media della regione FVG, che corrisponde allo 86,6 (IC 95%: 85,8- 87,5).

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dello 83%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.

#### Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASS 1 "Triestina" 2008-11 (n=1120)

**Totale: 86,3%** (IC 95%: 84,2%-88,3%)

##### ## Età



##### Sesso



##### Istruzione



##### Diff. economiche



##### ## Cittadinanza



## p<0,01 50% 75% 100%

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

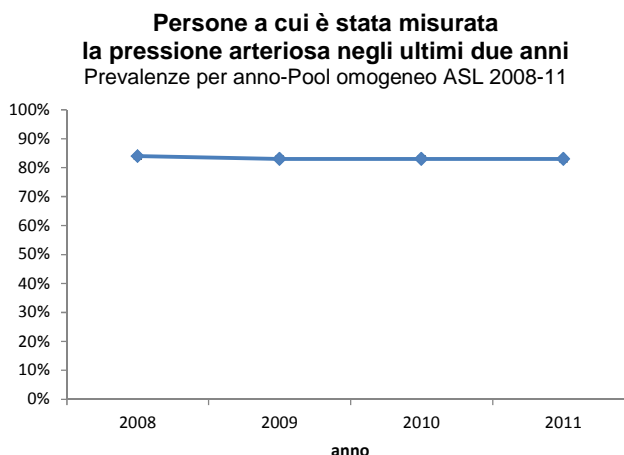
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



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

## Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si evidenzia una chiara stabilità dell'indicatore negli anni.

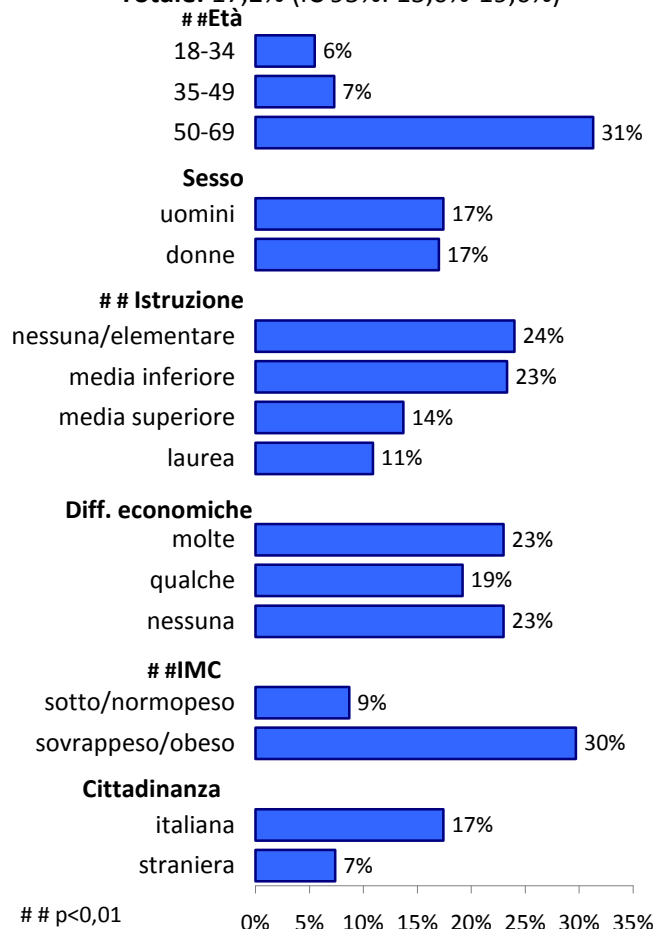


## Quante persone sono ipertese?

- Nella ASS 1 "Triestina", il 17% 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 (31% nella fascia 50-69 anni)
  - nelle persone con livello istruzione basso
  - nelle persone con eccesso ponderale
  - fra le persone con cittadinanza italiana.
- Le differenze rilevate per età, istruzione e Indice di Massa Corporea (IMC) risultano significative dal punto di vista statistico.
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito una diagnosi di ipertensione risulta del 21%.
- La media regionale di persone che hanno riferito una diagnosi di ipertensione risultata del 20,2% (IC 95%: 19,2-21,1).

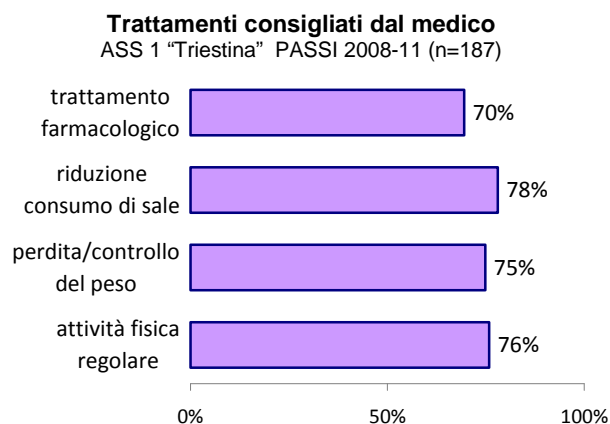
**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASS 1 "Triestina" 2008-11 (n=1086)

**Totale: 17,2% (IC 95%: 15,0%-19,6%)**



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

- Nella ASS 1 “Triestina”, il 70 % 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/ mantenere il peso corporeo (75%)
  - svolgere regolare attività fisica (76%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel periodo 2008-11 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASS 1 “Triestina”, nella fascia d’età 18-69 anni, quasi una persona su cinque sia ipertesa; al di sopra dei 50 anni questa proporzione aumenta fino a 1 persona su 3.

L’identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie al di sopra dei 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).

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

L’attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l’attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa 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 del 20% la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardio.

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

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

- Nella ASS 1 "Triestina", lo 83% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 56% nel corso dell'ultimo anno
- il 17% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- lo 11% da oltre 2 anni.

Il 16% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

- La misurazione del colesterolo è più frequente:
  - al crescere dell'età (dal 63% della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni)
  - nelle donne
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone senza alcuna difficoltà economica
  - nei cittadini italiani

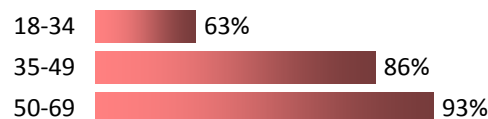
Le differenze rilevate per età, genere e cittadinanza risultano significative dal punto di vista statistico.

### Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS 1 "Triestina" 2008-11 (n=1120)

**Totale:** 83,4% (IC 95%: 81,5%-85,9%)

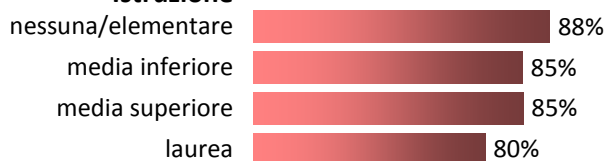
#### ##Età



#### ##Sesso



#### Istruzione



#### Diff. economiche



#### ##Cittadinanza



50% 75% 100%

## p<0,01

- La percentuale di persone che in FVG a cui è stata misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita (valore medio regionale) è dello 80,9% (IC 95%: 79,4- 81,3), più basso di quello rilevato nell'ASS1 "Triestina" .
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è dell'80%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.

**Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



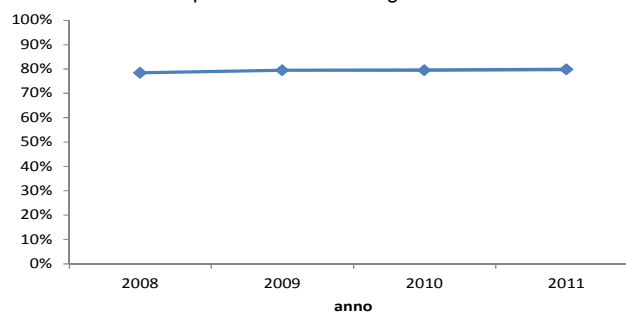
■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione*

## Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita**  
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



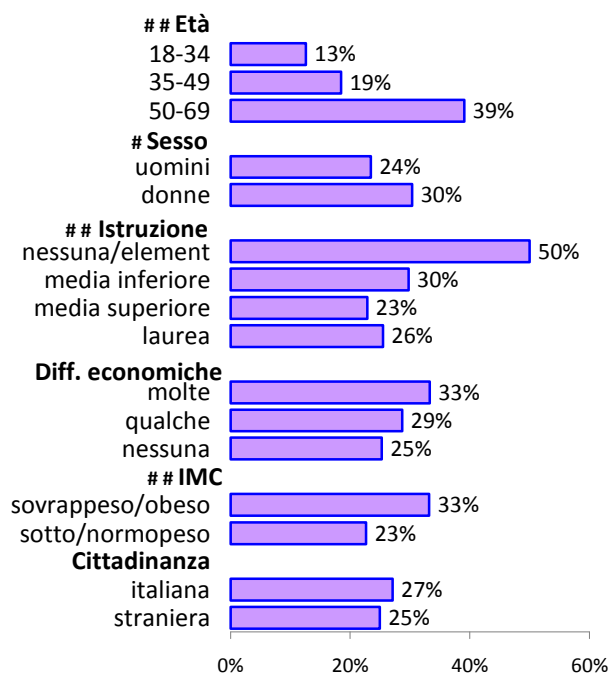
## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella ASS 1 “Triestina”, il 27% 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
  - nel genere femminile
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone con dcoltà economiche
  - fra le persone con eccesso ponderale.
- Le differenze rilevate per classi di età, genere, livello di istruzione, stato nutrizionale sono significative dal punto di vista statistico
- In regione FVG, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24,5%(IC95%: 23,4-25,7).
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale. La Valle D'Aosta registra il valore più alto (29%) di diagnosi riferita di ipercolesterolemia e la Campania il valore più basso (17%).

### Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS 1 “Triestina” 2008-11 (n=939)

**Totale:** 27,2% (IC 95%: 24,4%-30,1%)



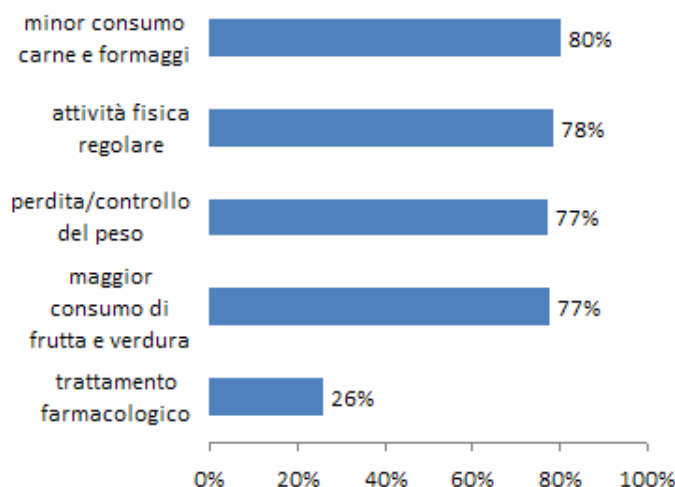
# p<0,05  
## p<0,01

## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASS 1 “Triestina”, il 26% 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 (80%)
  - svolgere regolare attività fisica (78%)
  - ridurre o controllare il proprio peso (77%)
  - aumentare il consumo di frutta e verdura (77%).
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 29%.

### Trattamenti consigliati dal medico

ASS 1 “Triestina” PASSI 2008-11 (n=255)





## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella ASS 1 “Triestina”, nella fascia d’età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a 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.

Oltre il 75% di persone con ipercolesterolemia ha ricevuto da un medico il consiglio di adottare misure dietetiche e comportamentali, percentuale ancora suscettibile di miglioramento.

# Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

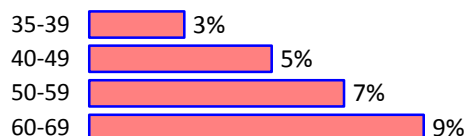
- Nella ASS 1 "Triestina", solo il 6% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
  - nella classe di età più adulta;
  - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare
  - fra le persone con livello di istruzione più basso
  - fra le persone con maggiori difficoltà economiche .
  - nel nostro campione, nessuno degli stranieri intervistati ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio.
- Le differenze rilevate per livello di istruzione e presenza di almeno un fattore di rischio sono risultate significative dal punto di vista statistico.

### Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS 1 "Triestina" 2008-11 (n=808)

**Totale: 6,1%** (IC 95%: 4,6%-8,0%)

#### Età



#### Sesso



#### # Istruzione



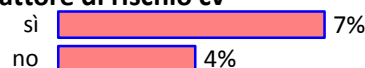
#### Diff. economiche



#### Cittadinanza



#### # Almeno 1 fattore di rischio cv \*



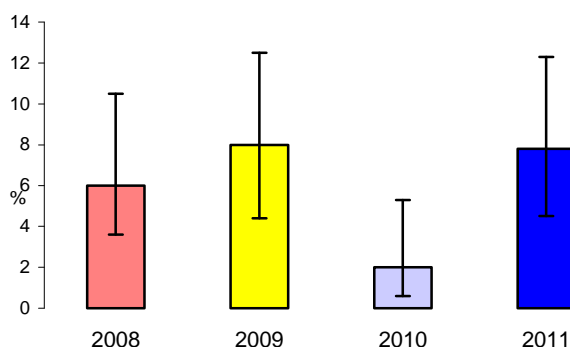
0% 2% 4% 6% 8% 10%

#  $p < 0,05$

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

- Il grafico a fianco riporta l'andamento per anno della percentuale degli intervistati nella fascia di età 35-69 anni che ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- Le differenze rilevate fra gli anni considerati non risultano significative dal punto di vista statistico

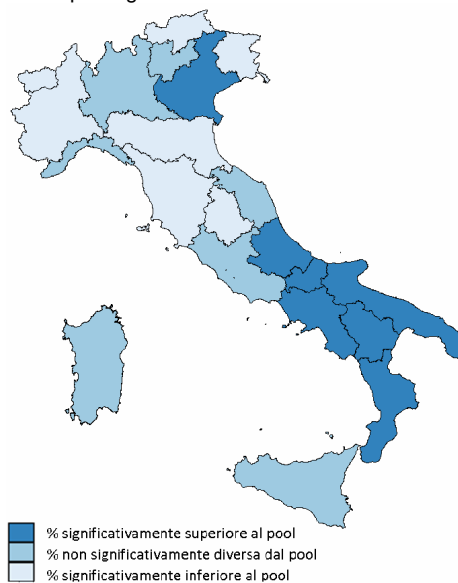
**Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare PASSI ASS1 confronto 2008-2011**



- La percentuale di persone che hanno riferito il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare rilevata in ASS 1 "Triestina" non differisce dal valore medio della regione FVG dello stesso periodo, che corrisponde a 5,3% (IC95%: 4,6- 5,9)
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6,5%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.

**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)**

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

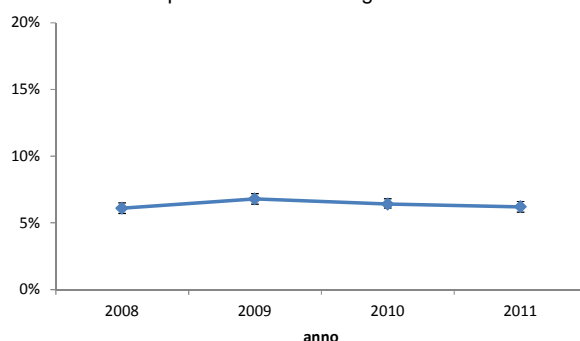


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

## Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**  
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



## **Conclusioni e raccomandazioni**

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

Nella ASS 1 “Triestina”, 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.

# Tabella riassuntiva Rischio cardiovascolare periodo 2008-2011

confronto ASS 1 "Triestina" pool di Asl nazionale 2008-2011

	ASS 1 % (IC 95%)	Pool di ASL % (IC 95%)
Persone che riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	86,3 (84,2-88,3)	83,1 (82,9-83,4)
Persone che riferiscono di essere ipertese <sup>1</sup>	17,2 (15,0-19,6)	20,5 (20,3-20,8)
Persone che riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita	83,4 (81,5-85,9)	79,1 (78,8-79,3)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche <sup>2</sup>	27,2 (24,4-30,1)	24,3 (24,0-24,6)
Persone cui un medico ha calcolato il del punteggio cardiovascolare <sup>3</sup>	6,1 (4,6-8,0)	6,5 (6,4-6,7)

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

2 tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

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

4 su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura. (manca sedentarietà)

# Gli Screening oncologici

- **Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero**
- **Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella**
- **Diagnosi precoce delle neoplasie del colon - retto**



# Gli screening

Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica finalizzati ad individuare, nella popolazione asintomatica invitata attivamente a sottoporsi al test, una malattia in una fase preclinica o i precursori della malattia stessa.

Lo screening si propone quindi di ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o lesioni precancerose.

È stato dimostrato che i programmi di screening per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto, non solo salvano numerose vite umane, ma aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita, con effetti positivi decisamente superiori a quelli negativi.

Inoltre, per la loro stessa struttura organizzativa, sono in grado di incidere sulle disuguaglianze nella salute.

Secondo i dati dei registri tumori, il **cancro della mammella** è al primo posto fra tutti i tumori maligni delle donne.

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 questo, in Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, in cui le donne tra 50 e 69 anni ogni due anni vengano invitate regolarmente 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.

Il **carcinoma del collo dell'utero** a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna per frequenza; in Italia rappresenta quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili.

Almeno teoricamente, la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con Pap test. In Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, in cui le donne nella fascia d'età a rischio (25-64 anni) 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. Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario per il carcinoma del collo dell'utero.

I **tumori del colon-retto** sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne. Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening, infatti, sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale.

L'Osservatorio nazionale screening svolge il monitoraggio dell'andamento di questi programmi: l'estensione è ormai ampia nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e gradualmente aumenta anche in quelle meridionali.

Rispetto ai programmi di prevenzione oncologica, il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle persone interessate per genere e fasce di età, se e quando sono stati effettuati il Pap test e/o la mammografia e/o la ricerca di sangue occulto o la colonscopia e se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati Osservatorio Nazionale Screening).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti ormai sufficienti prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del dna di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*). L'Italia nei prossimi anni si avvia ad essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

Nella ASS 1 "Triestina" i programmi di screening organizzati per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero - avviati dall'anno 1999 - coinvolgono circa 15.000 donne ogni anno. Il test HPV non viene utilizzato come test primario, ma solo come approfondimento per i casi risultati positivi al pap test



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

- Nella ASS1 “Triestina”, il 90% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.
- In particolare, l’esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - nella fascia 25-34 anni
  - che vivono insieme al partner
  - con alto livello d’istruzione
  - senza rilevanti difficoltà economiche

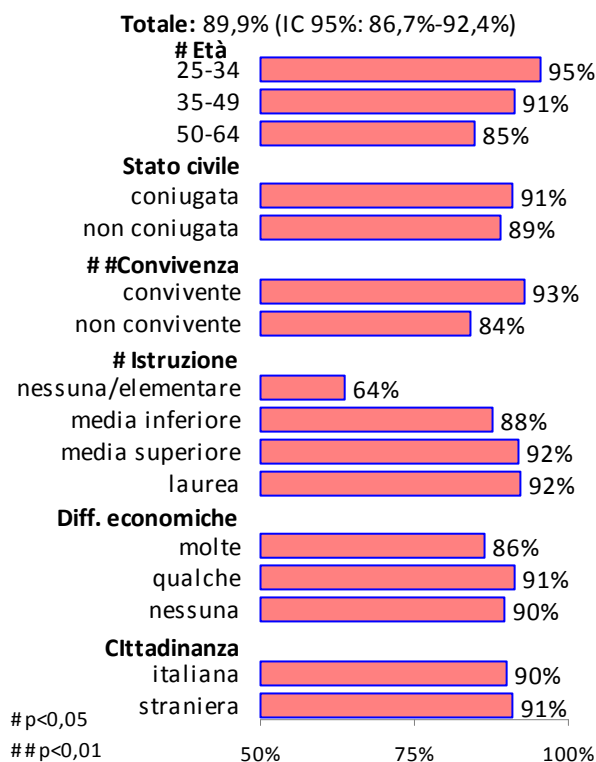
le differenze rilevate per età, istruzione e convivenza sono significative dal punto di vista statistico

- non sono state rilevate differenze per cittadinanza

### Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni

#### Donne 25-64 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASS1 “Triestina” 2008-11 (n=456)



- In regione FVG lo 86,7% (IC 95%: 85,3-87,97) delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni (valore medio regionale)
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

### Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni (Donne 25-64 anni)

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)



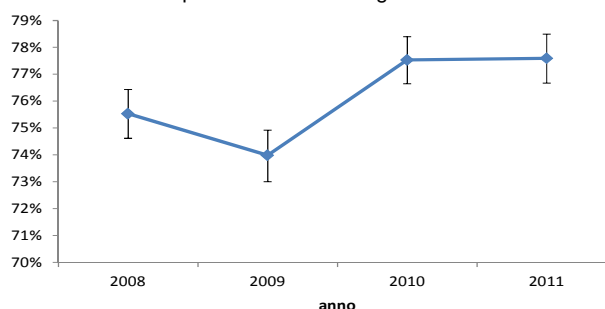
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

## Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.

**Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni  
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



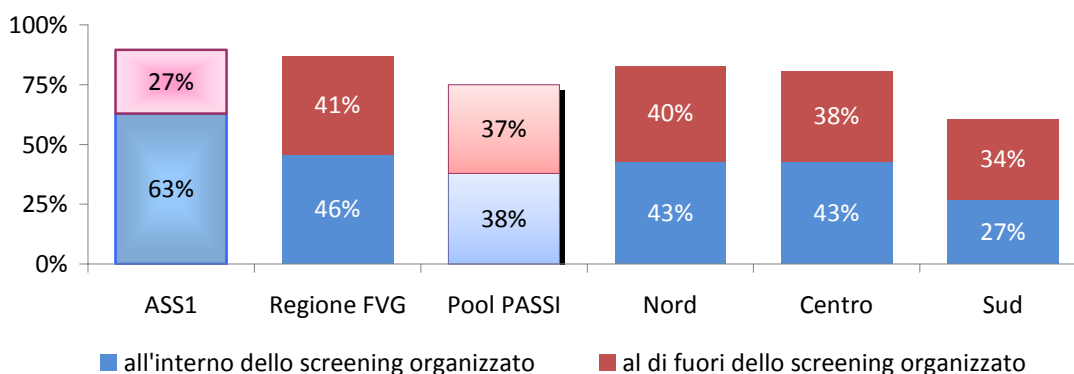
## Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella ASS1 "Triestina", tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 63% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 27% l'ha eseguito come prevenzione individuale.
- Nella Regione FVG, tra le donne intervistate di 25-64 anni, circa il 46% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 41% l'ha eseguito come prevenzione individuale.

Nel Pool di ASL la quota di adesione spontanea allo screening cervicale è rilevante: si stima infatti che quasi quattro donne su dieci (37%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato

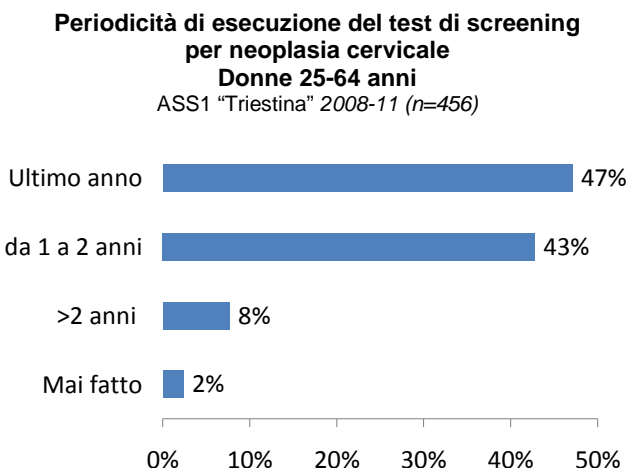
**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni  
all'interno o al di fuori di un programma organizzato  
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica PASSI 2008-11



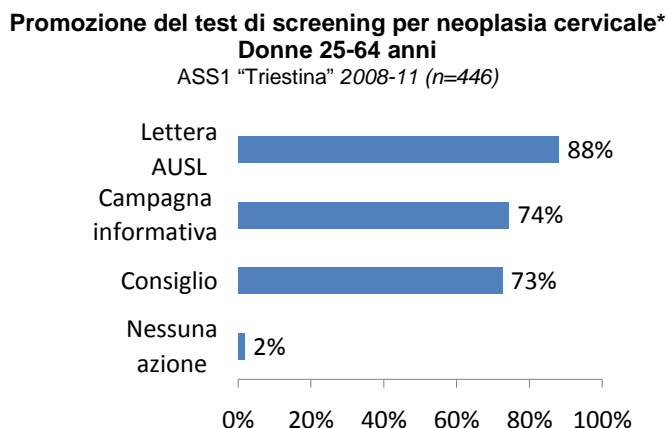
## Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Circa la metà delle donne 25-64enni (47%) ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno: il dato è maggiore rispetto a quello atteso di un terzo ed evidenzia un possibile ricorso al test con una periodicità più ravvicinata rispetto a quella raccomandata ("sovra copertura").



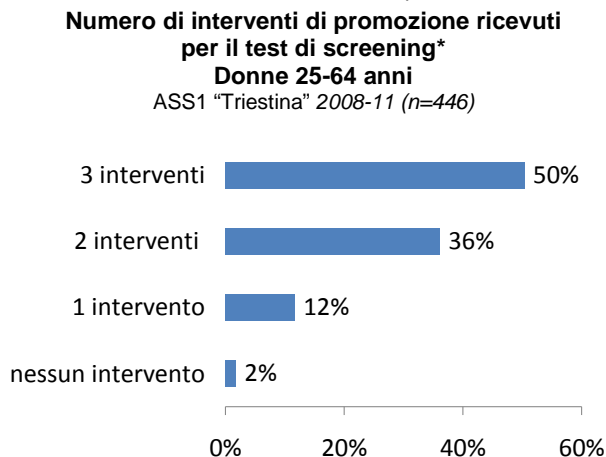
## Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- Nella ASS1 "Triestina":
  - Lo 88% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - il 74% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
  - il 73% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.



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

- La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 30% delle donne ha ricevuto tre interventi, il 35% due interventi, il 25% un intervento e 10% nessun intervento.



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

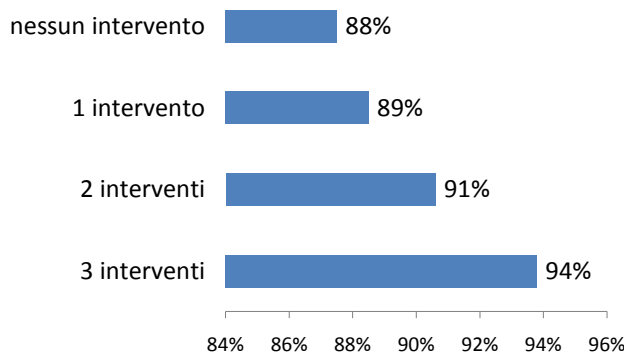
## Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- A livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore sanitario come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

### Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida

Donne 25-64 anni

ASS1 "Triestina" 2008-11



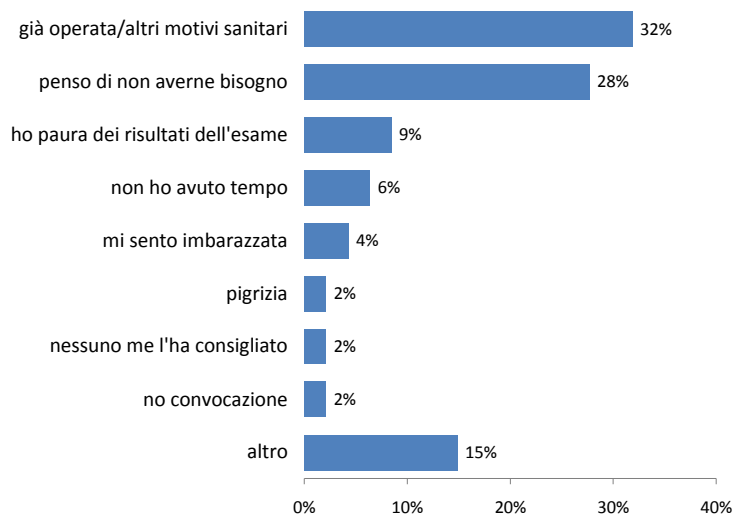
## Perché non è stato eseguito il test di screening?

- Nella ASS1 "Triestina" il 10% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (2,4%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (7,7%).
- La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 28% ritiene infatti di non averne bisogno

### Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida

Donne 25-64 anni

ASS1 "Triestina" 2008-11 (n=47)



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (2%)

## Conclusioni e raccomandazioni

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

Nella ASS1 "Triestina" la copertura al test di screening è elevata, superando la media nazionale; la quota di adesione spontanea, pur importante, è inferiore a quella rilevata a livello nazionale, testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati, come avviene all'interno dei

programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test, come pure la cittadinanza straniera; una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici. Nella nostra Azienda non sono state rilevate differenze significative nella copertura per cittadinanza, mentre risulta significativamente più bassa l'adesione fra le persone con livello di istruzione più basso, età più avanzata e fra le donne che non vivono con il partner.

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

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza

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

## Bibliografia:

- Health Technology Assessment: Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino Epidemiol Prev 2012; 36 (3-4), maggio-agosto  
[http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3\\_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf](http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf)
- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre  
[http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/IX\\_rapporto\\_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening](http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening)
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011  
[http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/breve\\_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011](http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011)

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il cancro della mammella è al primo posto per frequenza tra i tumori maligni della popolazione femminile: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione dei programmi organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora minore nel Sud (dati ONS).

Nella ASS 1 "Triestina" i programmi di screening organizzati sono avviati dall'anno 2006 e coinvolgono circa 17.000 donne di 50-69 anni/anno.

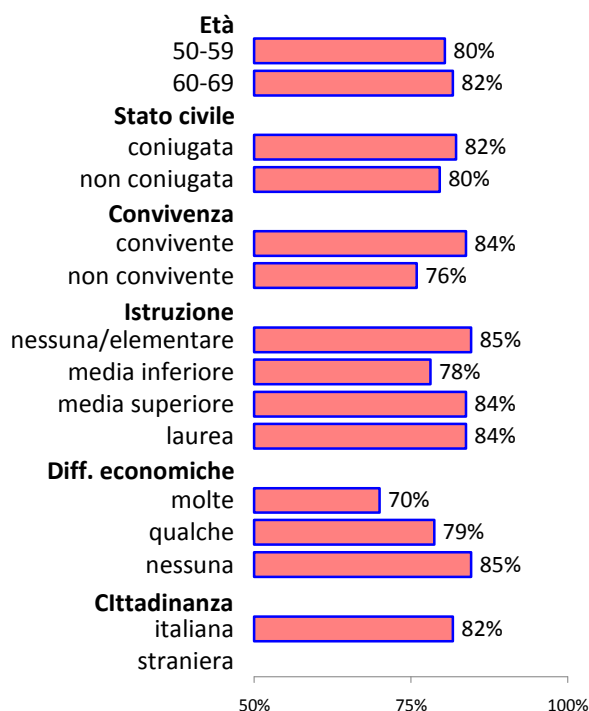
## Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- Nella ASS1 "Triestina" circa lo 81% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- In particolare, l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - senza rilevanti difficoltà economiche,
  - che vivono con coniuge o compagno,
  - con cittadinanza italiana,
 anche se le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.
- Non sono emerse differenze per classi di età, stato civile, livello di istruzione
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 43,3 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), oltre il 78% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima mammografia è 38,8 anni.

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

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 "Triestina" 2008-11 (n=251)

**Totale:** 81,2% (IC 95%: 75,8%-85,8%)



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

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



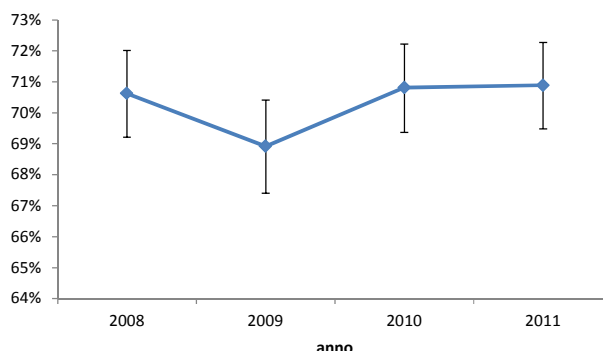
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- In regione FVG, lo 83,8% (IC95%: 81,6-85,8) delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (valore medio regionale).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

**Confronto su pool omogeneo nazionale**

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

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

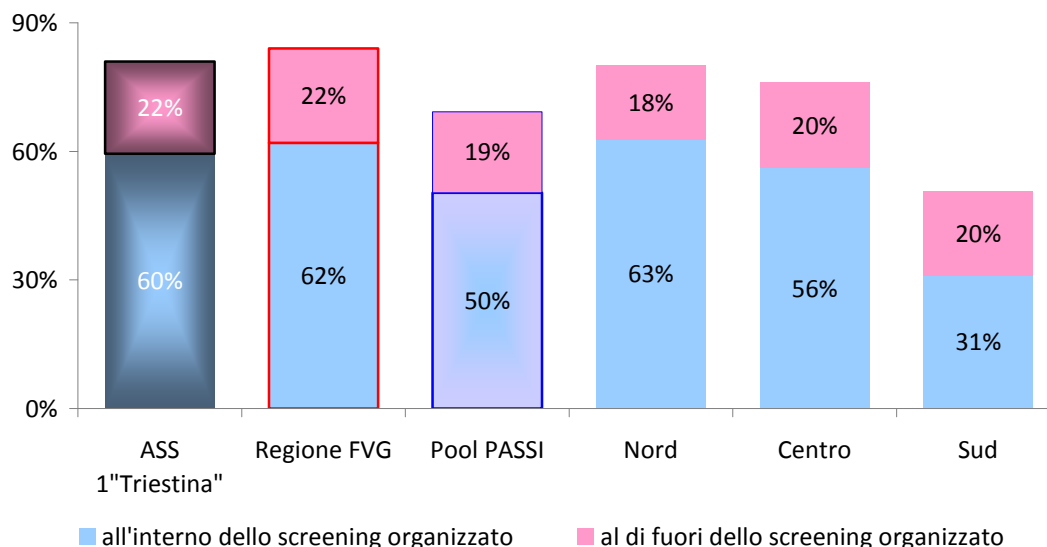
**Quante donne hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?**

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

- Nella ASS1 “Triestina”, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 60% ha eseguito la mammografia all’interno di un programma organizzato, mentre il 22% l’ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nella Regione FVG il 62% ha eseguito la mammografia all’interno di un programma organizzato, mentre il 22% circa l’ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la mammografia all’interno di un programma organizzato, mentre il 19% l’ha eseguita come prevenzione individuale.

**Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni  
all’interno o al di fuori di un programma organizzato  
Donne 50-69 anni**

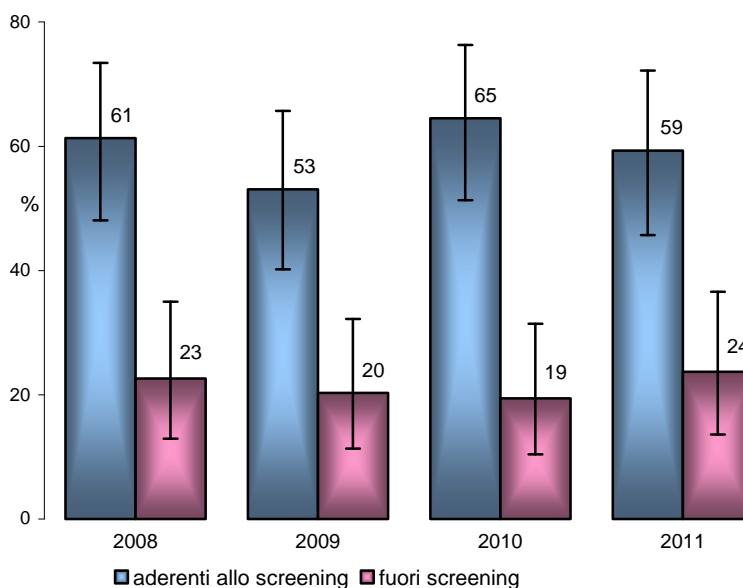
Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica PASSI 2008-11



- Nella ASS1 “Triestina”, tra le donne intervistate di 50-69 anni nel corso dei 4 anni di studio, le percentuali di donne che hanno eseguito la mammografia all’interno di un programma organizzato o come prevenzione individuale sono rimaste sostanzialmente stabili nel tempo.

**Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni  
all’interno o al di fuori di un programma organizzato  
Donne 50-69 anni**

ASS1 “Triestina” confronto 2008-11

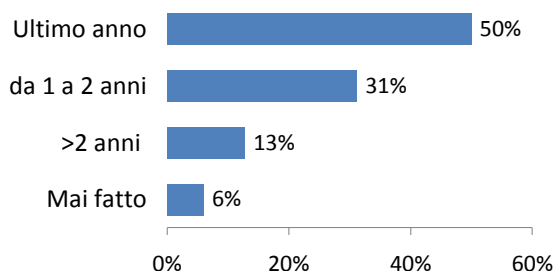




## Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- La metà delle donne 50-69enni (50%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, in linea con quanto atteso.
- Il 6% ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia preventiva.

**Periodicità di esecuzione della Mammografia**  
ASS1 "Triestina" 2008-11 (n=250)

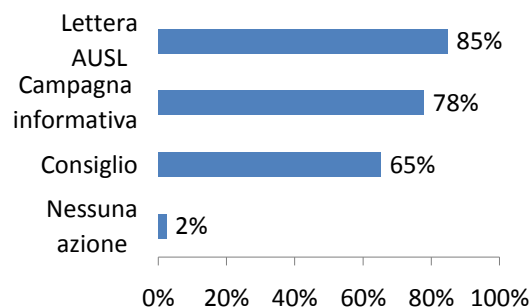


## Quale promozione della Mammografia?

- Nella ASS1 "Triestina", fra le donne intervistate di 50-69 anni:

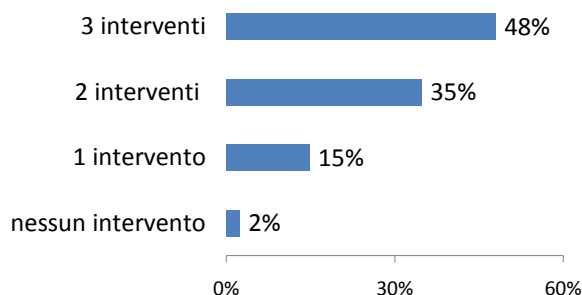
- lo 85% ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 78% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 65% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la mammografia.

**Promozione della Mammografia**  
ASS1 "Triestina" 2008-11 (n=250)



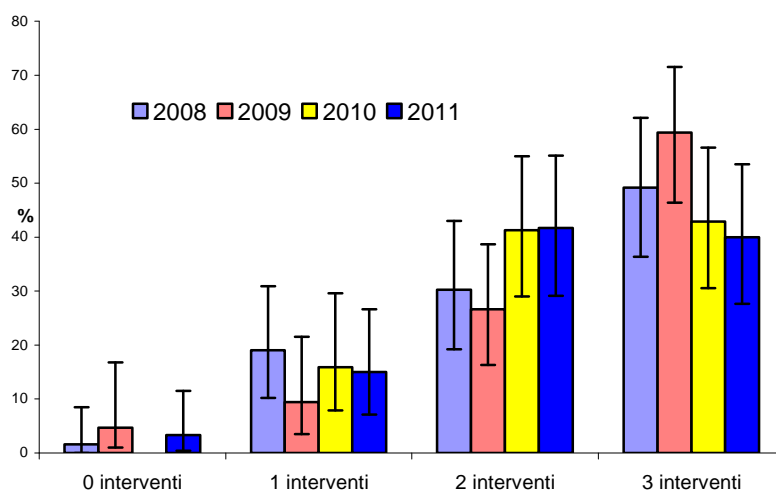
- Il 48% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 35% da due interventi ed il 15% da uno solo; il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.

**Numero di interventi di promozione ricevuti per la Mammografia**  
ASS1 "Triestina" 2008-11 (n=250)



**Percentuale di donne che ha ricevuto 0, 1, 2 o 3 interventi di promozione per la Mammografia**  
 ASS1 "Triestina" Confronto 2008-2011

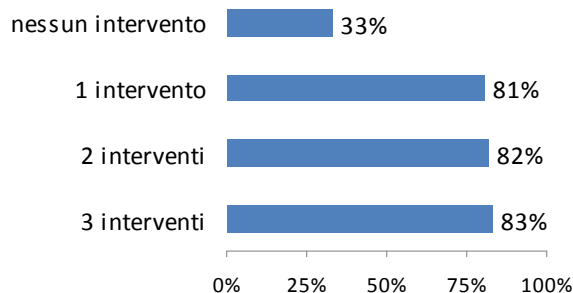
- Nella ASS1 "Triestina" la percentuale di donne raggiunta da 3 interventi sembra essersi ridotta nel corso del quadriennio di studio, anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico.



**Quale efficacia degli interventi di promozione?**

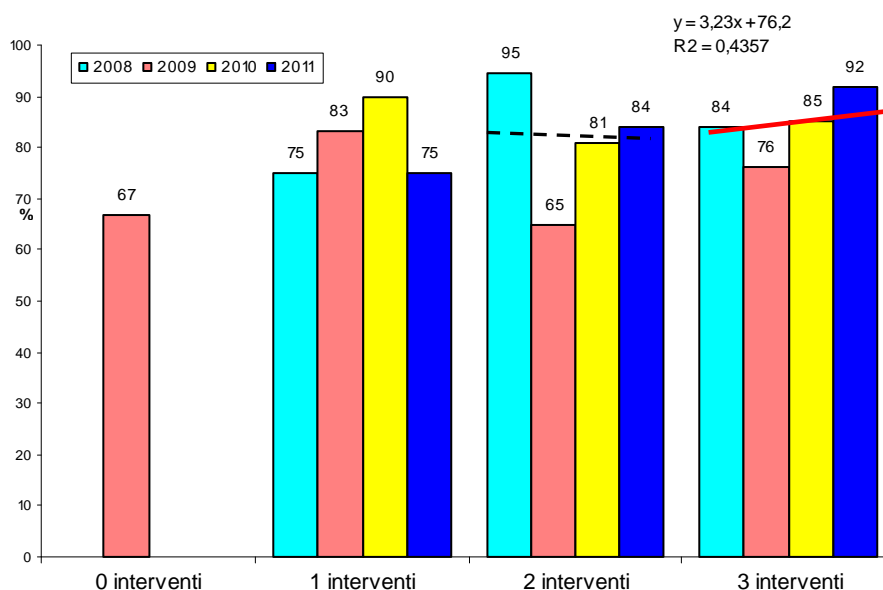
- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

**Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni**  
 ASS1 "Triestina" 2008-11



- Come evidenzia il grafico a fianco, nella ASS1 “Triestina” fra le donne che hanno ricevuto tre interventi di promozione sembra essere cresciuta la percentuale di adesione alla mammografia dal 2008 al 2011, evidenziata nella figura dalla linea di tendenza in rosso, mentre fra le donne che hanno ricevuto solo 2 interventi di promozione la percentuale di adesione alla mammografia si sia ridotta dal 2008 al 2011.

**Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni**  
ASS1 “Triestina” confronto 2008-11



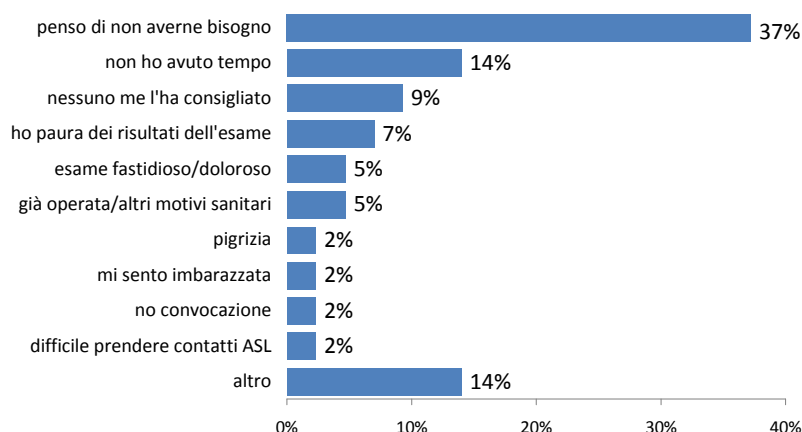
- I dati qui riassunti vanno interpretati però considerando la scarsa numerosità cui si riferiscono (più precisamente le donne intervistate di età 50-69 anni nel 2008 sono state 63, nel 2009 ammontavano a 64, 63 nel 2010 e 59 nel 2011).

### Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASS1 “Triestina”, il 19% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (6%) o l'ha eseguita da oltre due anni (13%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 37% ritiene infatti di non averne bisogno.

**Motivazione della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida**

ASS1 “Triestina” 2008-11 (n=251)



\* esclusi dall'analisi i “non so/non ricordo” (10%)

## Conclusioni e raccomandazioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva del test di screening, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito la mammografia all'interno del programma organizzato, sia della quota di adesione spontanea, in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale.

Nella ASS 1 "Triestina", la copertura per il test di screening è elevata; la quota di adesione spontanea è in linea con quella presente a livello nazionale, testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica.

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

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

### Bibliografia:

- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre  
[http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/IX\\_rapporto\\_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening](http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening)
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011  
[http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/breve\\_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011](http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011)
- Osservatorio Nazioanle Screening. Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: irisultati del progetto IMPATTO dei programmi di screening mammografico Pacini editore, 2011  
<http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf>

# 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 nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening, infatti, sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale; sono inoltre attivi 7 programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte e Asl di Verona).

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

Nella ASS1 i programmi di screening colo rettale sono partiti nella seconda metà del 2009 e coinvolgono circa 34.000 persone di 50-69 anni.

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

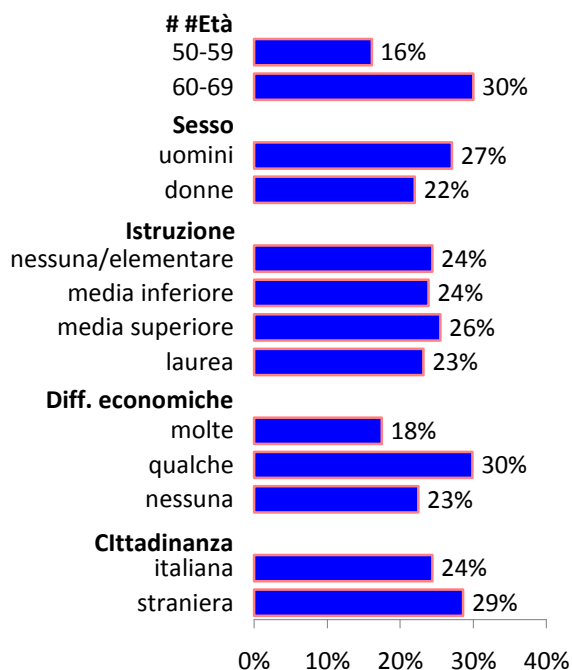
- Nella ASS1 nel periodo 2008-2011 circa il 33% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 24% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni;
- Lo 11% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni

Per entrambi gli esami, l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni ( $p < 0,01$ ), mentre le differenze rilevate per sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza non sono risultate significative dal punto di vista statistico

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

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 2008-11

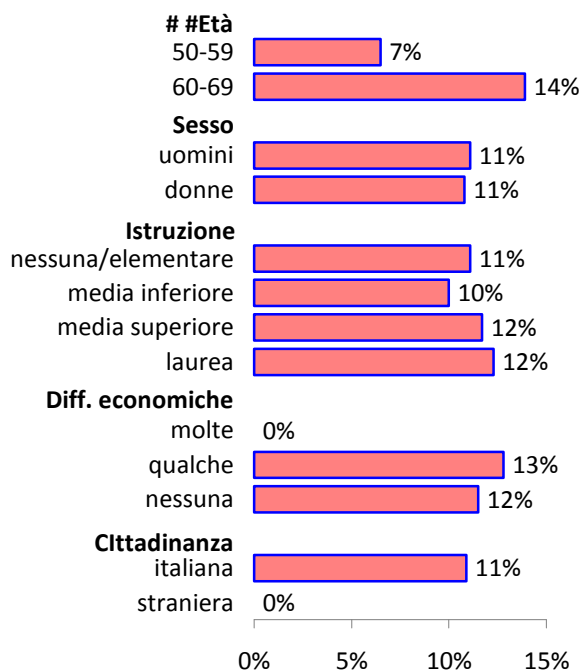
Totale: 24,4% (IC 95%: 20,6%-28,6%)



### Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 2008-11

Totale: 10,9% (IC 95%: 8,3%-14,2%)

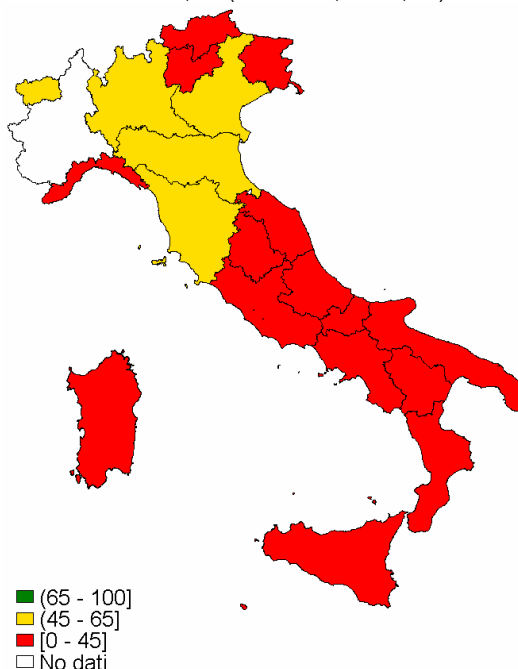


- La percentuale di persone che ha riferito aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni nell'ASS1 "Triestina" risulta più bassa rispetto al valore medio regionale, che corrisponde al 44,5% (IC95%: 41,8- 47,3), probabilmente a causa del ritardo con cui lo screening è stato avviato in questa azienda rispetto al resto delle aziende della regione.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

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

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11\*  
Totale: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione*

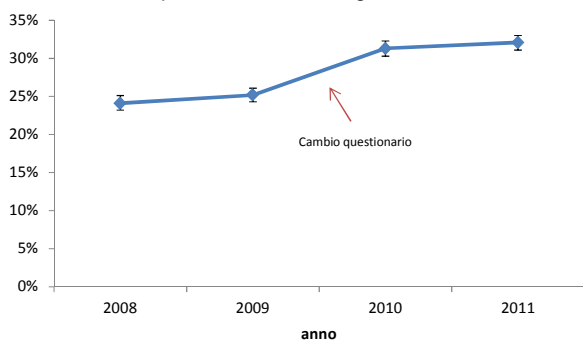
\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

## Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale\*, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

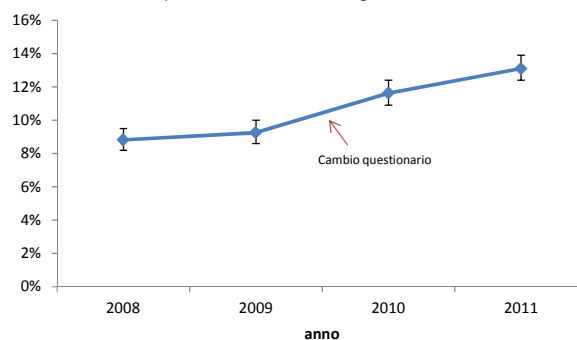
**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni  
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11\*



**Colonscopia negli ultimi cinque anni  
Persone 50-69 anni**

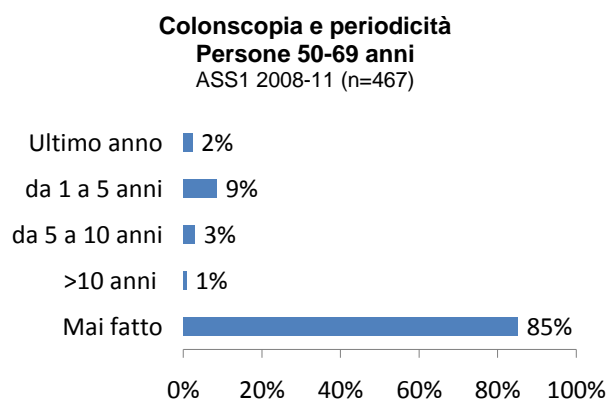
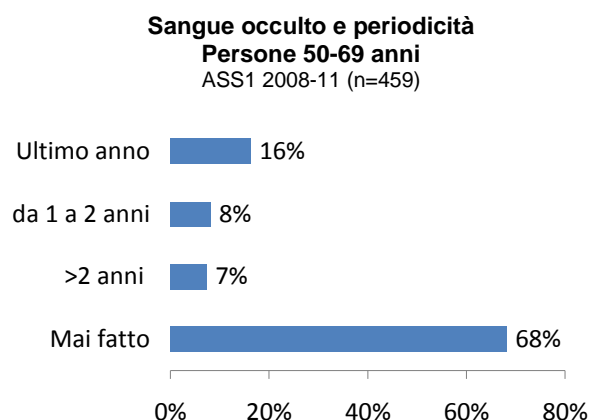
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11\*



\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

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

- Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:
  - il 16% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - lo 8% da uno a due anni
  - il 7% da più di 2 anni
- Il 68% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.
- Relativamente all'ultima colonscopia eseguita:
  - il 2% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 9% da uno a cinque anni
  - il 3% da cinque a dieci anni
  - lo 1% da più di dieci anni.
- Lo 85% ha riferito di non aver mai eseguito il test.



## Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

- Nella ASS1:
  - il 53% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
  - il 42% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 24% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale\*, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

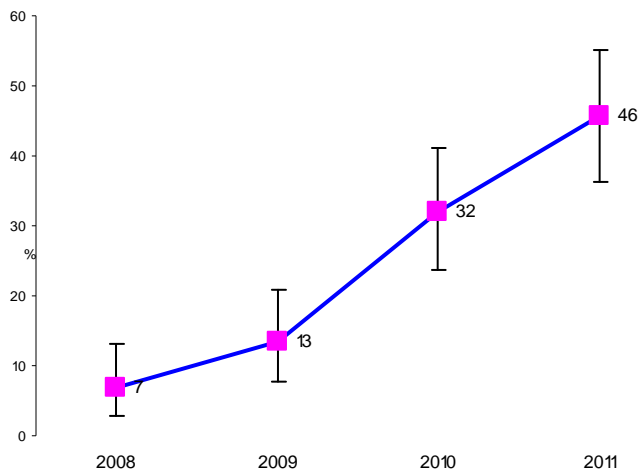
\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.



- I grafici sotto mostrano l'andamento dell'adesione allo screening del tumore del colon retto, a partire dal 2008.
- È evidente l'importante aumento percentuale di adesione alla ricerca di sangue occulto, verosimilmente effetto delle campagne di sensibilizzazione e dell'offerta attiva attuata a partire dalla seconda metà del 2009 nell'ASS1 "Triestina".

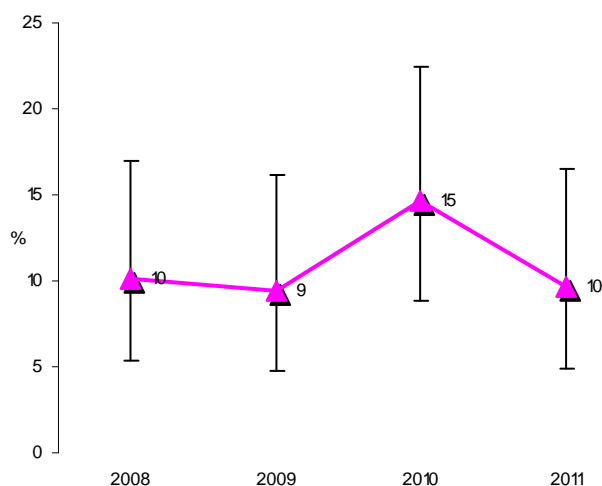
**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni  
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per anno – ASS1 2008-11



**Colonscopia negli ultimi cinque anni  
Persone 50-69 anni**

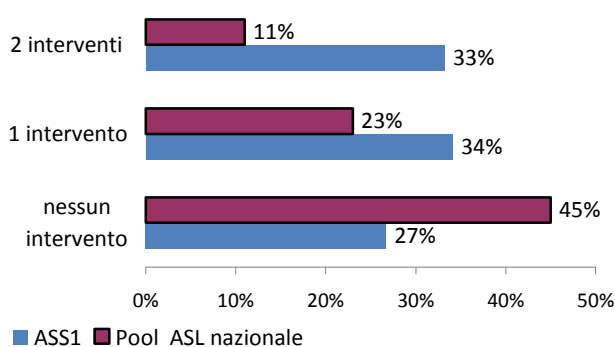
Prevalenze per anno – ASS1 2008-11



- Il 6% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 33% da due interventi di promozione ed il 34% da un solo intervento; il 27% non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale\*, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.

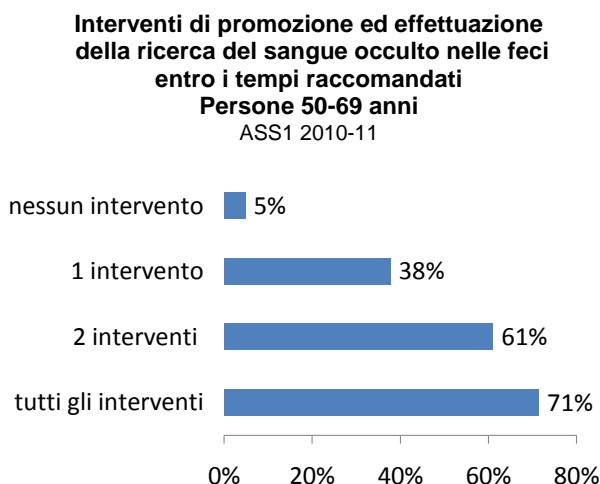
**Interventi di promozione  
dell'ultima ricerca di sangue occulto nelle feci  
Persone 50-69 anni**

confronto ASS1- Pool ASL nazionale 2010-11



## Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

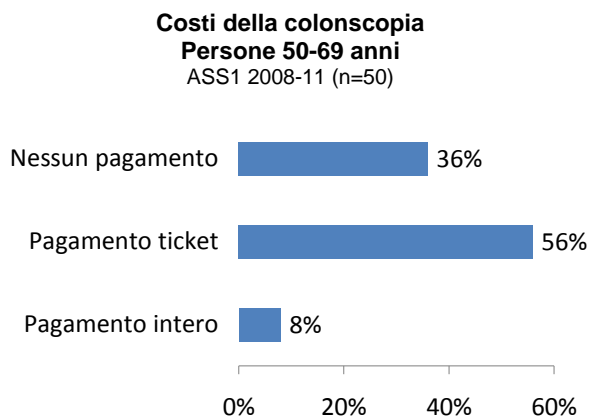
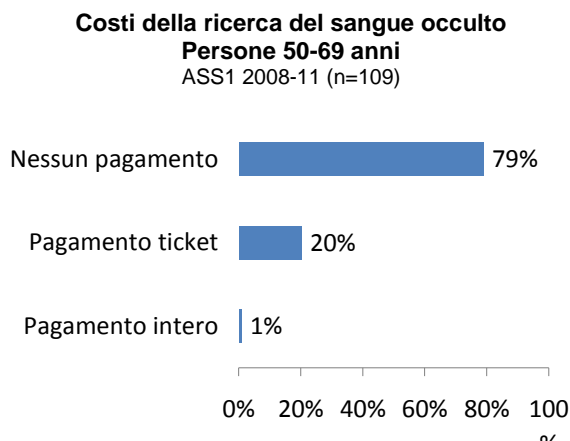
- Nella ASS1 la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettales nei tempi raccomandati, è solo del 5% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 71% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale\*, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

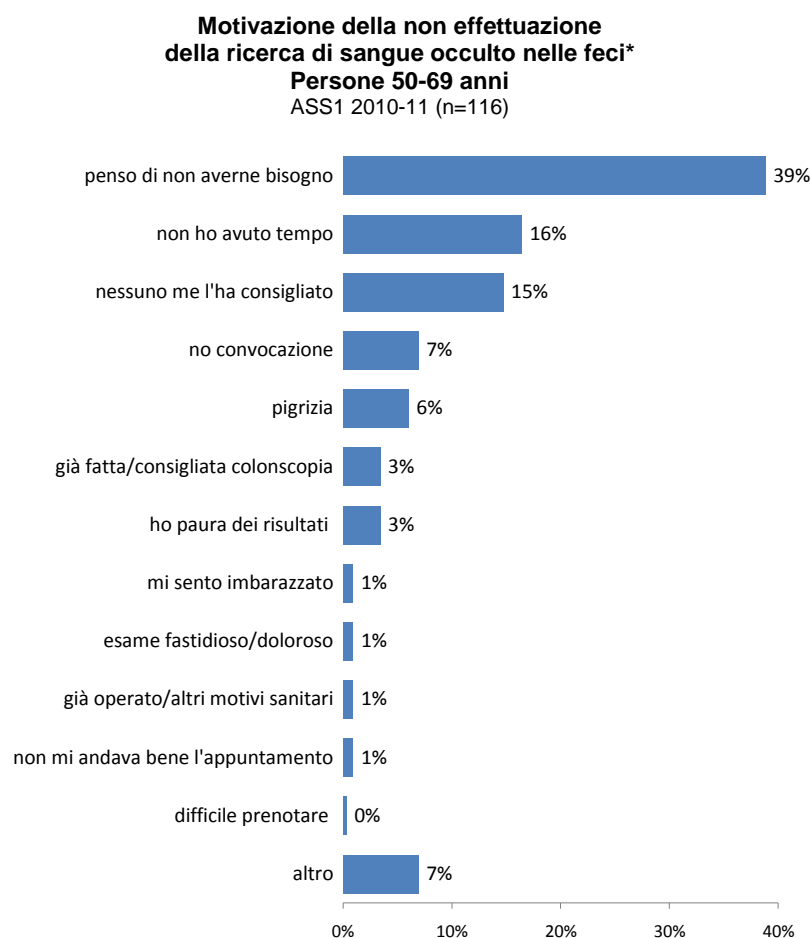
## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASS1 il 79% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 20% ha pagato solamente il ticket e lo 1% l'intero costo dell'esame.
- Il 36% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 56% ha pagato esclusivamente il ticket e lo 8% l'intero costo dell'esame.



## Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (39%), di non aver avuto tempo e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito. Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (10%)

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS 1 "Triestina", l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata da poco più di 2 anni (seconda metà del 2009).

Nel 2010, secondo i dati ufficiali forniti dalla responsabile per ASS1 dello screening del colon retto, la percentuale di persone che ha aderito all'invito a partecipare allo screening è stata del 35,6% (di poco superiore rispetto a quella rilevata da PASSI che corrisponde al 33%): di queste il 4,9% è risultata positiva alla ricerca del sangue occulto. I valori medi regionali di adesione all'invito e di positività alla ricerca del sangue occulto sono rispettivamente del 39,2% e 4,6%.

I dati relativi al primo semestre del 2011 indicano una percentuale di adesione del 42% per ASS 1 (media regionale 49,88%), in crescita rispetto al periodo precedente.

Esiste tuttavia un ampio margine di migliorabilità.

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.

## Le vaccinazioni

- **Vaccinazione antinfluenzale**
- **Vaccinazione antirosolia**





## Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

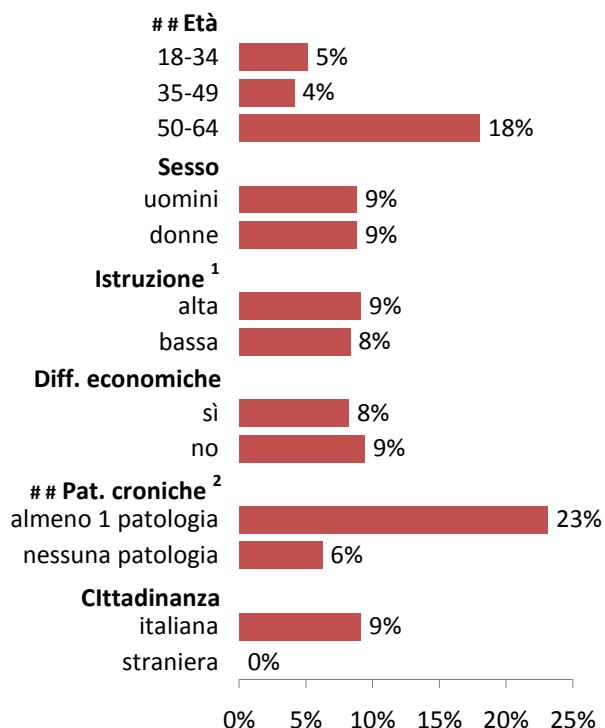
### Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

- Nella ASS1 il 9% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 23%, valore ancora molto inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è più elevata:
  - nella fascia 50-64 anni
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 12%.

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

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

**Totale:** 8,8% (IC 95%: 6,4%-12,1%)



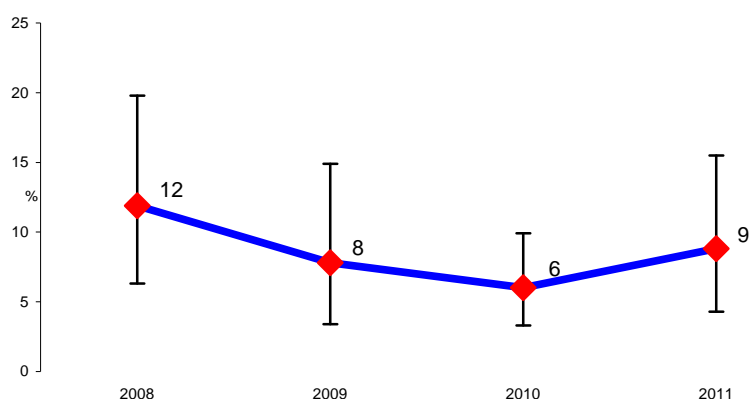
<sup>1</sup> istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

### Vaccinazione antinfluenzale nell' ultima campagna antinfluenzale (18-64 anni)

PASSI ASS1 Confronto 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

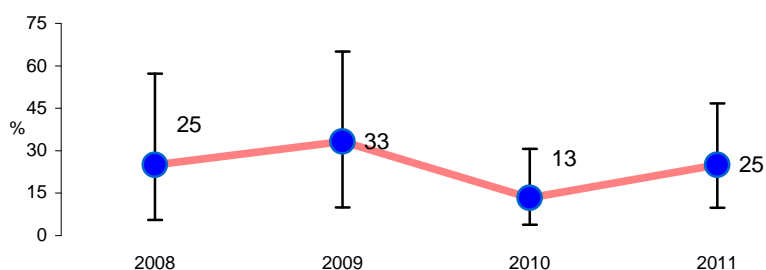
Nell'ASS 1, la percentuale persone di età compresa fra 18 e 64 anni vaccinate durante l'ultima campagna antinfluenzale non ha subito sostanziali variazioni rimanendo piuttosto bassa nel corso degli anni.



### Vaccinazione antinfluenzale nell' ultima campagna antinfluenzale in persone con patologie croniche (18-64 anni)

PASSI ASS1 Confronto 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

Anche fra le persone con almeno una patologia cronica, pur con percentuali più alte rispetto a quelle della popolazione di pari età ma senza patologie, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale si mantiene bassa nel corso degli anni.



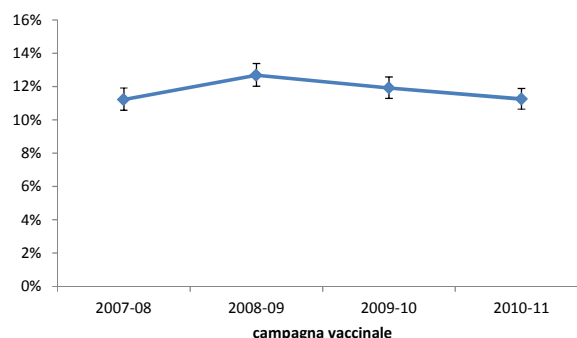
## Confronto su pool omogeneo nazionale

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

Prevalenze per anno

Pool omogeneo nazionale ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

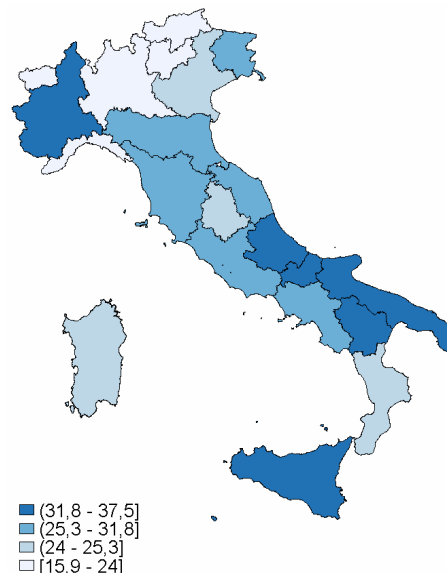
A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con un rilevanti differenze tra regioni.
- Questa percentuale varia in base al tipo di patologia diagnosticata:
  - basse coperture tra le persone affette da tumori (26%), da patologie respiratorie croniche (28%) e da insufficienza renale (28%) e malattie croniche del fegato (26%); dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11);
  - poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (40%).

### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)

Prevalenze per regione di residenza  
Pool di ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11  
Totale: 29,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)

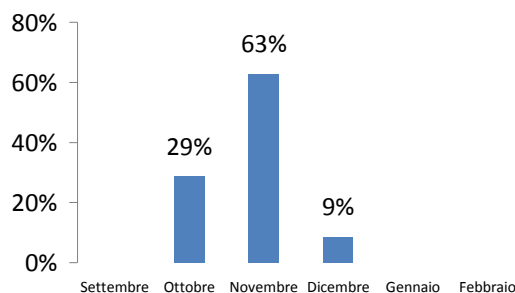


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nella ASS1, la maggior parte (63%) degli intervistati ha riferito di essere stati vaccinati durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

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

Distribuzione per mese di vaccinazione  
ASS1 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in regione FVG hanno permesso di raggiungere buona parte delle persone sopra ai 65 anni, anche se le possibilità di miglioramento sono molto ampie: sulla base dei registri vaccinali, infatti, la maggioranza delle ASL è prossima al 60% di copertura in questa fascia di popolazione (nell'ASS1 la copertura raggiunta durante la campagna vaccinale 2011-2012 è del 54%). Questi 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 quattro 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).

In Italia, nel 2011 è stato approvato il nuovo [Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita](#), che fissa per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione.

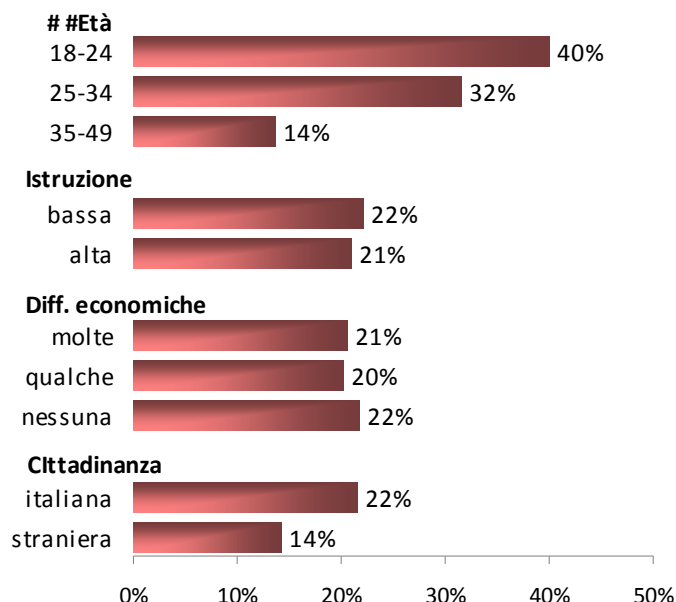
Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, la prevalenza delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

**Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 "Triestina" 2008-11

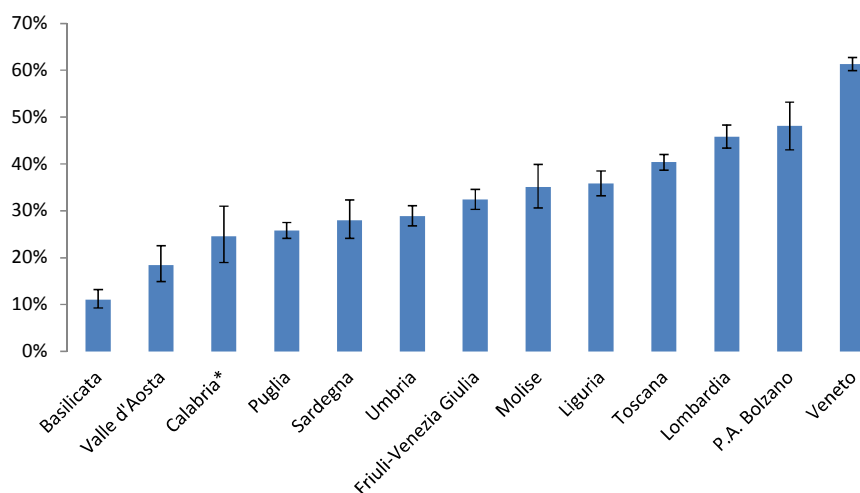
**Totale: 21,3% (IC 95%: 17,0-26,3%)**

- Nella ASS1 "Triestina" solo il 21% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
  - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (40%)
- Non si rilevano differenze importanti per livello d'istruzione, status economico e cittadinanza.



## Confronto fra alcune Regioni/P.A.

**Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia**  
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11\*



\*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale, somministrato continuativamente nel quadriennio 2008-11 soltanto nelle 13 Regioni rappresentate nel grafico sopra.
- Si osserva chiaramente che le percentuali di copertura vaccinale variano in maniera statisticamente significativa nelle diverse Regioni, con valori che vanno dall'11% della Basilicata al 61% del Veneto.

## Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nella ASS1 "Triestina" il 54% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia perché:
  - ha effettuato la vaccinazione (21%)
  - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (33%).
- Il 5% delle donne risultata suscettibile alla rosolia perchè non ha effettuato la vaccinazione e riferisce di aver effettuato un rubeotest con risultato negativo
- Il rimanente 41% delle donne non è consapevole del proprio stato immunitario, sono donne non vaccinate che:
  - non hanno o non sanno/ricordano di aver effettuato un rubeotest (36%)
  - hanno effettuato un rubeotest ma non ne conoscono/ricordano il risultato (5%)

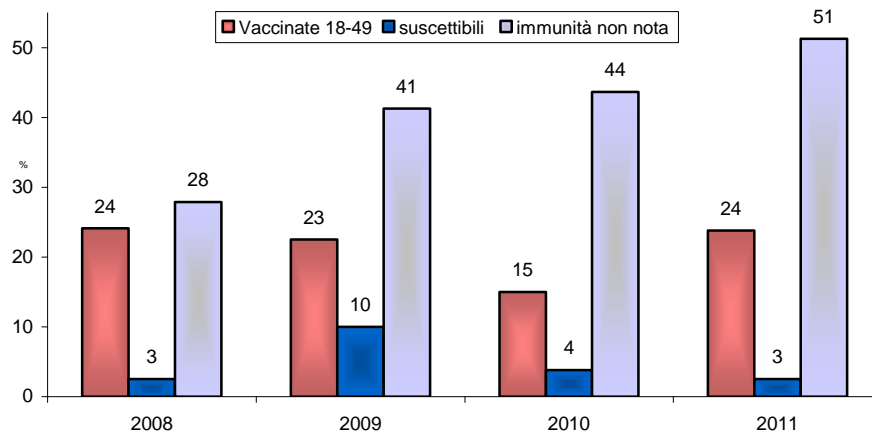
### Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)

ASS1 "Triestina" – 2008-11 (n=319)

Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Immuni</b>	<b>54,2</b>	<b>(48,6-59,8)</b>
<i>Vaccinate</i>	21,3	(17,0-26,3)
<i>Non vaccinate (con rubeotest positivo)</i>	32,9	(27,8-38,4)
<b>Suscettibili</b>		
<i>Non vaccinate (con rubeotest negativo)</i>	<b>4,7</b>	<b>(2,8-7,8)</b>
<b>Immunità non nota</b>	<b>41,1</b>	<b>(35,7-46,7)</b>
<i>Non vaccinate (senza rubeotest/non so)</i>	36,1	(30,0-41,6)
<i>Non vaccinate (con rubeotest dal risultato non noto)</i>	5,0	(3,0-8,2)

Il grafico a fianco mostra le percentuali rilevate nell'ASS 1, negli anni in esame, di donne 18-49 anni vaccinate, suscettibili o che non conoscono il proprio stato immunitario rispetto alla rosolia. La percentuale di donne che dichiara di essere vaccinata è rimasta al di sotto del 25%, mentre è aumentata nel quadriennio la percentuale di donne

**Donne 18-49 anni vaccinate, suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario**  
ASS1 "Triestina" – confronto 2008-11 (n=319)

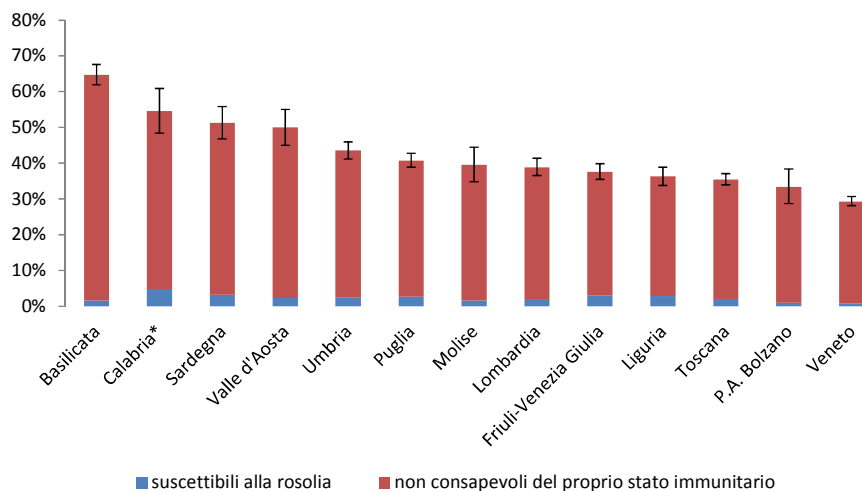


che non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

- I valori medi per la regione FVG relativi allo stato immunitario nei confronti della rosolia per le donne in età fertile sono i seguenti:
  - 32% donne vaccinate;
  - 3% donne suscettibili
  - 35% donne non consapevoli

## Confronto fra alcune Regioni/P.A.

**Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario**  
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11\*



\*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- La percentuale di donne suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario varia in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, con percentuali che vanno dal 65% della Basilicata al 29% del Veneto.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASS1 “Triestina” si stima che circa il 5% delle donne in età fertile sia suscettibile alla rosolia, perché non è stata vaccinata e riferisce di aver eseguito un rubeotest dal risultato negativo.

Accanto a questa percentuale che sebbene modesta andrebbe in ogni caso azzerata, c'è una quota non trascurabile, 41%, di donne in età fertile ignare del proprio stato immunitario nei riguardi della rosolia; è presumibile che la gran parte di queste donne abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale (come dimostrano i risultati di molti studi di siero prevalenza) e che la reale proporzione fra loro di suscettibili sia contenuta, tuttavia si rende necessario non solo migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini, ma anche incoraggiare un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali, come i Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche, “più vicine” alla popolazione a rischio, le donne in età fertile, affinché promuovano una maggiore consapevolezza di questo rischio fra le loro assistite.

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.

# La Sicurezza

- **Sicurezza domestica**
  
- **Sicurezza stradale**
  - ◆ **Uso dei dispositivi di sicurezza**
  - ◆ **Alcol e guida**





# Sicurezza domestica

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

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

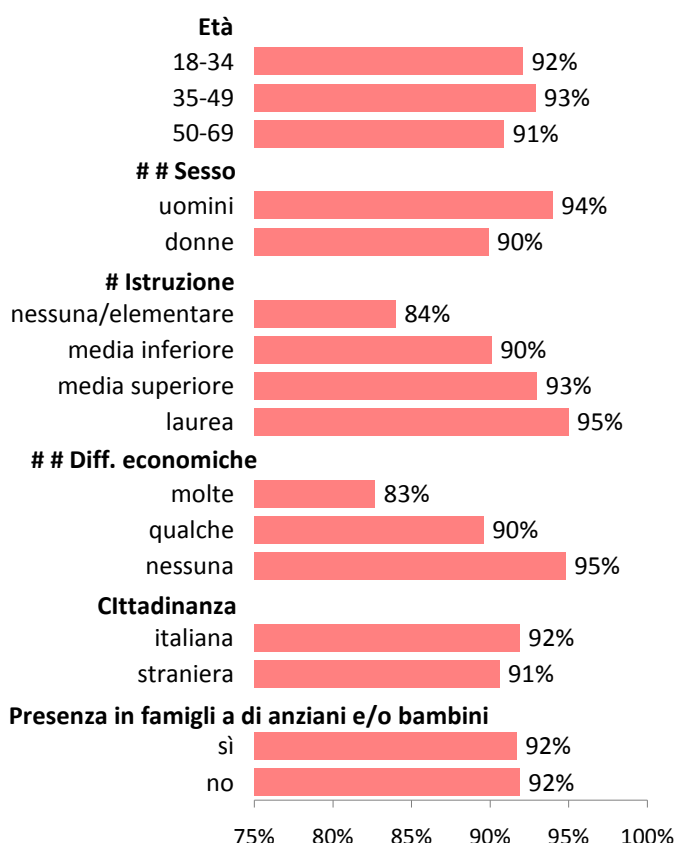
## Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- Nella ASS1 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 92% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
  - gli uomini
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone con livello di istruzione alto...
  - le differenze rilevate sono risultate significative dal punto di vista statistico
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico<sup>1</sup>

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 2008-11

**Totale:** 91,9% (IC 95%: 90,1%-93,4%)



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

# p<0,05

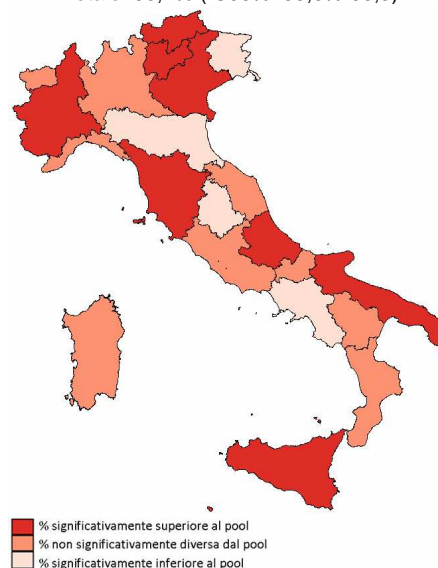
# # p<0,01

- Nel pool di Asl PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

Totale: 93,1% (IC95%: 93,0%-93,3)

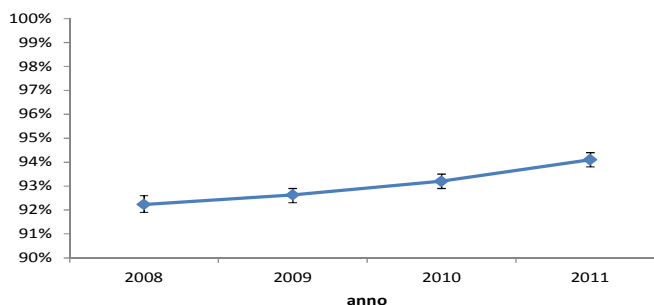


### Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.

### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



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

Nel periodo 2010-11, nella ASS1, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 2,9% (IC95%: 1,7%-4,7%). Nel pool di Asl PASSI, nello stesso periodo, questa percentuale è del 3,7% (IC95%: 3,5%-3,8%).

### 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.



# Sicurezza stradale

## Uso dei dispositivi di sicurezza

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2010 sono stati registrati in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. Rispetto al 2009, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

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

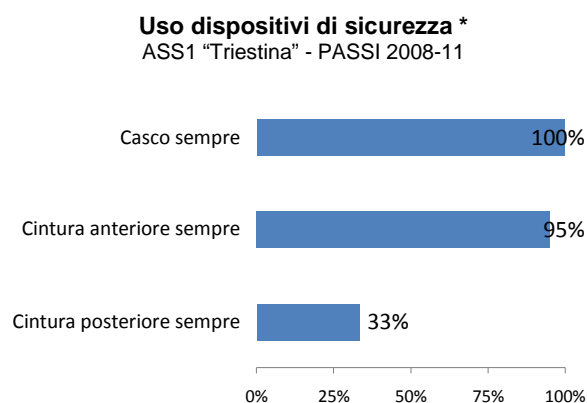
Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

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

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

### L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel periodo 2008-11, nella ASS1 "Triestina" la maggior parte degli intervistati ha avuto un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (95%) e il casco (100%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 33% degli intervistati, infatti, la usa sempre.
- A livello regionale, le percentuali rilevate sono rispettivamente: 92%, 98% e 37%.



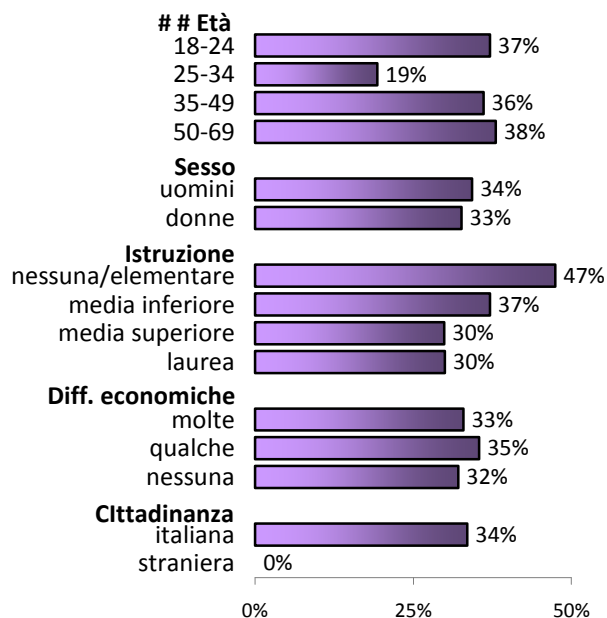
\*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nella classe d'età più giovani (25-34 anni).
- Le differenze emerse per sesso, livello d'istruzione e difficoltà economiche riferite non sono rilevanti dal punto di vista statistico.

### Utilizzo sempre delle cinture posteriori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 "Triestina" 2008-11

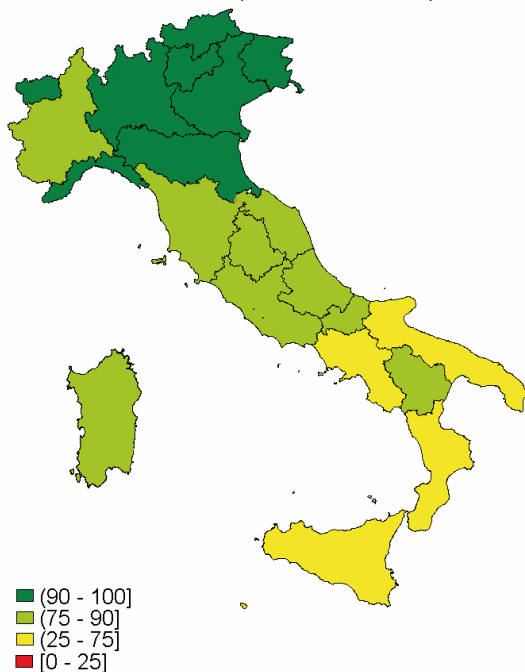
**Totale:** 33,3% (IC 95%: 30,1%-36,6%)



È presente un gradiente territoriale (Nord-Sud) statisticamente significativo nell'uso di tutti i dispositivi di sicurezza, come è evidenziato dai grafici sotto riportati

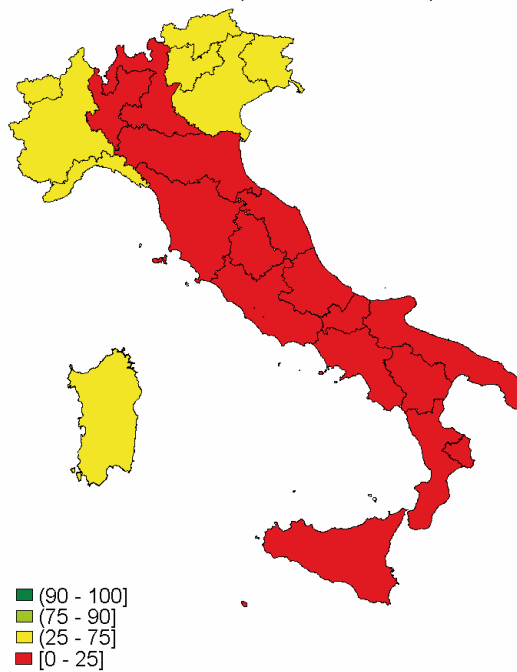
#### Uso della cintura anteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 83,1% (IC95%: 82,9%-83,4)



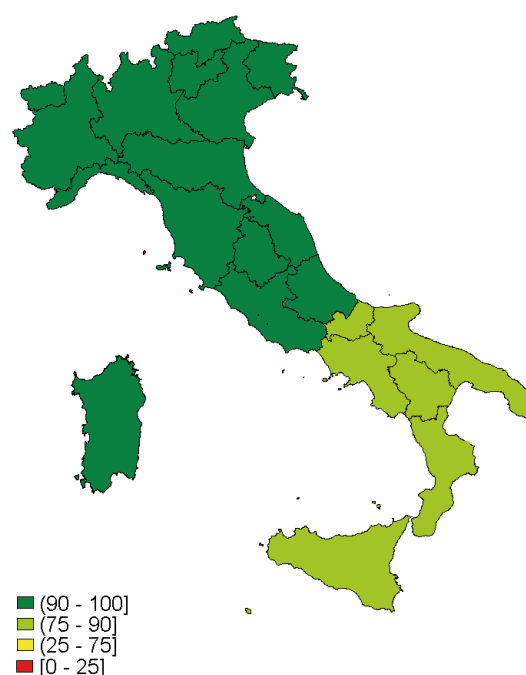
#### Uso della cintura posteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 19,1% (IC95%: 18,9%-19,4)



### Uso del casco sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
 Totale: 94,3% (IC95%: 93,9%-94,6)

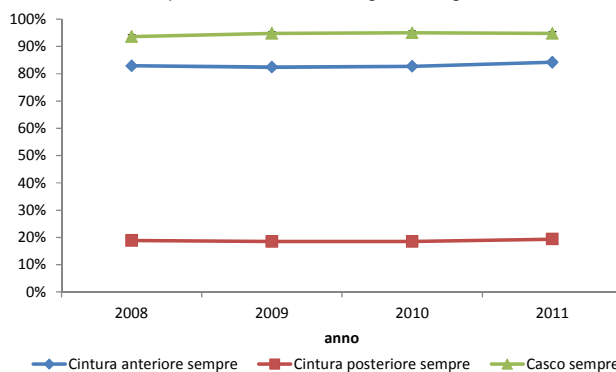


### Confronto su pool omogeneo nazionale

- Anche a livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni statisticamente significative delle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, quella posteriore del casco.

### Uso dei dispositivi di sicurezza sempre

Prevalenze per anno – Pool omogeneo regionale 2008-11



## Conclusioni

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

La maggior parte degli intervistati nella ASS1 "Triestina" fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se esistono margini di miglioramento. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori: solo una persona su tre la usa.

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

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

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

# Alcol e guida

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

## Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida – ASS1 “Triestina” - PASSI 2008-11 (n=1.120)

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	11,0 (9,0-13,4)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	7,6 (6,1-9,4)

\* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)  
 \*\* percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

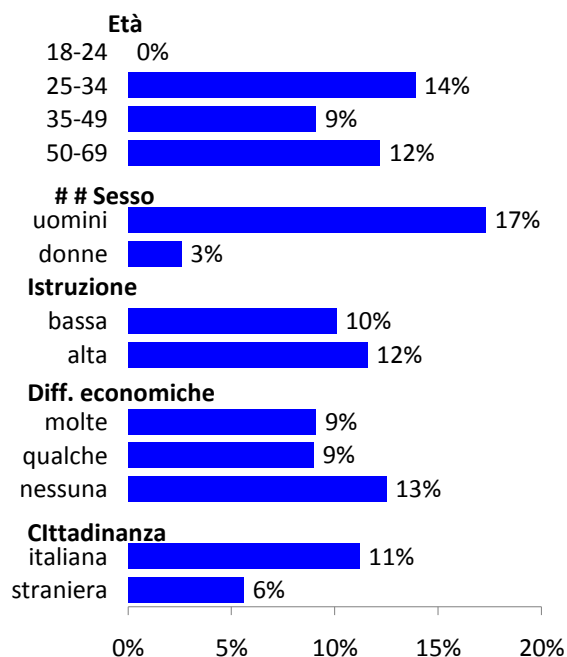
Nel periodo 2008-11, nella ASS1 “Triestina” lo 11% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 7% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

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

### Guida sotto l'effetto dell'alcol

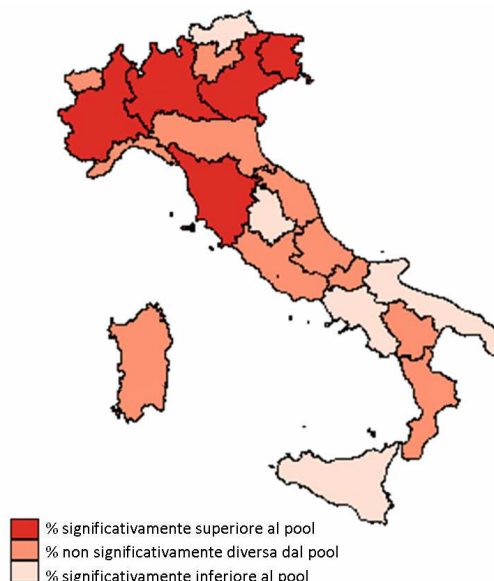
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS1 “Triestina” 2008-11 (n=816)

**Totale: 11% (IC 95%: 9,0%-**



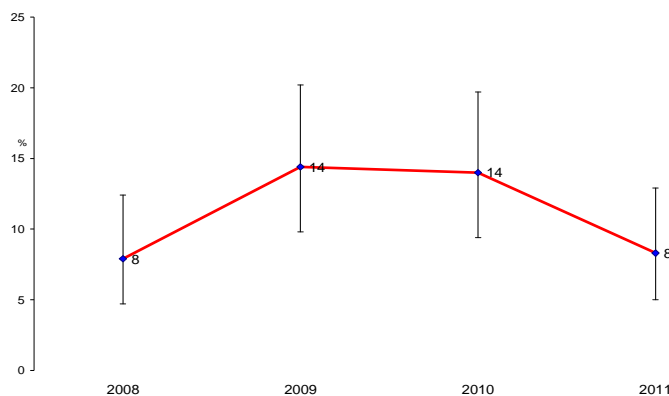
- Nella regione FVG nel periodo 2008-11, la percentuale di intervistati che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13,5% (IC 95%: 12,5 – 14,6), mentre nel pool di ASL è del 10%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali che variano dal 6,2% della Campania al 13,5% del Friuli Venezia-Giulia. Si nota un particolare gradiente geografico.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)

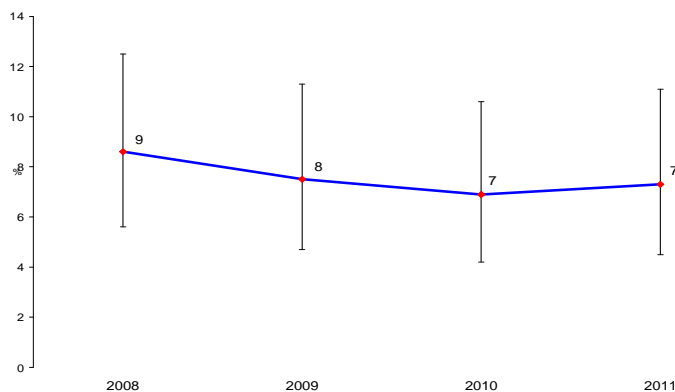


in Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

**Guida sotto l'effetto dell'alcol**  
Andamento del fenomeno negli anni 2008-11  
ASS1 "Triestina"



**Trasportato da conducente sotto l'effetto dell'alcol**  
Andamento del fenomeno negli anni 2008-11  
ASS1 "Triestina"



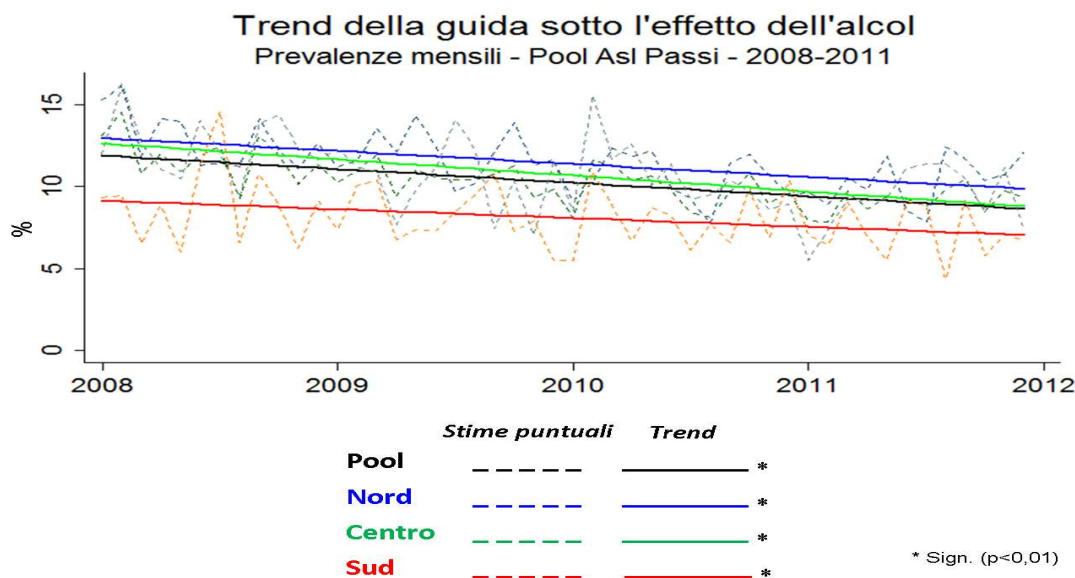
Nel corso del quadriennio di studio, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, sembra aver subito un incremento rispetto al valore rilevato nel 2008 negli anni 2009 e 2010, per ritornare nel 2011 al valore iniziale.

Le differenze rilevate negli anni non sono risultate significative dal punto di vista statistico.

sostanzialmente stabile nel tempo la percentuale di persone che ha dichiarato di essere stata trasportata da guidatore in stato di ebbrezza.

## Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo, con stagionalità. Si passa in media dal 12% a 9%. Stratificando per macroarea, sia il decremento significativo che la stagionalità si confermano in tutte e tre la macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% a 7%).



## Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

### Alcol e guida nei giovani – ASS1 “Triestina” – PASSI 2008-11 (n=41)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	0%

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

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

Tra i giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2008-2011 nell'ASS1 “Triestina”, nessuno ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol.

## I controlli delle Forze dell'Ordine (2010-11)

Controlli delle forze dell'ordine – ASS1 “Triestina” – PASSI 2010-11 (n=900)

	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	35,1 (32,0-38,3)

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

- Nel periodo 2010-11, nella ASS1 “Triestina” il 35% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di due volte negli ultimi 12 mesi

**Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-11  
Totale: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)

- A livello regionale, nel periodo 2010-11, la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 44,38% (IC 95%:43,06 – 45,7), mentre nel Pool di ASL questa percentuale nello stesso periodo è del 35%.

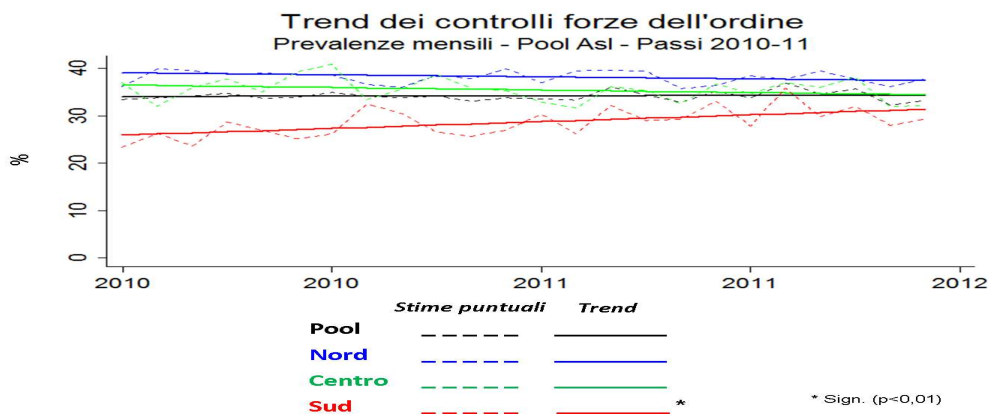


■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

**In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione**

## Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno, analizzato per mese, nel periodo 2010-11, non si notano differenze significative per il pool di Asl omogeneo, e, stratificando per macroarea, neppure per il Nord e il Centro Italia mentre per il Sud si registra un incremento significativo che passa in media dal 26% al 31%.





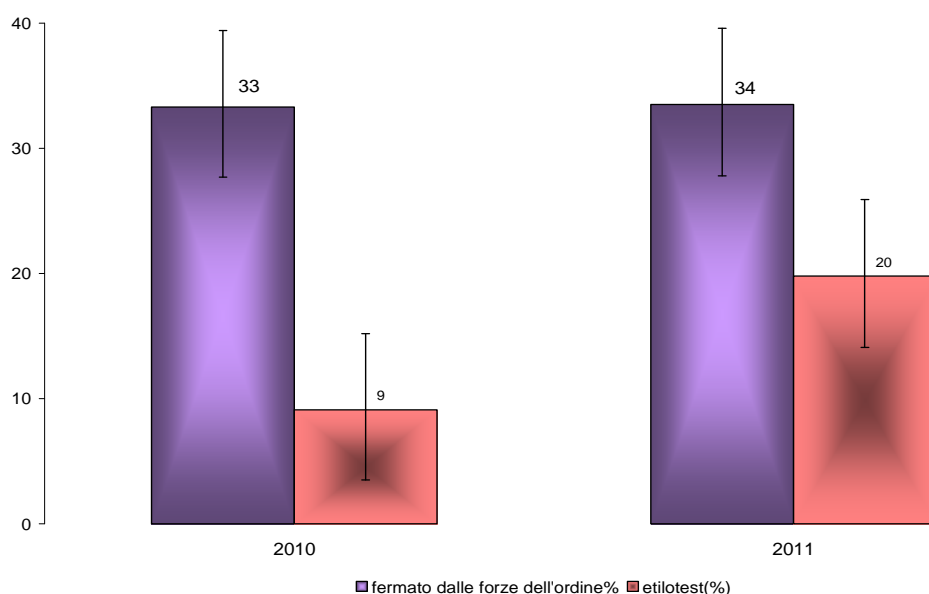
**Controlli delle forze dell'ordine – ASS1 “Triestina” – PASSI 2010-11 (n=315)**

	<b>% (IC95%)</b>
Effettuato l'etilotest*	12,7 (9,3-17,0)
*percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine	

- Nell'ASS 1 il 13% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- Nell'ASS 1 dal 2010 al 2011 il numero dei controlli riferiti dagli intervistati è rimasto stabile, mentre l'esecuzione di etilotest è più che raddoppiata

**Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo ed esecuzione di etilotest**

PASSI ASS1 confronto 2010-2011 – Pool di ASL 2010-11



- Nel 2010-11, a livello regionale la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è del 12,3% (IC 95%:11,03 – 13,6),, mentre nel Pool di ASL questa percentuale per lo stesso periodo temporale è dell'11%.

**Etilotest effettuato al guidatore**

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-11  
Totale: 11,1% (IC95%: 10,7%-11,5%)

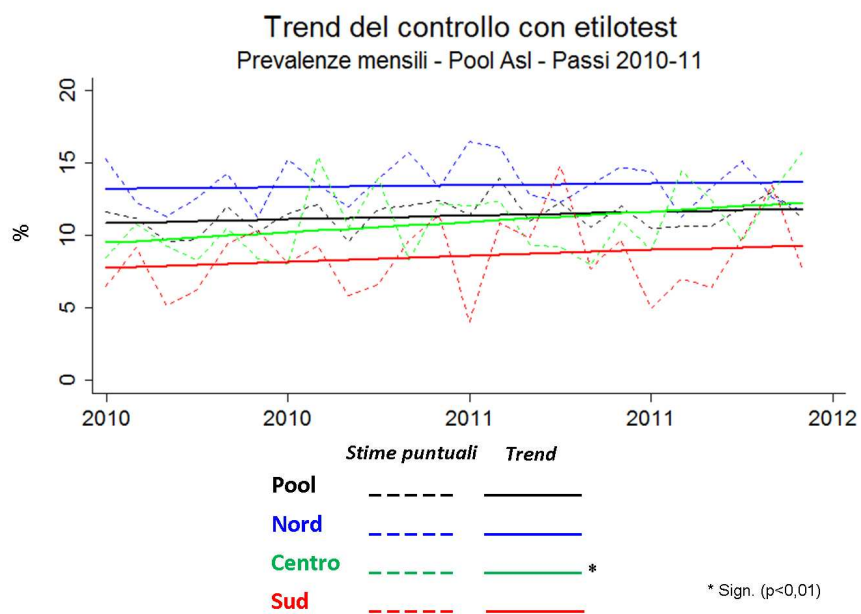


■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

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

## Analisi di trend sul pool di ASL

- Nella valutazione mensile del fenomeno nel periodo 2010-11, non si osservano cambiamenti significativi per il pool di Asl, il Nord e il Sud, mentre per il Centro c'è un aumento significativo e si passa in media dal 10% a 12%.



## Conclusioni

Nell'ASS1 "Triestina", una minoranza, piccola ma consistente (lo 11% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri.

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

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

## Metodi

### **Tipo di studio**

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

### **Popolazione in studio**

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell' Azienda Sanitaria n°1 "Triestina" (complessivamente 154.735 persone al 31/12/2010), Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico, I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata,

### **Strategie di campionamento**

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie; la dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità, Il campione complessivo dell'Azienda Sanitaria Triestina relativo al 2011 è risultato di 280 individui, mentre quello riferito al periodo 2008-2011 è di 1.120 individui,

### **Interviste**

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dal Dipartimento di Prevenzione, I dati raccolti sono stati riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari, Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione da gennaio a dicembre di ciascun anno di indagine, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità, L'intervista telefonica è durata in media 22 minuti, La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori che ha avuto per oggetto: modalità del contatto e del rispetto della privacy, metodo dell'intervista telefonica, somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate, La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo che utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), con crescente utilizzo di quest'ultima modalità di raccolta (dal 20% nel 2008 al 49% nel 2011), La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate, La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)),

## **Analisi delle informazioni**

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

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

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

Nelle tabelle dell'analisi univariata, i confronti che riportano il simbolo # sono quelli per i quali risultano differenze statisticamente significative per ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata nelle varie tabelle (es, le donne rispetto agli uomini),

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

## **Etica e privacy**

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

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

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

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

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

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

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

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

