

RAPPORTO PASSI 2014-2017

Sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche nell'Azienda sanitaria universitaria Integrata di Udine

Il rapporto è stato curato da:

T.Gallo¹, M.Zanini²

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

¹ Dipartimento Prevenzione - *Igiene e Sanità Pubblica*

² Dipartimento Prevenzione - *Medicina Legale*

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

linda.gallo@asuiud.sanita.fvg.it

INDICE

Introduzione	<i>pag.5</i>
Caratteristiche Socio demografico	<i>pag.6</i>
CAP 1: Qualità della vita relativa alla salute	<i>pag.9</i>
Salute percepita Depressione	
CAP 2: Rischio cardiovascolare	<i>pag.14</i>
Ipertensione, ipercolesterolemia, calcolo rischio cardiovascolare Diabete	
CAP 3: Guadagnare salute	<i>pag.20</i>
Eccesso ponderale Attività fisica Consumo di frutta e verdura Abitudine al fumo Smettere di fumare Fumo passivo Consumo di alcol	
CAP 4: Sicurezza	<i>pag.31</i>
Guida sotto l'effetto dell'alcol Uso dispositivi per la sicurezza stradale Sicurezza in casa	
CAP 5: Programmi di prevenzione individuale	<i>pag.36</i>
Vaccinazione per l'influenza stagionale Vaccinazione antirosolia Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero Diagnosi precoce del tumore della mammella Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	
CAP 6: Il ruolo dei medici e degli operatori sanitari nella promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche	<i>pag.45</i>

Introduzione

Il presente rapporto aggiorna al 2017 i risultati della sorveglianza Passi nell'Azienda Sanitaria universitaria Integrata di Udine (ASUIUD). Passi è un sistema di monitoraggio dei comportamenti della popolazione adulta basato sul concetto che la prevenzione si fa a partire dall'ascolto dei cittadini. Un concetto, questo, importante nella visione attuale della prevenzione, secondo la quale le politiche sanitarie dovrebbero assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma, al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini.

Fornendo informazioni sullo stato di salute della popolazione a livello di Azienda Sanitaria e di Regione, Passi contribuisce all'attuazione delle strategie preventive contro le malattie non trasmissibili, da Guadagnare Salute al Piano nazionale e regionale della prevenzione. I servizi sanitari sono così in grado di svolgere anche il ruolo di "avvocati della salute" della propria comunità, informando i soggetti interessati sull'andamento dei consumi di tabacco e di alcol, della sedentarietà, degli screening oncologici, fattori che causano tanta parte del carico di sofferenze, malattie e morte prematura nel paese.

Vengono intervistate telefonicamente persone di 18 - 69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche dell'Azienda, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione avviene continuamente durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy. Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti indagati sono: i principali fattori di rischio per le malattie croniche oggetto del programma Guadagnare salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol, il rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, calcolo del rischio), i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto, le vaccinazioni contro influenza e rosolia, la sicurezza stradale e domestica, la percezione dello stato di salute e sintomi depressivi.

Caratteristiche socio anagrafiche

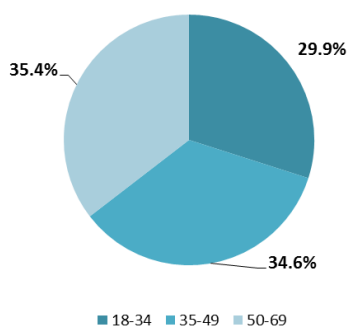
La popolazione oggetto di studio è costituita dai residenti nell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Negli ultimi quattro anni (2014-2017) sono state intervistate 1081 persone, selezionate dalla lista degli iscritti all' anagrafe sanitaria con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età in modo da garantirne la rappresentatività, per cui è possibile estendere le stime ottenute tramite la sorveglianza a tutte le persone che compongono la popolazione adulta dell'ASUIUD e descrivere quindi questa popolazione sia come profilo socio-demografico, sia per le altre tematiche prese in considerazione dalla sorveglianza.

Determinanti di salute socio-anagrafici
ASUIUD, Passi 2014-2017

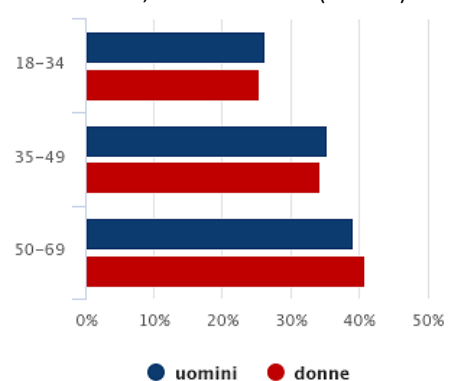
	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione	30.6	25.5	36.2	36.3	35.0	37.6	35.6	35.3	35.9
Molte difficoltà economiche	8.7	7.1	10.6	8.5	7.8	9.3	14.6	14.4	14.9
Cittadinanza straniera	5.8	4.7	7.2	9.1	8.4	9.9	4.4	4.3	4.5
Vive solo	17.0	14.8	19.5	14.4	13.5	15.4	9.2	9.0	9.4
Coniugato	50.9	48.0	53.9	53.4	52.2	54.7	57.9	57.6	58.2
Occupato lavorativamente	73.4	70.5	76.0	71.6	70.4	72.8	65.7	65.4	66.0

La distribuzione per classe di età del campione e per sesso (dati non pesati), confrontata con la popolazione residente in Regione, appare molto simile. Il 50% degli intervistati è di sesso maschile e l'età media è di 44 anni per entrambi i sessi.

Distribuzione percentuale del campione per età
ASUIUD, Passi 2014-2017 (n=1081)

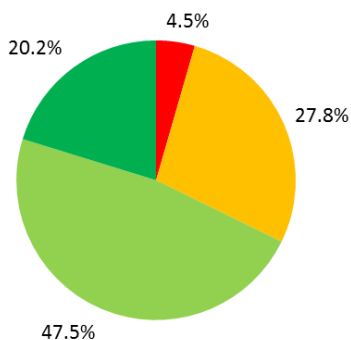


Distribuzione del campione per età e sesso
ASUIUD, Passi 2014-2017 (n=1081)



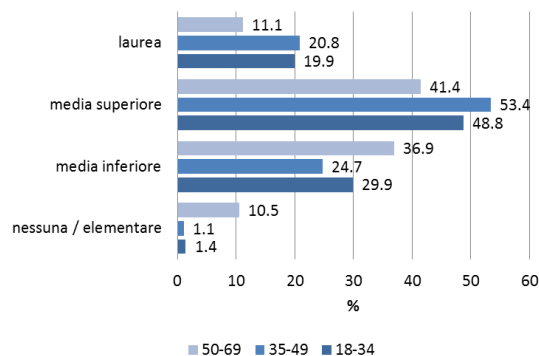
Il titolo di studio riflette la scolarità delle diverse generazioni che compongono la popolazione: la bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore) è più frequente tra le generazioni più anziane (50-69enni) e tra le donne.

Distribuzione del livello di istruzione
ASUIUD, Passi 2014-2017 (n=1081)

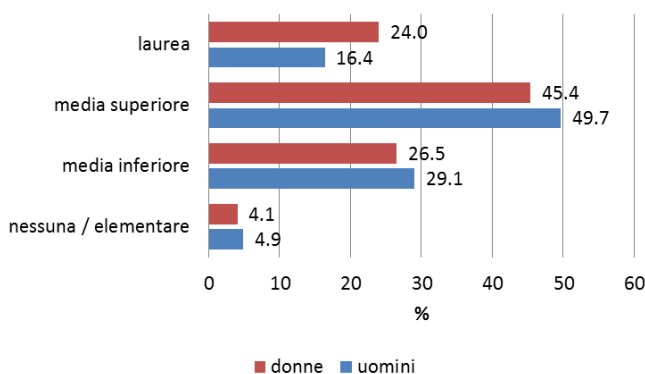


■ nessuna / elementare ■ media inferiore ■ media superiore ■ laurea

Distribuzione del livello di istruzione per età
ASUIUD, Passi 2014-2017 (n=1081)



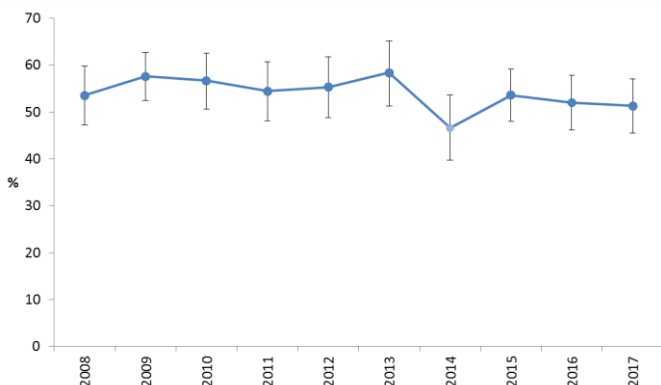
Distribuzione del livello di istruzione per sesso
ASUIUD, Passi 2014-2017 (n=1081)



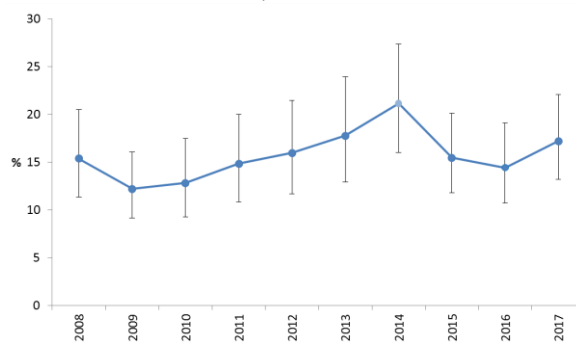
Tra le donne nelle generazioni più giovani la quota di laureate è maggiore, rispetto agli uomini.

Si riduce nel tempo la percentuale di coniugati, e sta ricominciando ad aumentare quella delle persone che vivono sole.

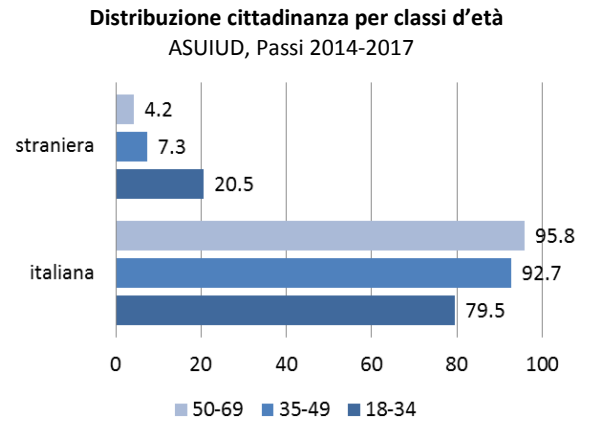
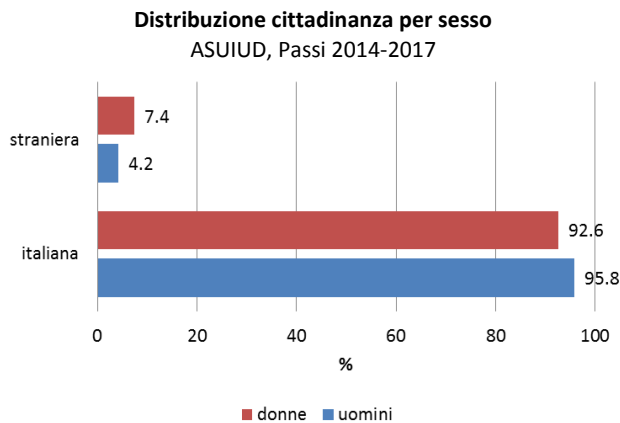
Prevalenza annuale di coniugati di età 18-69 anni
ASUIUD, Passi 2008-2017



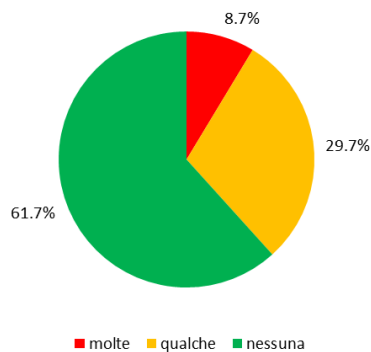
Prevalenza annuale di persone che vivono sole di età 18-64 anni
ASUIUD, Passi 2008-2017



La composizione per genere ed età della popolazione straniera residente nell'ASUIUD mostra una maggiore prevalenza di donne e di persone giovani. L'analisi temporale descrive un andamento crescente della quota di cittadini stranieri.



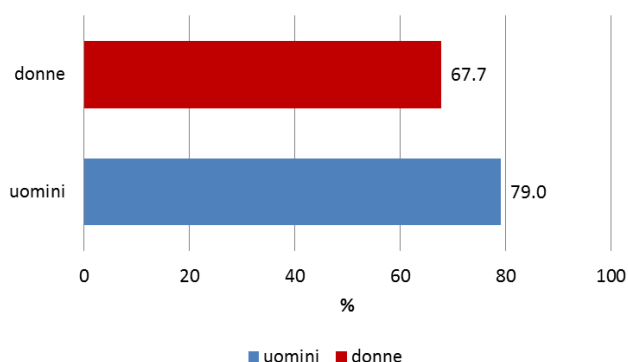
Distribuzione delle difficoltà economiche
ASUIUD, Passi 2014-2017



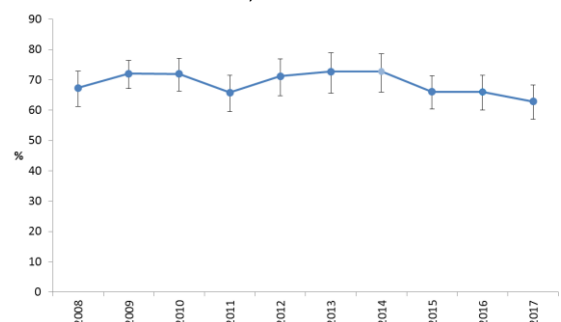
La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche è circa il 9% degli intervistati, mentre il 62% ha riferito di non avere nessuna difficoltà economica ad arrivare a fine mese con le proprie risorse finanziarie

I dati sull'occupazione mostrano significative differenze di genere: il 79% degli uomini del campione dichiara di lavorare (continuativamente e non) vs il 68% delle donne. La quota complessiva di adulti (18-64 anni) che dichiarano di lavorare (continuativamente o non) è andata diminuendo dal 2008, si è passati dal 72% dichiarati nel 2010 al 63% nel 2017.

Distribuzione per sesso delle persone che dichiarano di lavorare (continuativamente o non)
ASUIUD, Passi 2014-2017



Prevalenza annuale di persone che dichiarano di lavorare (continuativamente o non)
ASUIUD, Passi 2008-2017



Qualità della vita relativa alla salute

Salute percepita

La qualità della vita in relazione allo stato di salute è influenzata da diversi aspetti, quali le condizioni socio-economiche, le malattie e i comportamenti a rischio.

Nel sistema di sorveglianza Passi la qualità della vita in relazione alla salute, viene valutata col metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*), che si basa su quattro domande: lo stato di salute autoriferito, 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 e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Salute percepita
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	68.36	65.51	71.08	71.8	70.6	72.9	70.1	69.8	70.4
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	6.6	6.0	7.1	5.8	5.5	6	4.5	4.4	4.5
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	3.2	2.7	3.6	3.2	3	3.4	2.5	2.4	2.5
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	4.2	3.7	4.7	3.2	3	3.4	2.5	2.5	2.5
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.4	1.1	1.7	1.3	1.2	1.4	1.2	1.2	1.3

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

Ogni intervistato dichiara di aver vissuto in media poco più di 6 giorni in cattiva salute (*unhealthy days*) nel mese precedente l’intervista, equamente suddivisi fra giorni vissuti in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti e di giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress. Poco più di 1 giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici.

I giorni *non in salute* sono più frequenti nelle donne, nelle persone più anziane e in quelle con livello di istruzione basso. Ancora più frequenti lo sono tra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche e chi è affetto da malattie croniche severe.

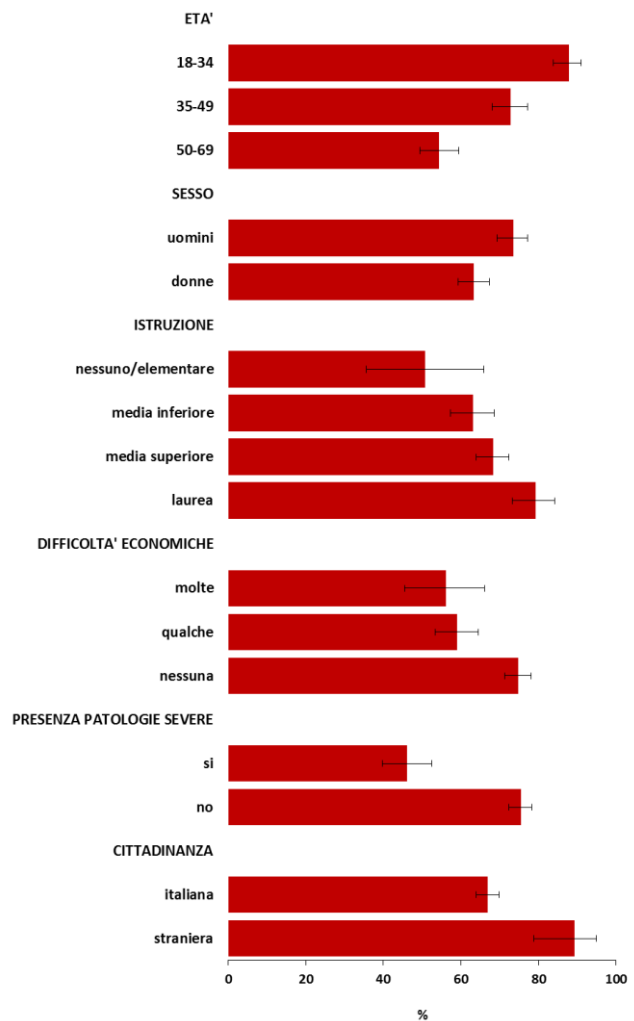
Nel periodo 2014-2017, Passi rileva che 2/3 degli intervistati (68%) giudicano positivo il proprio stato di salute riferendo di sentirsi bene o molto bene e quasi 1/3 riferisce di sentirsi discretamente (28%); il 4% invece riferisce di sentirsi male o molto male.

I gruppi di popolazione che si dichiarano più soddisfatti della propria salute sono i giovani (88%), gli uomini (73%), le persone con un livello di istruzione più alto (79%), chi non ha difficoltà economiche (75%), chi non riferisce condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi (75%) e gli stranieri (89%).

Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio demografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 68.3% IC95%:65.5-71.0%



Depressione

La depressione è un disturbo mentale che si presenta con umore caratterizzato da sentimenti di tristezza e sensazione di vuoto interiore, perdita di interesse e piacere, sensi di colpa e autosvalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e scarsa capacità di concentrazione. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, la depressione è tra le cause più importanti nel provocare la perdita di anni in buona salute per disabilità o morte prematura (Daly's), in particolare nei paesi ad alto reddito. In Italia, ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffrono di un disturbo di tipo depressivo.

Escludendo finalità diagnostiche, nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

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

Sintomi di depressione
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	11.4	9.5	13.5	7	6.3	7.7	6.1	5.9	6.2
Richiesta di aiuto da qualcuno	56.8	47.2	66	60.8	55.6	65.7	60.3	58.9	61.7
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	7.8	5.4	10.2	8.8	7.5	10.2	8.1	7.6	8.7
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	16.2	14.2	18.2	15.5	13.8	17.3	14.5	14	15
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	4.7	2.0	7.3	5.5	4.3	6.7	5.7	5	6.3

* Tra le persone con sintomi di depressione

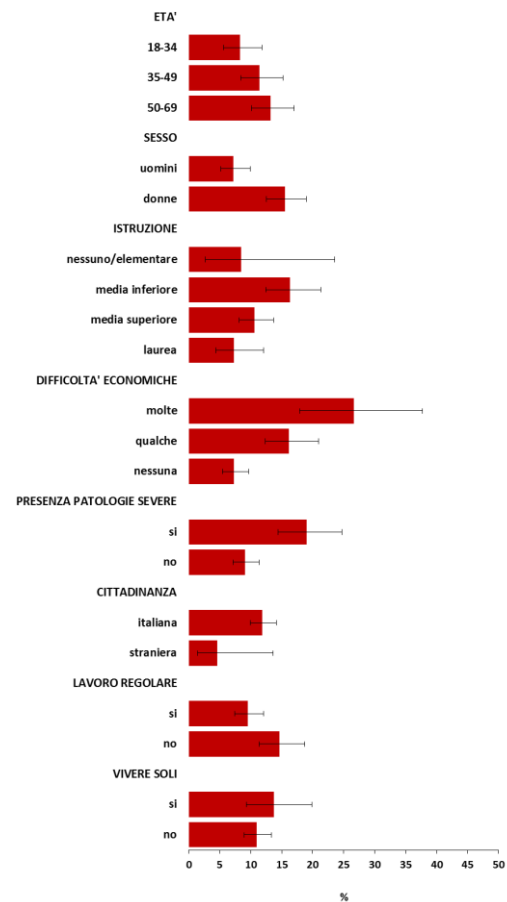
Nel periodo 2014-2017, Passi rileva che l'11% degli adulti fra 18 e 69 anni, riferisce sintomi di depressione.

La qualità della vita percepita delle persone che riferiscono sintomi depressivi è decisamente peggiore del resto della popolazione: solo una persona su quattro fra quelle che vivono questa condizione descrive il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono", poco più della metà del resto della popolazione senza sintomi depressivi (72%).

I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (sfiora l'13% fra i 50-69enni), fra le donne (poco meno del 16%), fra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (27% fra chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione, fra chi non possiede un lavoro regolare (15%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (19%) e fra chi vive da solo (14%).

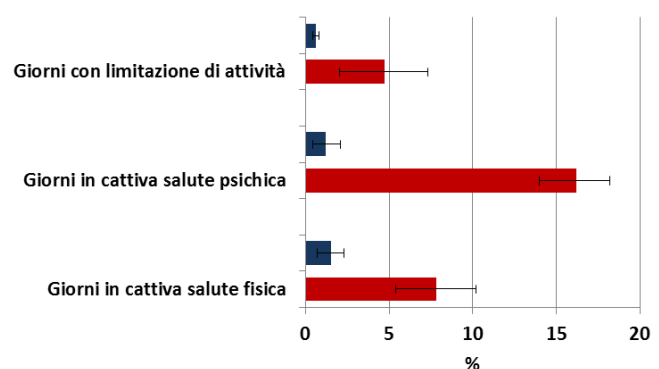
Sintomi di depressione per caratteristiche socio demografiche ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 11.4% IC95%:9.5-13.5%



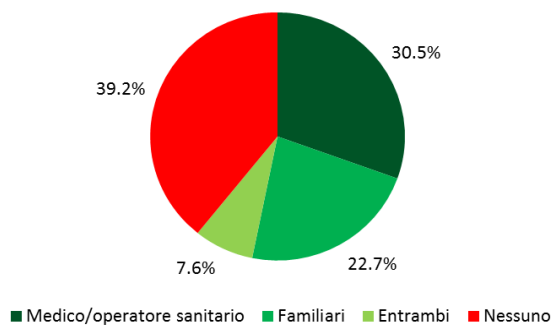
Anche la salute fisica, oltre quella psicologica, delle persone che riferiscono sintomi depressivi risulta decisamente compromessa se paragonata al resto della popolazione adulta: nel mese precedente l'intervista le prime dichiarano mediamente molti più giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (8 giorni vs 2 giorni), in cattiva salute psicologica (16 vs 1) e molti più giorni con limitazione delle abituali attività, a causa dello stato fisico e psicologico (5 vs 1).

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni di attività nei 30 giorni precedenti ASUIUD, Passi 2014-2017



■ Persones con sintomi di depressione
■ Persones senza sintomi di depressione

Figure a chi si rivolge chi chiede aiuto
ASUIUD, Passi 2014-2017



Molte di queste persone (39%) non chiedono aiuto a nessuno, chi lo fa si rivolge soprattutto a un medico operatore sanitario (31%), altri a familiari e amici (8%), alcuni a entrambi, medici e persone care, (10%); gli uomini riferiscono più raramente delle donne di aver chiesto aiuto (51% vs 60%).

Rischio cardiovascolare

Iperensione, ipercolesterolemia, calcolo rischio cardiovascolare

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta, verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Rischio cardiovascolare
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	84.0	81.7	86.0	84.4	83.4	85.3	82.5	82.2	82.7
Iperensione riferita	21.5	19.0	24.2	20.4	19.3	21.5	19.8	19.6	20.1
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	79.6	77.3	81.7	78.6	77.6	79.6	79.4	79.2	79.7
Ipercolesterolemia riferita	28.4	25.5	31.6	24.3	23.1	25.6	22.7	22.4	23.0
Calcolo rischio cardiovascolare	3.8	2.6	5.6	3.9	3.3	4.5	4.7	4.6	4.9
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	95.6	94.2	96.7	96.5	96.0	97.0	97.2	97.1	97.3

Iperensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.

Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.

Calcolo rischio cardiovascolare: su tutte le persone ≥ 35 anni, senza patologie CV.

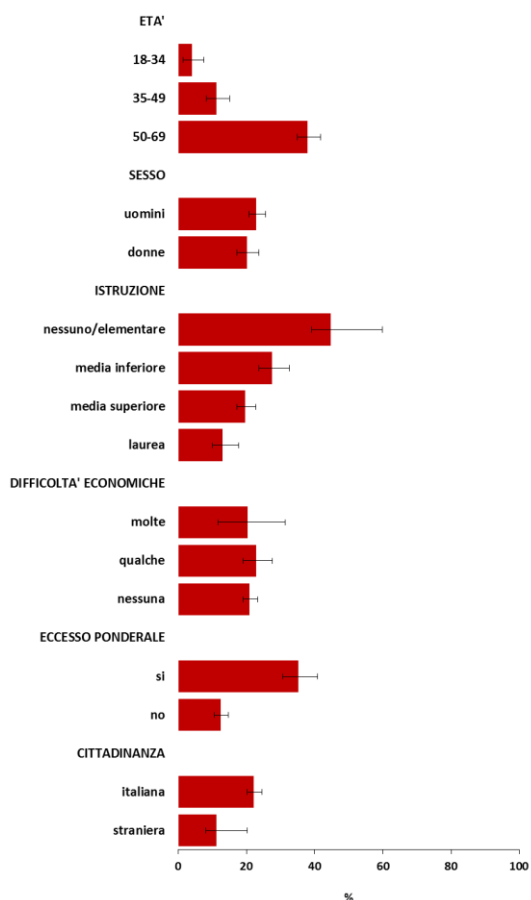
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

Dai dati Passi 2014-2017 risulta che circa 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista e di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia. Il 22% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione, mentre il 28% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. Entrambe le condizioni risultano più diffuse

- nelle classi d'età più avanzate
- nelle persone con basso livello di istruzione
- negli italiani
- nelle persone con eccesso ponderale.

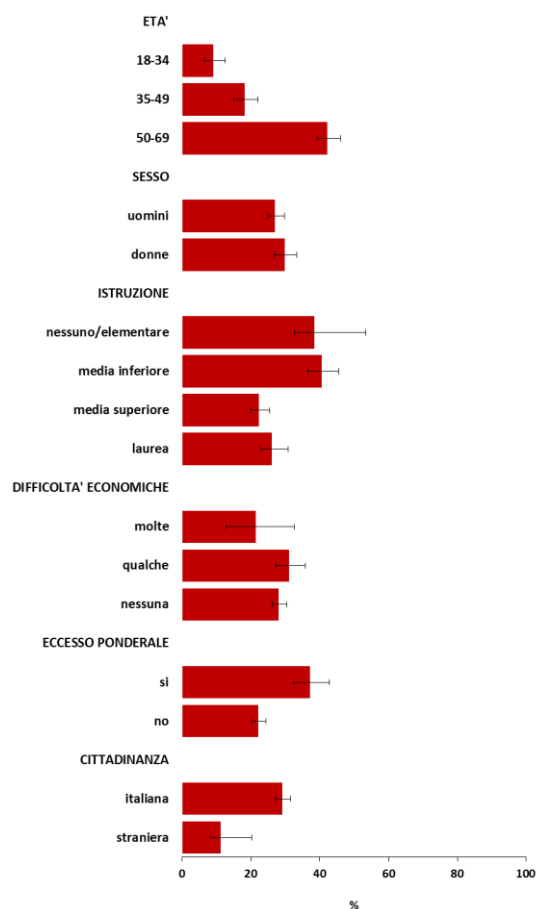
Ipertensione riferita per caratteristiche socio demografiche
ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 21.5% IC95%:19-24.2%



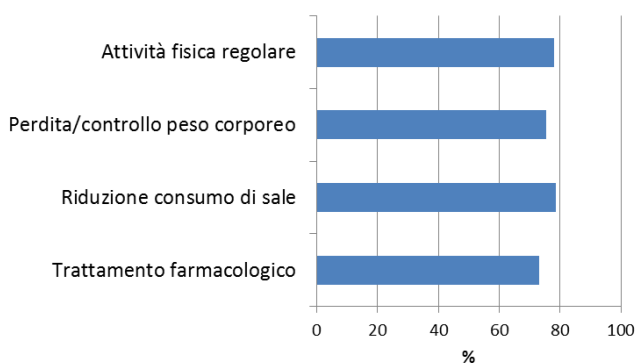
Ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio demografiche
ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 28.4% IC95%:25.5-31.6%

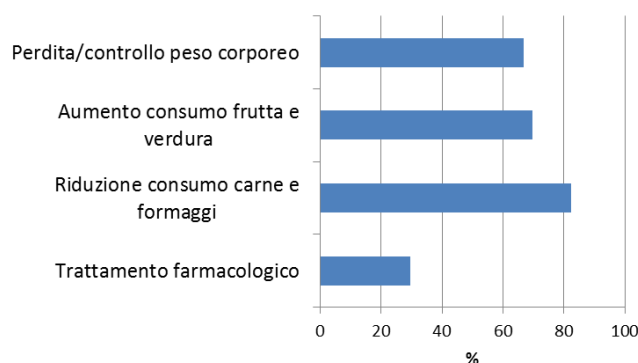


Circa il 73% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa, come diminuire il consumo di sale (79%), controllare il peso corporeo(75%) e svolgere regolarmente attività fisica (78%). Circa 1/3 degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico (30%) e la gran parte (80-90%) dichiara di aver ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi (82%) e più frutta e verdura (70%), di fare regolare attività fisica (77%) e controllare il peso corporeo (67%).

Trattamento dell'ipertensione, percentuale per trattamento/consiglio ricevuto
ASUIUD, Passi 2014-2017

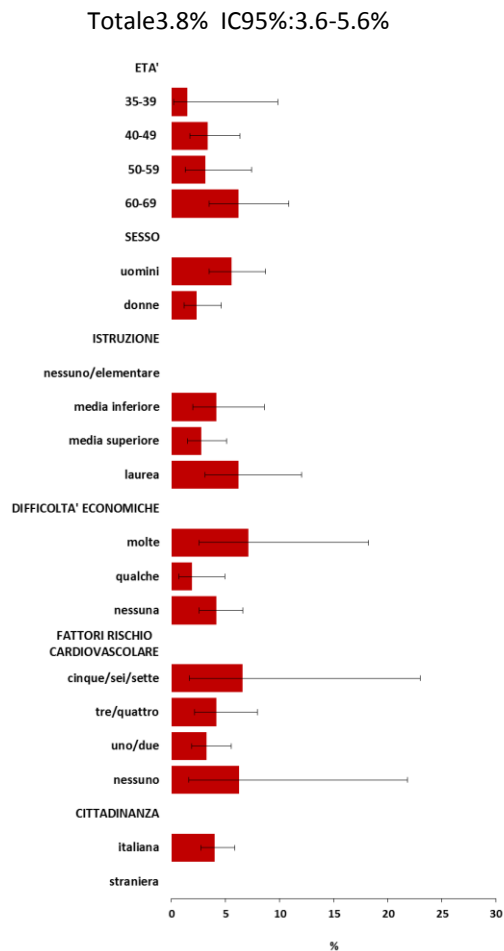


Trattamento dell'ipercolesterolemia, percentuale per trattamento/consiglio ricevuto
ASUIUD, Passi 2014-2017



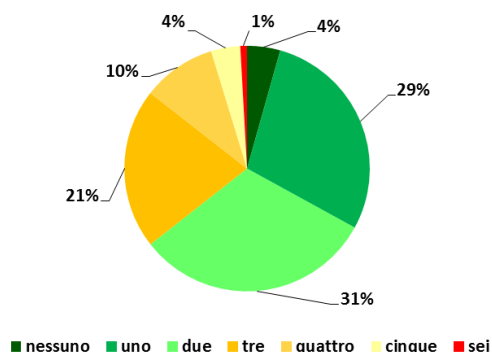
Calcolo rischio cardiovascolare in 35-69enni senza patologie cardiovascolari

ASUIUD, Passi 2014-2017



Profili di rischio multifattoriale

ASUIUD, Passi 2014-2017



L'uso della carta del rischio o punteggio cardiovascolare è indicato come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone con 35 anni di età o più; è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, in termini assoluti, che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei importanti fattori di rischio (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia, sesso ed età).

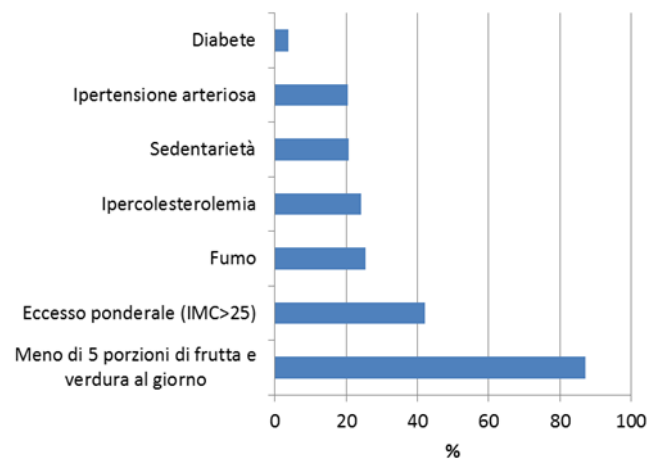
I dati Passi 2014-2017 rilevano che la carta del rischio è ancora poco utilizzata: solo il 4% degli intervistati tra i 35 e i 69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale.

La compresenza di più fattori di rischio cardiovascolare in una persona può determinare un impatto sullo stato di salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriale.

La frequente compresenza di questi fattori (ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura), vista la larga diffusione nella popolazione, è in parte dovuta a un'associazione casuale, ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco.

Nel quadriennio 2014-2017 Passi rileva che su 10 intervistati 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono sedentari, 3 fumatori, 4 risultano in eccesso ponderale ($Imc \geq 25$) e quasi nessuno consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come invece raccomandato. Inoltre, quasi il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente 2 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni
ASUIUD, Passi 2014-2017



Diabete

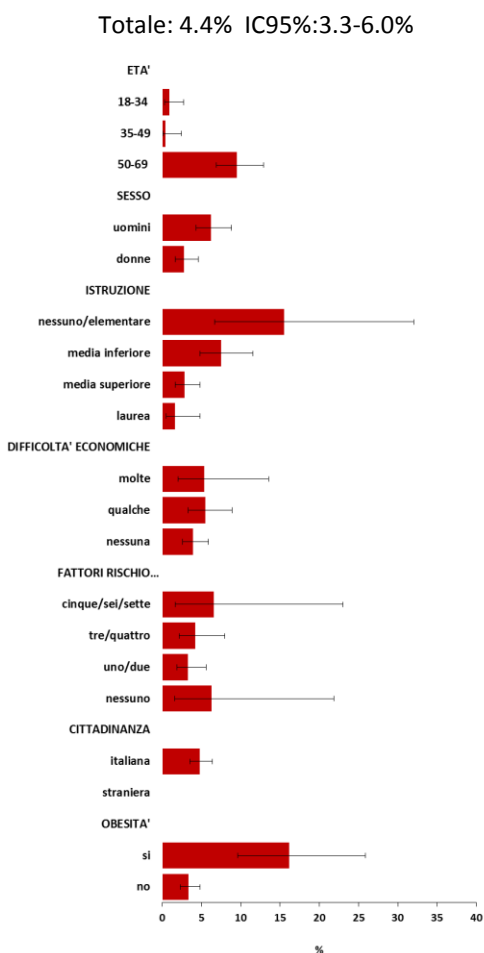
Il diabete mellito è una patologia a forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione, con un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario. Il diabete di tipo 2 (molto più diffuso rispetto al tipo 1)) compare per lo più in età adulta ed è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali, la sua insorgenza può essere perciò prevenuta con uno stile di vita adeguato.

Diabete
ASUIUD, Passi 2014-2017

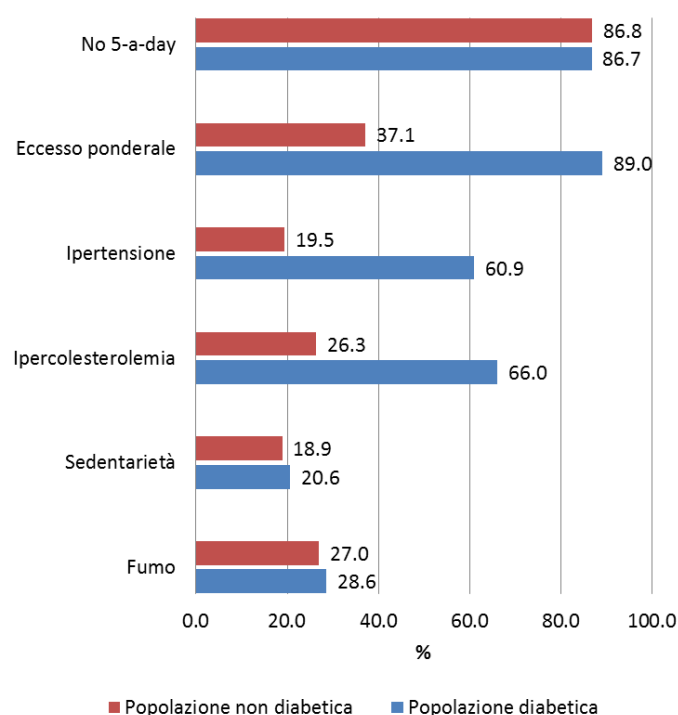
	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Diabete	4.4	3.3	6.0	3.9	3.4	4.5	4.8	4.6	4.9

Nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi, in ASUIU, la percentuale delle persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di diabete è del 4%. La prevalenza di diabetici cresce con l'età e già dopo i 50 anni è il 9%, è più frequente fra gli uomini, e nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri.

Diabete per caratteristiche socio demografiche
ASUIUD, Passi 2014-2017



Fattori di rischio associati al diabete
ASUIUD, Passi 2014-2017



Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri. Più della metà delle persone con diabete riferisce anche una diagnosi di ipertensione (61%) e di ipercolesterolemia (66%) (contro il 20% e il 26% osservati rispettivamente nella popolazione libera da diabete); l'89% risulta in eccesso ponderale (IMC ≥ 25) (vs 37%) e poco più di un terzo di loro sta seguendo una dieta per cercare di perdere peso (37%); il 21% risulta completamente sedentario. Circa l'87% di persone con diabete riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno, poco meno di aver controllato il colesterolo (83%).

Tra i diabetici ipertesi, tutti sono in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 57% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Guadagnare salute

Eccesso ponderale

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

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

Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (Imc oppure Body Mass Index - Bmi), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m) al quadrato.

Il Bmi è rappresentato in 4 categorie: sottopeso (Bmi < 18,5), normopeso (Bmi 18,5-24,9), sovrappeso (Bmi 25-29,9), obeso (Bmi ≥ 30).

Nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi le prevalenze di sovrappeso e obesità vengono calcolati in base ai dati riferiti dagli intervistati su peso ed altezza. Il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale.

Eccesso ponderale
ASUIUD, Passi 2014-2017

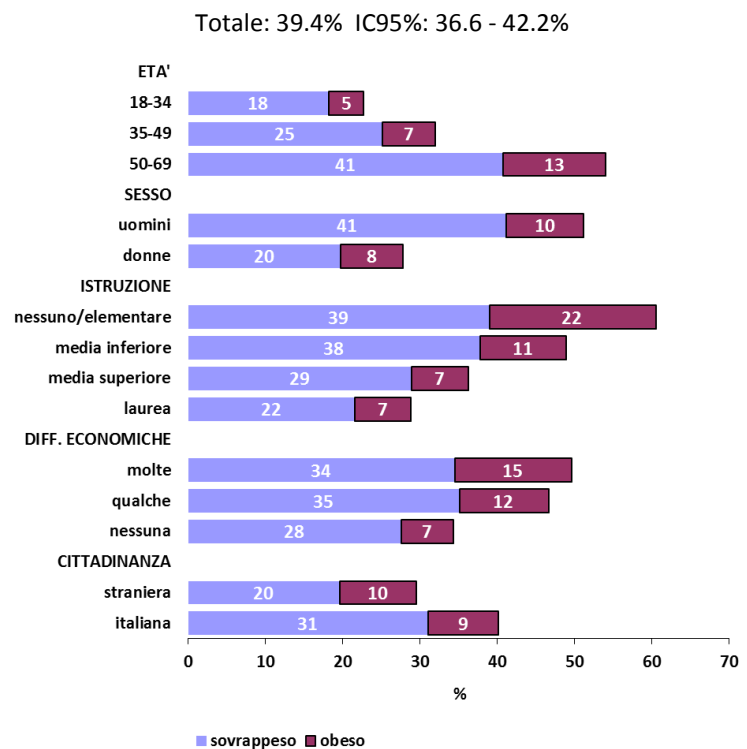
	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	9.1	7.4	11.1	10.8	10	11.7	10.7	10.5	10.9
Sovrappeso	30.3	27.7	33.1	31.3	30.1	32.5	31.7	31.4	32
Normo/ sottopeso	60.6	57.7	63.4	57.9	56.6	59.2	57.6	57.3	57.9

I dati riferiti dagli intervistati Passi relativi a peso e altezza portano a stimare che circa 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale: 3 in sovrappeso (con un indice di massa corporea - Imc - compreso fra 25 e 29,9) e 1 obeso (Imc ≥ 30).

L'eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) è più frequente:

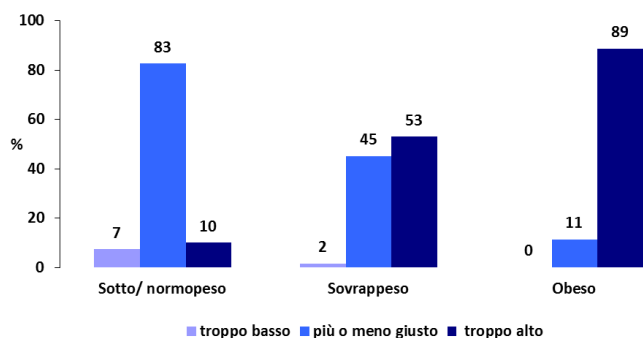
- col crescere dell'età
- negli uomini
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone con qualche o molte difficoltà economiche

Eccesso ponderale per caratteristiche socio demografiche
ASUIUD, Passi 2014-2017



Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso la metà ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (1 su 10) che ritiene il proprio peso non troppo alto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema rispetto agli uomini e l'essere coscienti del proprio eccesso ponderale favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti.

Autopercezione del proprio peso
ASUIUD, Passi 2014-2017



Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata).

Inoltre, il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. Il livello di attività fisica raccomandato nella popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari almeno 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.

Attività fisica
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	35.0	32.1	38.0	36.5	35.3	37.8	31.7	31.4	32
Parzialmente attivo	46.1	43.0	49.1	42.6	41.3	44	34.7	34.4	35.1
Sedentario	19.0	16.6	21.5	20.8	19.8	22	33.6	33.3	33.9

Il 35% delle persone intervistate nel periodo 2014-2017 riferisce di effettuare un lavoro pesante o di praticare attività fisica a un livello che può essere definito attivo. Il 46% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (è dunque parzialmente attivo), mentre il 19% risulta completamente sedentario.

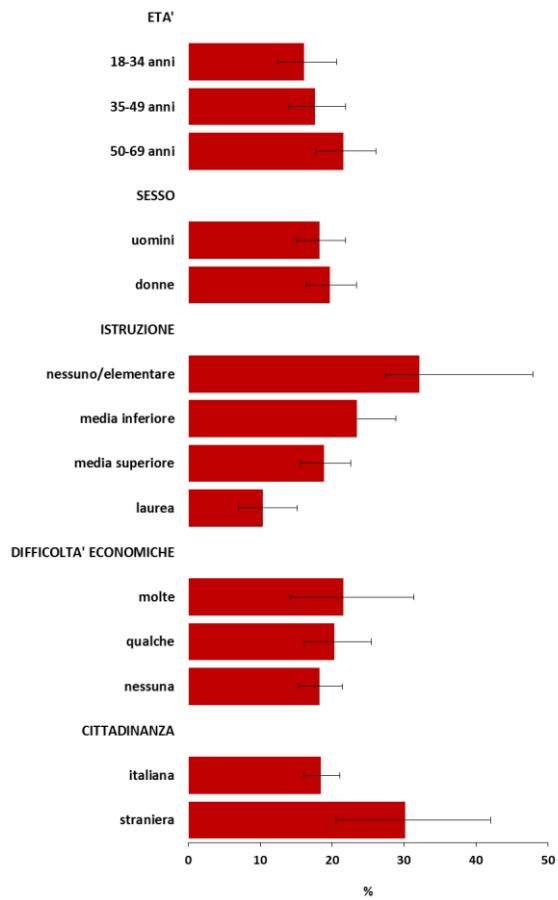
La sedentarietà è associata all'avanzare dell'età (è del 16% fra i 18-34enni e sfiora il 22% fra i 50-69enni), al genere femminile e a uno *status* socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione.

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: 1 adulto su 2 fra i parzialmente attivi, e 1 su 5 fra i sedentari, percepiscono come sufficiente il proprio impegno nel praticare attività fisica.

Sedentari per caratteristiche socio demografiche

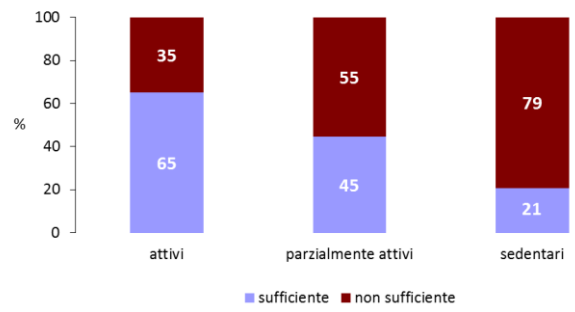
ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 18.9% IC95%: 16.6 - 21.5%



Autopercezione del livello di attività fisica

ASUIUD, Passi 2014-2017



Consumo di frutta e verdura

Lo scarso consumo di frutta e verdura secondo l'Organizzazione mondiale della sanità è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. Se ogni cittadino dell'Unione europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata. In accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata o ortaggi, Passi misura il consumo di questi alimenti.

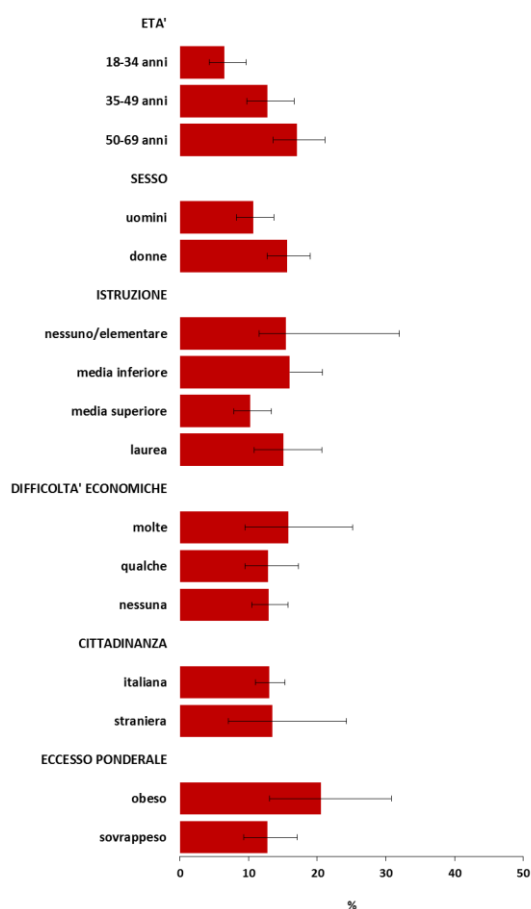
Consumo quotidiano di frutta e verdura
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
<5 porzioni	86.8	84.6	88.8	87.2	86.3	88.1	90.0	88.6	90.7
5+ porzioni	13.2	11.2	15.4	12.8	11.9	13.7	10.0	9.8	10.2

Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 13.2% IC95%: 11.2 – 15.4%



In ASUIUD, solo un intervistato su dieci (13%) consuma la quantità di frutta e verdura giornaliera raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero cinque porzioni al giorno (*five a day*).

Consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, è un'abitudine che cresce con l'avanzare dell'età (17% vs 6%) ed è più frequente fra le donne (16%) e nei soggetti obesi (21% vs 13% nei sovrappeso).

Abitudini al fumo

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

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità di interventi.

Abitudine al fumo di sigaretta
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori*	49.3	46.3	52.3	52.9	51.6	54.2	56.4	56.0	56.7
Fumatori***	25.5	22.9	28.3	25.4	24.3	26.6	26.0	25.7	26.3
in astensione	1.6	1.0	2.5	0.9	0.7	1.2	1.0	0.9	1.0
occasionalmente	1.4	0.9	2.3	0.9	0.7	1.2	0.5	0.5	0.6
quotidiani	24.1	21.6	26.9	23.5	22.4	24.7	24.4	24.1	24.7
Ex-fumatori**	23.6	21.1	26.3	21.7	20.6	22.8	17.6	17.4	17.9
Numero medio di sigarette fumate	11.3	10.3	12.3	11.5	11.1	11.9	12.3	12.2	12.5

**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).

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

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

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

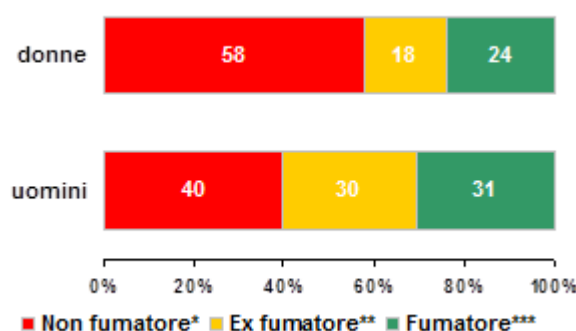
Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni.

Fumatore quotidiano: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

In ASUIUD, la maggioranza degli adulti non fuma o ha smesso di fumare. I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Tra questi, il 20% fuma più di 20 (*forte fumatore*).

Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (una su quattro) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici

Abitudine al fumo di sigaretta, per sesso
ASUIUD, Passi 2014-2017



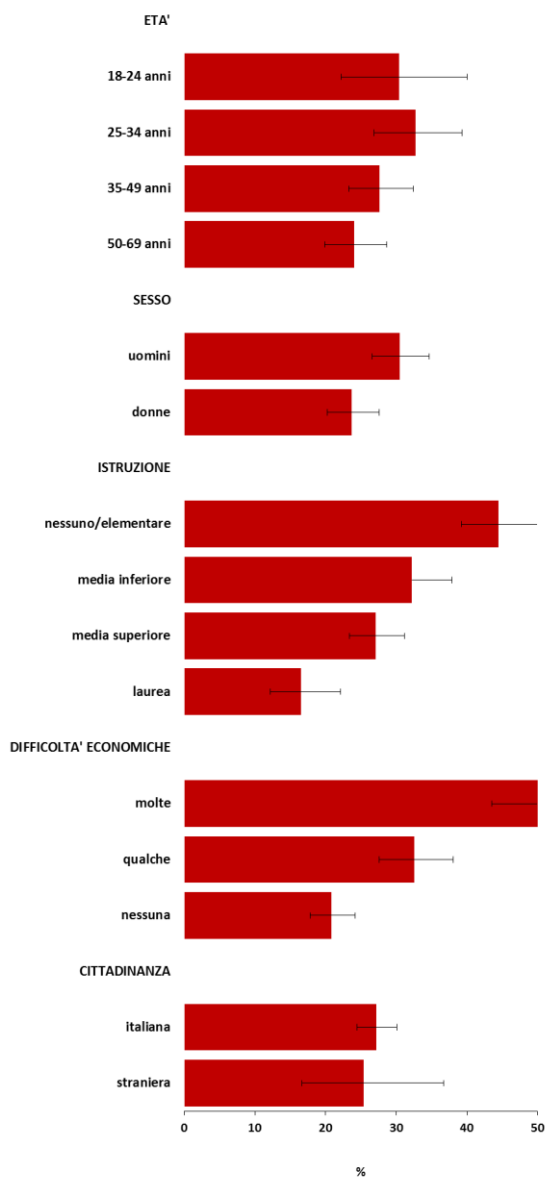
L'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 18 e 24 anni (30%) e tra 25 e 34 anni (33%), mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente (24%). La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione basso (44%), e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche (54%).

La prevalenza di ex fumatori (complessivamente pari al 24% degli intervistati nel periodo 2014-2017) è significativamente più alta fra i più anziani (31%), fra gli uomini (30%), fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (24% vs 14%) e per coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche (24%).

Fumatori per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

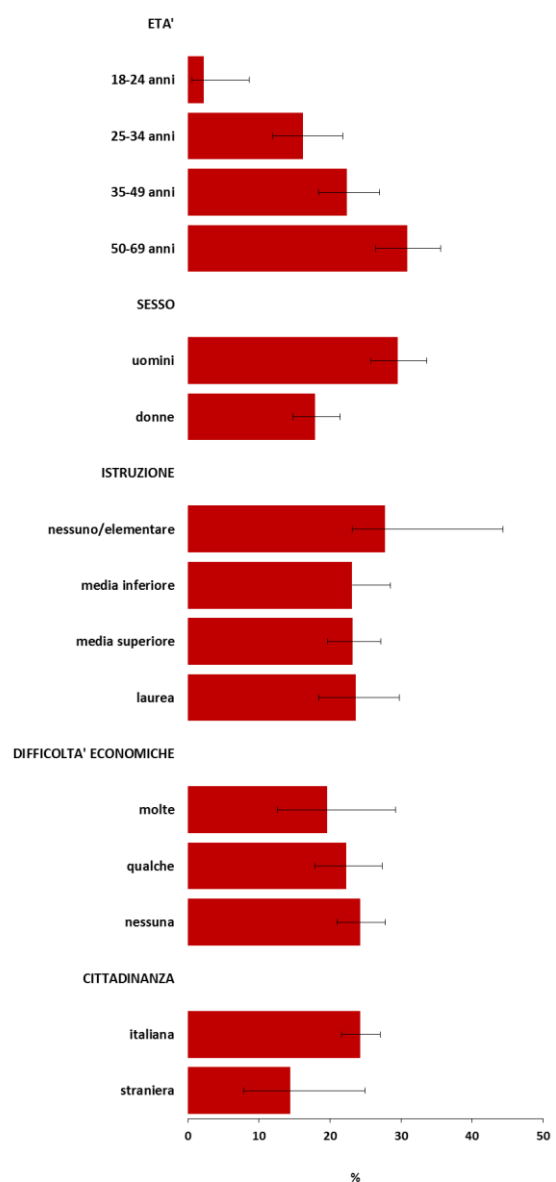
Totale: 25.5% IC95%: 22.9 – 28.3%



Ex fumatori per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 23.6% IC95%: 21.1 – 26.3%



Smettere di fumare

Le persone che tentano di smettere di fumare non sono numericamente trascurabili: quasi la metà dei fumatori ha tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare. Nella stragrande maggioranza dei casi il tentativo fallisce (79%): solo una bassa quota (meno del 9%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

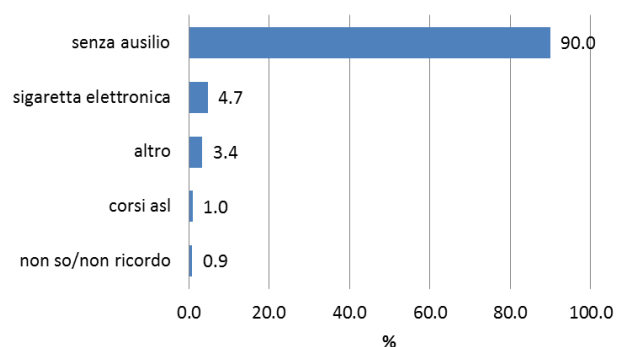
Il tentativo di smettere di fumare e il suo esito
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95 % inf	IC95 %sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	46.4	40.7	52.3	38.7	36.4	40.9	35.4	34.8	36.0
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere									
– Tentativo fallito	79.4	71.9	85.3	80.5	77.4	83.3	81.0	80.1	81.8
– Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	12.1	7.7	18.6	10.3	8.2	12.8	10.2	9.5	10.8
– Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	8.5	4.9	14.3	9.2	7.3	11.6	8.8	8.3	9.0

* Fumatori che sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare, tra chi era fumatore fino a 12 mesi prima dell'intervista.

Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (90%, dato 2016-2017); il 5% dichiara di aver smesso con l'utilizzo della sigaretta elettronica, scarso invece il ricorso a farmaci o cerotti e raro il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dall'Azienda (1%).

Come ha smesso di fumare
ASUIUD, Passi 2016-2017



Fumo passivo

Il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro

Nel quadrienni considerato nel territorio dell'ASUIUD circa 9 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici e sul luogo di lavoro, da loro frequentati nei trenta giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato.

Il fumo in ambiente domestico

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: 14 intervistati su 100 dichiarano che nella propria abitazione è ammesso fumare; un'abitudine meno frequente, ma affatto trascurabile (7%), fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni.

Fumo passivo
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici	95.9	94.4	96.9	96.2	95.7	96.7	91.0	90.8	91.3
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	96.5	94.7	97.6	95.4	94.7	96.0	93.1	92.8	93.3
Astensione dal fumare nella propria abitazione	86.3	84.1	88.3	86.9	86.1	87.7	81.7	81.4	82.0
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	93.0	89.1	95.6	93.3	92.1	94.4	87.9	87.4	88.4

Consumo 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, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, 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.

L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un *continuum* e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata da Passi è pari a due unità alcoliche per gli uomini (un'unità per le donne) bevute in media al giorno. Al di sopra di questo limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

Consumo di alcol
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	75.5	72.8	77.9	68.5	67.3	69.7	55.3	54.9	55.6
Consumo fuori pasto	17.3	15.2	19.6	16.3	15.3	17.2	8.2	8.1	8.4
Consumo abituale elevato	6.4	5.0	8.2	5.2	4.6	5.8	3.2	3.1	3.3
Consumo binge	18.4	16.2	20.8	14.3	13.4	15.3	9.1	8.9	9.2
Consumo a maggior rischio	32.4	29.6	35.2	28.1	27.0	29.3	17.0	16.8	17.2

Più di due terzi degli adulti nell'ASUIUD, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di consumare bevande alcoliche e circa un terzo ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione.

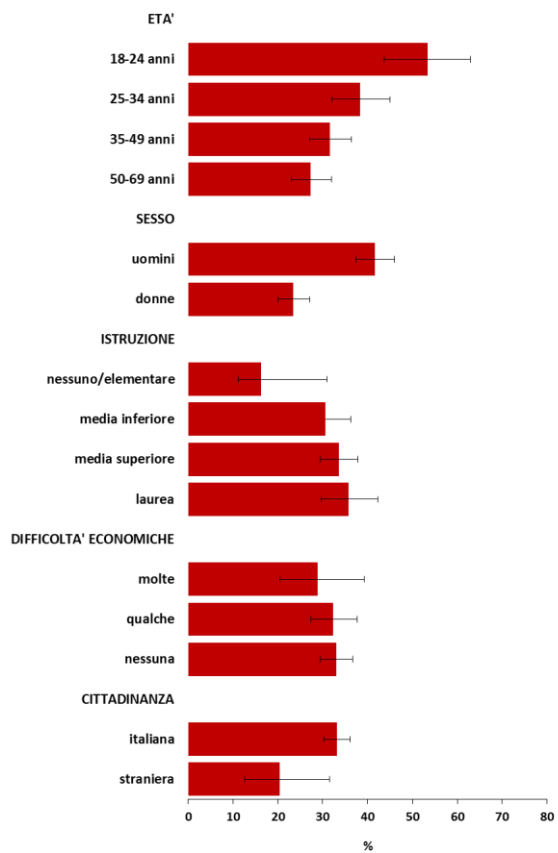
Le persone a particolare rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori, le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*)

La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio, per il periodo di rilevazione 2014-2017 è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 53%) e gli uomini (42%), i cittadini italiani (33%). Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni 28%), gli uomini (27% vs 10%) e tra i cittadini italiani (19% vs.7%). Per le difficoltà economiche, invece, non risultano differenze significative.

Consumo di alcol a maggior rischio per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

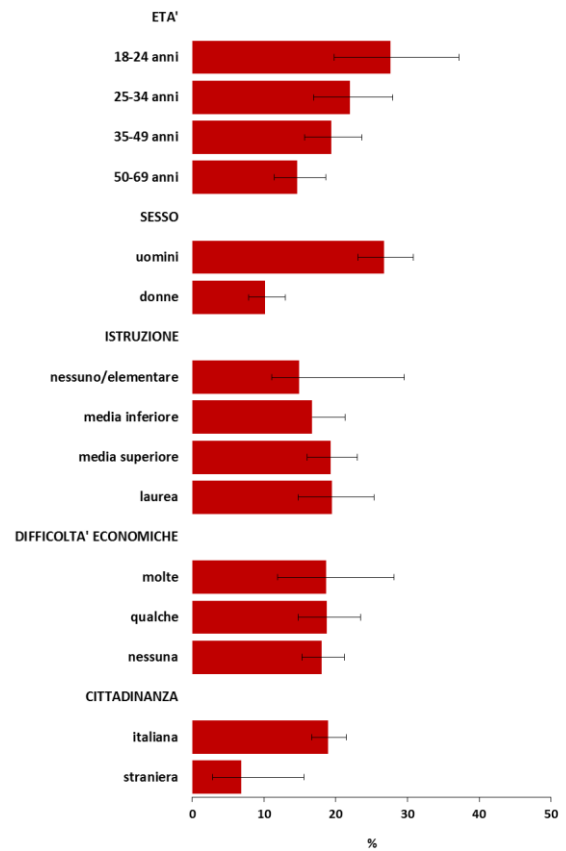
Totale: 32.4% IC95%: 29.6 – 35.2%



Consumo binge per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 18.4% IC95%: 16.2 – 26.8%



Sicurezza

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Nella maggior parte dei paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa uno su cinque dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale si rileva un eccesso di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol, 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, nel periodo di riferimento sia come conducenti sia come persone trasportate.

Alcol e guida
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Guida sotto effetto dell'alcol	10.7	8.6	13.1	8.2	7.4	9.2	7.4	7.2	7.7
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	8.2	6.7	10.1	6.6	6.0	7.3	5.1	4.9	5.2
Controlli forze dell'ordine	41.8	38.8	44.9	38.4	37.1	39.8	29.8	29.5	30.1
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	10.3	7.7	13.7	10.0	8.8	11.5	9.5	9.2	9.9

Nel quadriennio 2014-2017, l'11% dei conducenti riferisce di aver guidato un'auto, o una moto, sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni, ovvero di aver bevuto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messo alla guida, mentre l'8% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi (10% tra coloro che sono stati fermati dalle forze dell'ordine) e prevalentemente indirizzati a giovani e uomini.

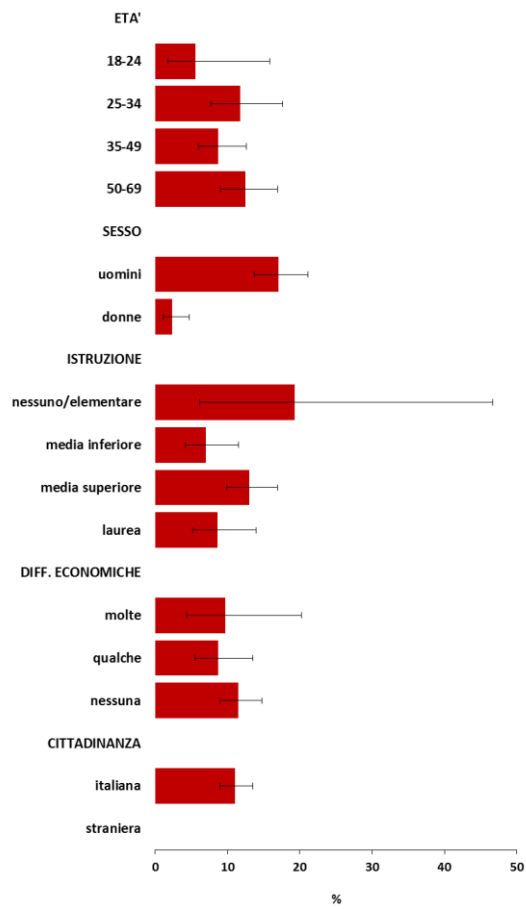
Tra i 18 e 24 anni, il 6% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto. Questo dato seppur basso, è preoccupante in quanto il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto quando legato alla giovane età. Considerando poi i giovani tra 18 e 21 anni, il 5% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto, rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è più elevata nella fascia d'età 25-34 anni e 50-69 anni (12%), tra gli uomini (17% vs 2%) e tra i cittadini italiani.

Guida sotto l'effetto dell'alcol per caratteristiche sociodemografiche

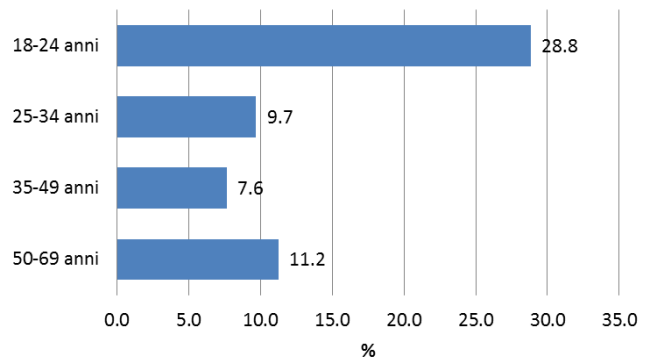
ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 10.7% IC95%: 8.6 – 13.1%



Controlli con etilotest, per età*

ASUIUD, Passi 2014-2017



* tra chi è stato fermato

Uso dei dispositivi di sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne 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.

Uso dispositivi di sicurezza
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Uso cintura anteriore sempre	94.4	92.8	95.6	95.4	94.8	95.9	84.8	84.6	85.1
Uso cintura posteriore sempre	42.5	39.3	45.8	42.3	40.8	43.8	20.3	20.0	20.5
Uso casco sempre	98.8	96.2	99.6	99.5	98.9	99.7	96.1	95.7	96.4
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	16.8	11.4	24.0	14.4	12.2	16.9	20.4	19.6	21.2
Penetrazione campagna informativa su uso di dispositivi sicurezza per bambini	47.1	30.0	65.0	56.7	49.4	63.8	59.9	58.0	61.7

La maggior parte degli intervistati che, nei precedenti ultimi 12 mesi, sono andati in moto dichiara un comportamento responsabile perché nel 99% dei casi indossa sempre il casco.

Gli intervistati che hanno viaggiato in auto come conducente o viaggiatore anteriore dichiarano, nel 94% dei casi, di indossare sempre la cintura di sicurezza.

Invece, l'uso della cintura posteriore è ancora oggi poco frequente: solo il 43% degli intervistati, infatti, dichiara di indossarla sempre.

Dai dati Passi relativi al quadriennio 2014-2017 emerge che, tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, meno di 2 persone su 10 dichiarano di avere difficoltà a far uso di questi dispositivi, di non utilizzarli affatto o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino.

circa la metà degli intervistati (47%), nel cui nucleo familiare sono presenti minori, hanno riferito di aver visto o sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza dei bambini.

Sicurezza in casa

Il rischio di incorrere in un incidente domestico è generalmente sottovalutato, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Eppure 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.

Sicurezza domestica
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	13.3	11.3	15.6	8.6	7.9	9.4	6.4	6.3	6.6
– negli ultra-64enni	10.5	6.0	17.9	8.4	6.4	10.9	6.6	6.1	7.2
– in chi convive con ultra-64enni	19.5	12.7	28.7	9.9	7.4	13.0	6.5	6.1	7.0
– nelle donne	14.1	11.3	17.4	9.3	8.3	10.5	7.7	7.4	7.9
– in chi vive con bambini fino ai 14 anni	16.1	12.0	21.2	9.9	8.4	11.6	7.8	7.5	8.2
Infortunio domestico che ha richiesto cure	4.7	3.5	6.2	4.4	3.8	4.9	2.9	2.8	3.1

La consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa nella popolazione adulta : 13 intervistati su 100 considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari).

Questa consapevolezza è maggiore tra chi vive con anziani o bambini, tra le donne, tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, tra chi ha più difficoltà economiche.

5 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale). Gli incidenti domestici sono più frequenti al crescere dell'età, tra le donne, tra le persone più svantaggiate per istruzione o difficoltà economiche.

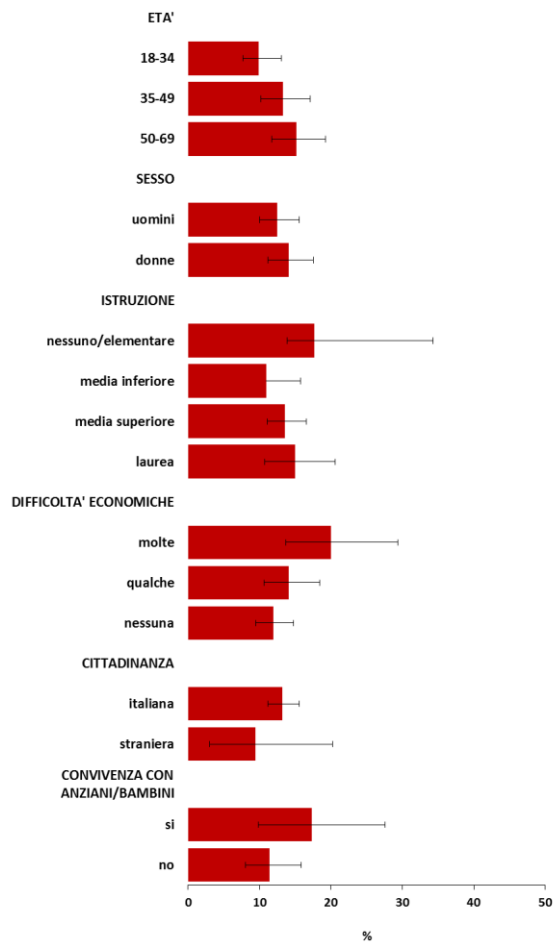
1 intervistato su 5 dichiara di aver ricevuto qualche informazione su come poter prevenire gli infortuni domestici. Hanno ricevuto queste informazioni i soggetti di età più anziana, gli italiani, i soggetti che hanno una maggiore consapevolezza del rischio.

Coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici hanno dichiarato come fonti più comuni i mass media (41%) e gli opuscoli (34%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto il personale sanitario (21%), tecnici (14%) e parenti o amici (5%). Tra chi ha ricevuto informazioni, il 38% dichiara di aver poi modificato i propri comportamenti o di aver adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

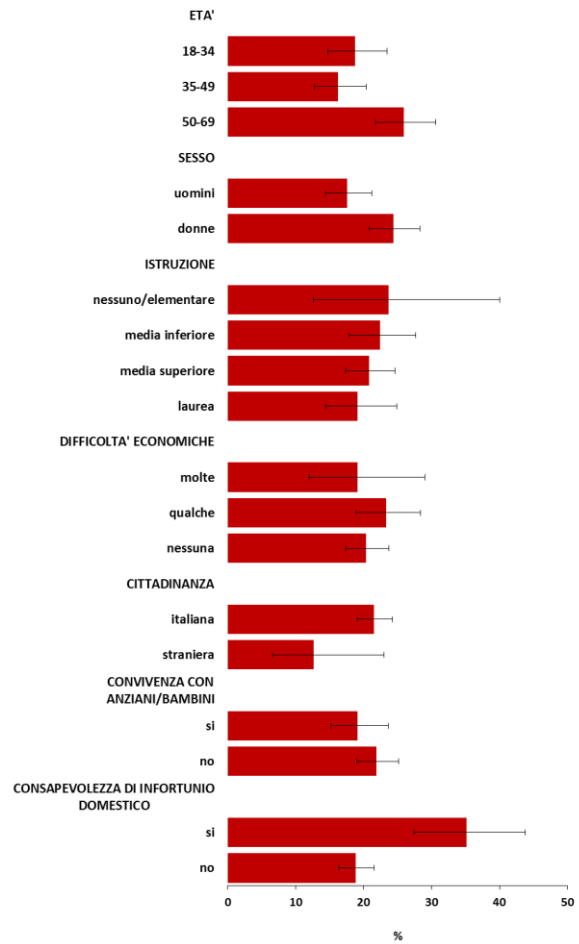
Totale: 13.3% IC95%: 11.3 – 15.6%



Ricevuto informazioni su come prevenire infortunio domestico per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 21.0% IC95%: 18.6 – 23.6%



Programmi di prevenzione individuale

Vaccinazione antinfluenzale stagionale

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio, in particolare: persone di 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti (per esempio, operatori sanitari) e persone con oltre 64 anni.

Mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni non esistono invece dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà a stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione. Passi può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche

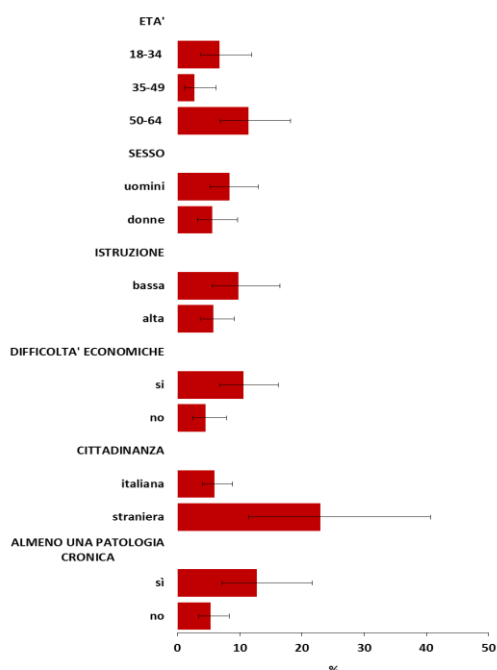
Copertura vaccinale antinfluenzale nei 18-64enni
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale nei 18-64enni	6.9	4.9	9.8	6.1	5.2	7.2	7.1	6.9	7.4
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	12.8	7.3	21.5	15.8	12.3	20.0	20.3	19.2	21.5
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	5.4	3.4	8.3	4.1	3.3	5.1	4.7	4.5	5.0

Copertura vaccinale antinfluenzale nei 18-64enni per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 6.9% IC95%: 4.9 – 9.8%



Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale aumenta con l'avanzare dell'età, in particolare è più alto tra i 50-64enni e fra le persone con un più basso livello di istruzione. Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale è più frequente fra le persone affette da patologie croniche (13%), alle quali è fortemente raccomandata, ma resta in ogni caso molto lontano dall'atteso.

Vaccinazione antirosolia

Il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, in linea con gli obiettivi generali della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità, aveva fissato per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100.000 nati vivi.

Il Piano prevede oltre alla vaccinazione con due dosi di vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR) dei bambini e degli adolescenti ancora suscettibili anche azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

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

Vaccinazione antirosolia
ASUIUD, Passi 2015-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	35.5	30.1	41.2	38.8	36.1	41.5	41.6	41.0	42.2
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	2.9	1.5	5.7	2.5	1.8	3.5	1.9	1.8	2.1
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	43.3	37.6	49.1	37.5	34.9	40.2	39.2	38.6	39.8
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario	46.2	40.4	52.0	40.0	37.3	42.7	41.2	40.6	41.8

Nel periodo 2014-2017, tutte le Regioni/Province Autonome hanno raccolto dati relativi alla vaccinazione antirosolia, ma contribuendo in modo diverso nel tempo. Infatti 12 regioni lo hanno fatto continuativamente, 3 hanno partecipato per l'intero triennio 2015-2017 (tra cui il Friuli Venezia Giulia) e le restanti regioni hanno partecipato in alcuni anni del quadriennio 2014-2017.

Pertanto ai dati "nazionali" riportati in tabella le Regioni/Province Autonome hanno contribuito in modo diverso nel tempo. I dati dell'ASUIUD e del FVG si riferiscono al triennio 2015-2017.

IN ASUIUD la quota di donne certamente suscettibili alla rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (quasi il 3%), tuttavia un numero piuttosto alto, quasi 4 donne su 10 (43%), non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia. Per quanto riguarda la copertura vaccinale, il 40% delle donne dichiara di essere stata vaccinata contro la rosolia.

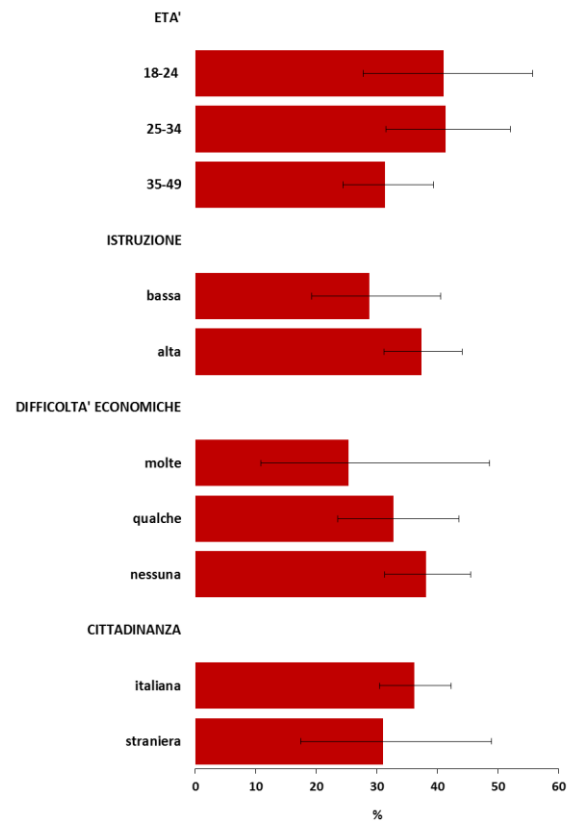
La percentuale di donne vaccinate è maggiore tra i 18 e i 34 anni (41%).

Le vaccinate sono più frequenti tra le donne con un alto livello di istruzione (37%), senza difficoltà economiche (38%) e con la cittadinanza italiana (36% vs 31% fra le donne straniere).

Vaccinazione antirosolia per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2015-2017

Totale: 35.5% IC95%: 30.1 – 41.2%



Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna per frequenza e in Italia rappresenta quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili. La mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con lo screening cervicale, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni alle donne, a partire dai 25 anni fino ai 64 anni di età. Tuttavia lo screening 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.

Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato il Pap test o l'HPV test e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Azienda oppure su iniziativa personale.

Copertura screening cervicale
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup
Copertura screening cervicale totale	90.4	86.9	93.0	89.2	87.8	90.5	79.3	78.8	79.7
Copertura screening cervicale organizzato	60.1	55.0	64.9	65.5	63.4	67.5	45.3	44.8	45.8
Copertura screening cervicale spontaneo	30.1	25.7	34.9	23.6	21.8	25.5	33.4	32.9	33.9

Dai dati Passi 2014-2017 in ASUIUD risulta che 9 donne su 10, in età fra 25 e 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina.

Lo screening cervicale a scopo preventivo avviene per il 60% dentro il programma organizzato dall'Azienda e per il 30% si tratta di uno screening spontaneo.

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

La copertura al test di screening è maggiore nelle donne di 35-49 anni (92%), in quelle coniugate (91%) e conviventi (91%) e nelle italiane rispetto alle straniere (91% vs. 87%).

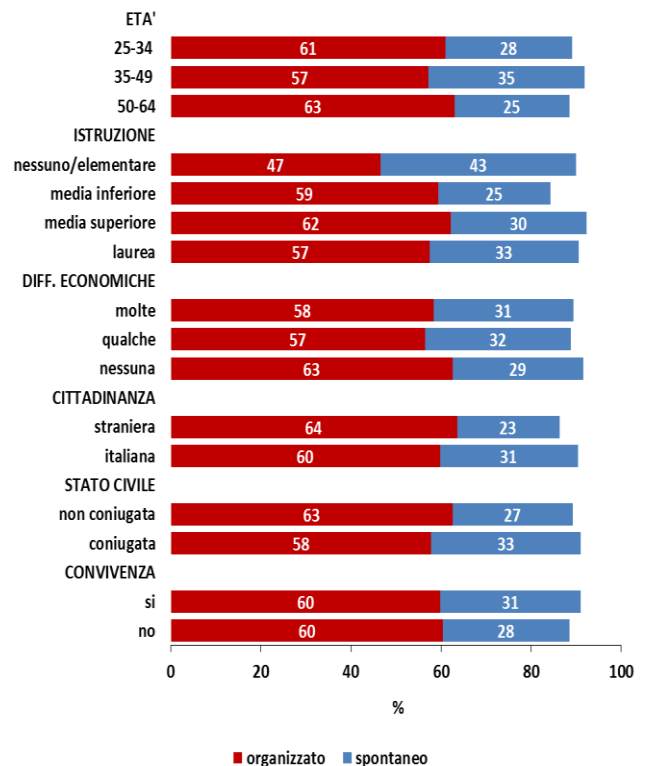
Ma, esaminando separatamente le donne che hanno eseguito il test nell'ambito dei programmi di screening organizzati dall'Azienda e coloro che lo hanno eseguito di propria iniziativa, emerge che:

- la percentuale di donne che fanno il test all'interno della campagne di screening è maggiore nella classe d'età 50-64 anni, in chi ha un livello di istruzione più alto
- la percentuale di donne che fanno il test al di fuori delle campagne di screening è più alta in chi ha un livello d'istruzione più basso e difficoltà economiche riferite ed è più elevata nelle cittadine italiane.

Copertura screening cervicale per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

Totale: 90.4% IC95%: 86.9 – 93.0%



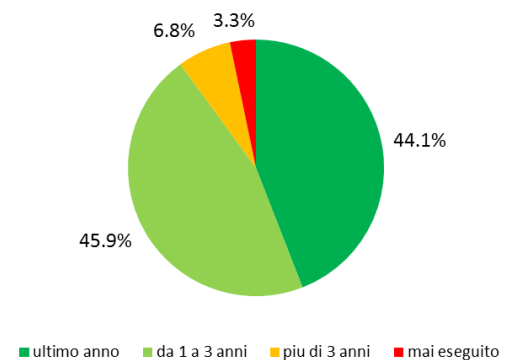
Il 3% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale e il 7% di averlo fatto da oltre tre anni.

La motivazione più frequentemente addotta dalle donne intervistate per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno.

L'intervento più efficace nel migliorare l'adesione allo screening, sembrerebbe essere l'invito da parte dell'Azienda (88%) associato al consiglio del medico/operatore sanitario (95%).

Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale

ASUIUD, Passi 2014-2017



Diagnosi precoce del tumore della mammella

Secondo i dati dei registri tumori, il cancro della mammella provoca un quarto di tutti i tumori maligni delle donne. Grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure si stima una migliore sopravvivenza, dopo aver avuto un cancro della mammella. La mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, si raccomanda l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia. Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dall'Azienda oppure su iniziativa personale.

Copertura screening mammografico
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening mammografico totale	86.4	80.7	90.6	85.5	83.3	87.5	73.5	72.8	74.2
Copertura screening mammografico organizzato	66.5	59.3	72.9	70.1	67.3	72.7	53.8	53.1	54.5
Copertura screening mammografico spontaneo	19.7	14.6	26.1	15.3	13.3	17.6	19.2	18.6	19.9

L'86% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista. La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dall'Azienda e il 65% della popolazione target femminile aderisce al programma offerto dall'Azienda. A questa percentuale di donne si aggiunge il 20% di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa personale, ovvero al di fuori dei programmi di screening organizzati.

Il sottoporsi a una mammografia preventiva, è più frequente nelle donne di 50-59 anni (87% vs 82%), nelle coniugate o conviventi (89%) e senza difficoltà economiche. La copertura tra le donne italiane è più alta rispetto alle straniere (87% vs 55%).

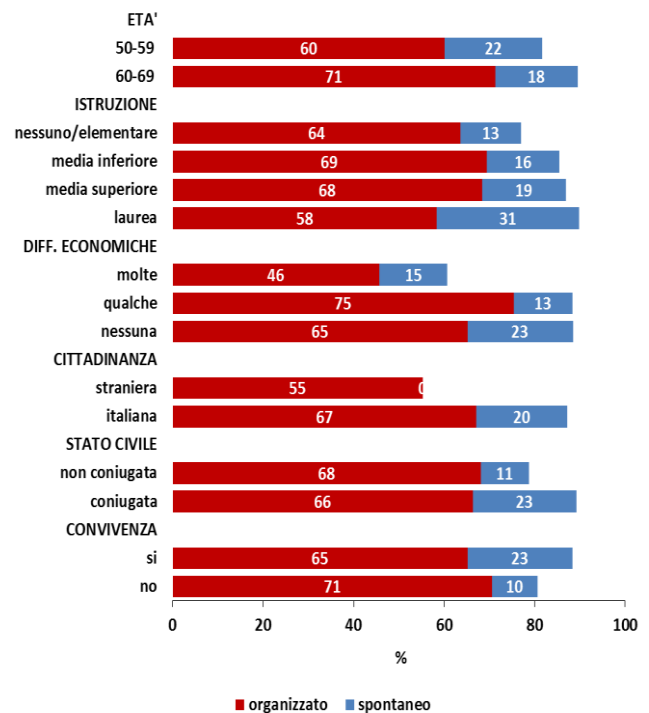
Confrontando le caratteristiche delle donne che hanno eseguito il test di screening nell'ambito di programmi organizzati con quelle delle donne che lo hanno fatto di propria iniziativa, si nota che:

- la percentuale di donne che praticano l'esame all'interno del programma di screening è maggiore tra 60 e 69 anni. Al contrario, l'esame su iniziativa personale è effettuato con maggiore frequenza dalle donne un po' più giovani (50-59 anni)
- le donne italiane praticano lo screening il 30% in più delle straniere, indipendentemente dal fatto che il test sia organizzato o effettuato su iniziativa personale
- le differenze basate sul livello di istruzione sono capovolte: cioè, nello screening organizzato le donne meno istruite hanno una copertura migliore di quella delle donne più istruite. Nello screening praticato di propria iniziativa, invece, accade esattamente il contrario.

Copertura screening mammografico per caratteristiche sociodemografiche

ASUIUD, Passi 2014-2017

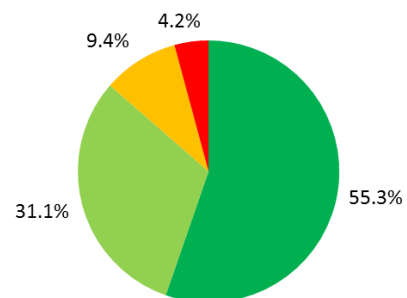
Totale: 86.4% IC95%:80.7 – 90.6%



Non è trascurabile la quota di 50-69enni che non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 4 donne su 100 non hanno mai fatto prevenzione e altre 9 su 100 riferiscono di essersi sottoposte alla mammografia da oltre due anni.

Periodicità di esecuzione della mammografia

ASUIUD, Passi 2014-2017



■ negli ultimi 12 mesi ■ tra 1 e 2 anni fa ■ più di 2 anni fa ■ mai eseguito

Diagnosi precoce del tumore del colon retto

I tumori del colon-retto sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne. Si tratta di una neoplasia abbastanza rara prima dei 40 anni, che diventa più frequente a partire dai 60. Quasi 300.000 cittadini italiani, secondo i registri tumori, vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale.

Negli ultimi anni, nonostante sia aumentato il numero di tumori, si è assistito a una diminuzione della mortalità, dovuta a un'informazione più adeguata, ai miglioramenti terapeutici e soprattutto alla diagnosi precoce che si stima riduca la mortalità per cancro del colon-retto di circa il 20%.

Viene proposto, come strategia di screening, per le neoplasie del colon-retto nelle persone della fascia 50-69 anni la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale o l'esecuzione della rettosigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame, la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.

Tra gli argomenti di salute monitorati dal Passi, è presente una sezione che indaga sulla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto tra le persone di 50-69 anni.

Copertura screening coloretale
ASUIUD, Passi 2014-2017

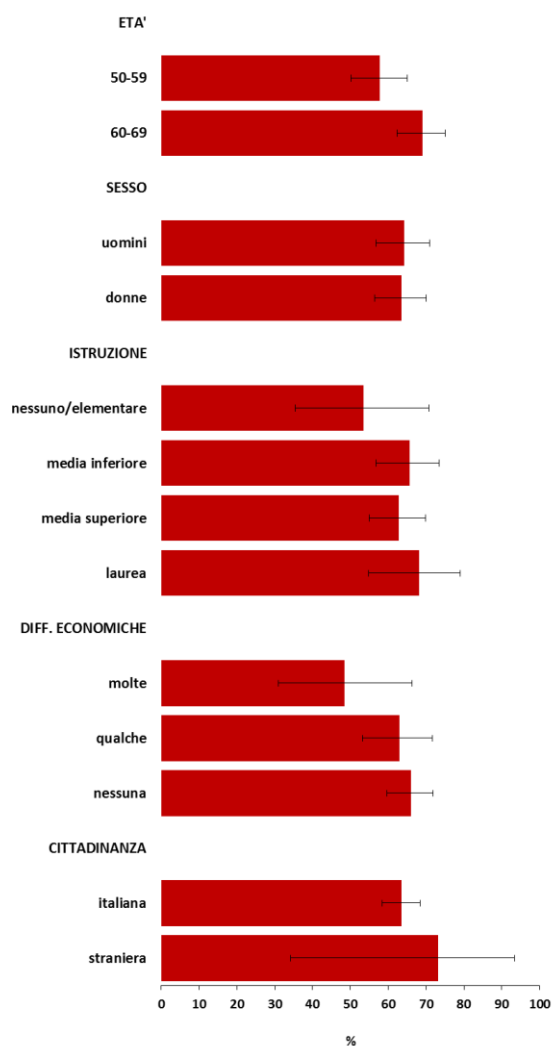
	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura screening coloretale totale	71.0	66.1	75.4	69.9	68.1	71.6	45.5	45	46
Copertura screening coloretale organizzato	65.3	60.3	70.1	64.3	62.5	66.2	37.4	36.9	37.9
Copertura screening coloretale spontaneo	5.3	3.4	8.1	5.3	4.5	6.2	7.5	7.1	7.8
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	63.8	58.7	68.5	64.1	62.3	66	39.2	38.8	39.7
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	21.4	16.1	28.4	17	15.6	18.5	14.2	13.8	14.6

Nel quadriennio 2014-17, il sistema di sorveglianza Passi, rileva che il 71% delle persone di 50-69 anni di età ha eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali a scopo preventivo, in accordo con le raccomandazioni (ricerca del sangue occulto fecale negli ultimi due anni, oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia, negli ultimi cinque anni).

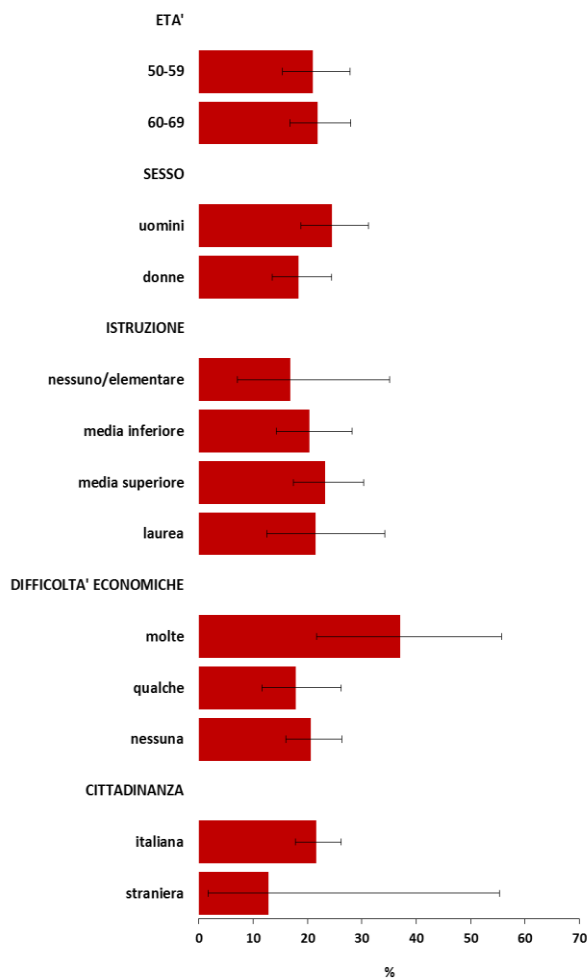
L'adesione allo screening avviene nella quasi totalità dei casi nell'ambito di programmi organizzati (65%) e scarsamente su iniziativa personal (5%).

La ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof) è il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce del tumore coloretale. Il 64% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni di età riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista. È più frequente che a questo esame si sottopongono persone più avanti con l'età (60-69 anni) e le persone economicamente più avvantaggiate. Non vi è una significativa differenza di genere né di istruzione, sebbene le persone senza titolo di studio o al più con la licenza elementare meno di altre si sottopongono al test.

**Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni
per caratteristiche sociodemografiche**
ASUIUD, Passi 2014-2017
Totale: 63.8% IC95%:58.7 – 68.6%



**Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni
per caratteristiche sociodemografiche**
ASUIUD, Passi 2014-2017
Totale: 21.4% IC95%:16.1 – 28.4%



La colonscopia/rettosigmoidoscopia è un esame secondario alla ricerca del sangue occulto fecale, che ne completa la procedura diagnostica qualora il Sof risultasse positivo; pertanto non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening.

Il 21% degli intervistati di 50-69 anni, riferisce di aver effettuato una colonscopia o rettosigmoidoscopia a scopo preventivo, nei cinque anni precedenti l'intervista. Hanno eseguito più frequentemente l'esame gli uomini (25%), le persone con maggiore istruzione e i cittadini italiani (22%).

Il ruolo dei medici e degli operatori sanitari nella promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche

I dati del sistema di sorveglianza Passi indicano che nell'ASUIUD sebbene molte persone adottino già uno stile di vita salutare, esiste una fascia di popolazione per la quale sarebbe sufficiente un piccolo sforzo per incrementare ulteriormente i vantaggi, mentre una percentuale inferiore ha ancora difficoltà e va quindi sostenuta anche attraverso politiche ed interventi di sanità pubblica per rendere più facile la scelta salutare. Il lavoro dei sanitari e in particolare dei Medici di medicina generale, è pertanto di fondamentale importanza sia perché hanno i contatti più frequenti con i loro assistiti, sia per la fiducia di cui godono presso di essi. Infatti, i soli consigli (anche brevi) dati dai sanitari ai propri assistiti, si sono dimostrati efficaci nel modificare gli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol).

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari?

Attenzione degli operatori sanitari: eccesso ponderale
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	82.2	72.1	89.2	73.2	69.3	76.8	74.2	73.2	75.2
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	42.0	35.9	48.3	39.4	36.8	42.0	38.4	37.8	39.1
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	57.2	45.6	68.1	50.5	46.2	54.8	52.6	51.4	53.7
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	38.1	32.2	44.4	35.1	32.6	37.7	33.8	33.2	34.5

Bassa, e in riduzione nel tempo, sembra essere l'attenzione degli operatori sanitari al problema: appena la metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Inoltre l'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno a quelle in sovrappeso. Questo aspetto è molto importante perché quando il consiglio di mettersi a dieta arriva da parte di un medico incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è tre volte maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (31% vs 12%).

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

Attenzione degli operatori sanitari: attività fisica
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	34.74	31.6	38.01	30.7	29.4	32.1	30.5	30.2	30.8
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	49.27	42.51	56.06	42.7	39.6	45.9	43.8	43	44.7
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	42.67	37.34	48.18	39.4	37.2	41.6	38.8	38.2	39.3

Troppo bassa (e in riduzione nel tempo) appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche: su 10 intervistati solo 3 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale questa quota non raggiunge il 43%, fra le persone con patologie croniche non raggiunge il 49%.

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

Attenzione degli operatori sanitari: fumo di sigaretta
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Chiesto se fuma	49.3	46.0	52.6	45.2	43.8	46.6	37.7	37.3	38
Consiglio smettere	49.4	42.9	55.9	44.9	42.1	47.8	51.2	50.5	51.9

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

Fra chi è stato in contatto con un sanitario nell'ultimo anno, quasi la metà (49%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo e alla metà di questi (49%) è stato consigliato di smettere di fumare.

È stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 71% dei fumatori, il 48% degli ex fumatori e il 38% dei non fumatori.

A quante persone a maggior rischio per consumo di alcol è stato suggerito di bere meno da parte di un operatore sanitario?

Attenzione degli operatori sanitari:alcol
ASUIUD, Passi 2014-2017

	ASUIUD			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	6.2	3.8	9.9	6.1	4.9	7.6	6.1	5.7	6.5

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: Tra i bevitori a rischio solo il 6% ha ricevuto il consiglio di bere meno e questo riguarda, in particolare, chi ne fa un consumo abituale elevato (16%), meno i consumatori binge (8%) e ancor meno chi consuma alcol prevalentemente fuori pasto (6%).

