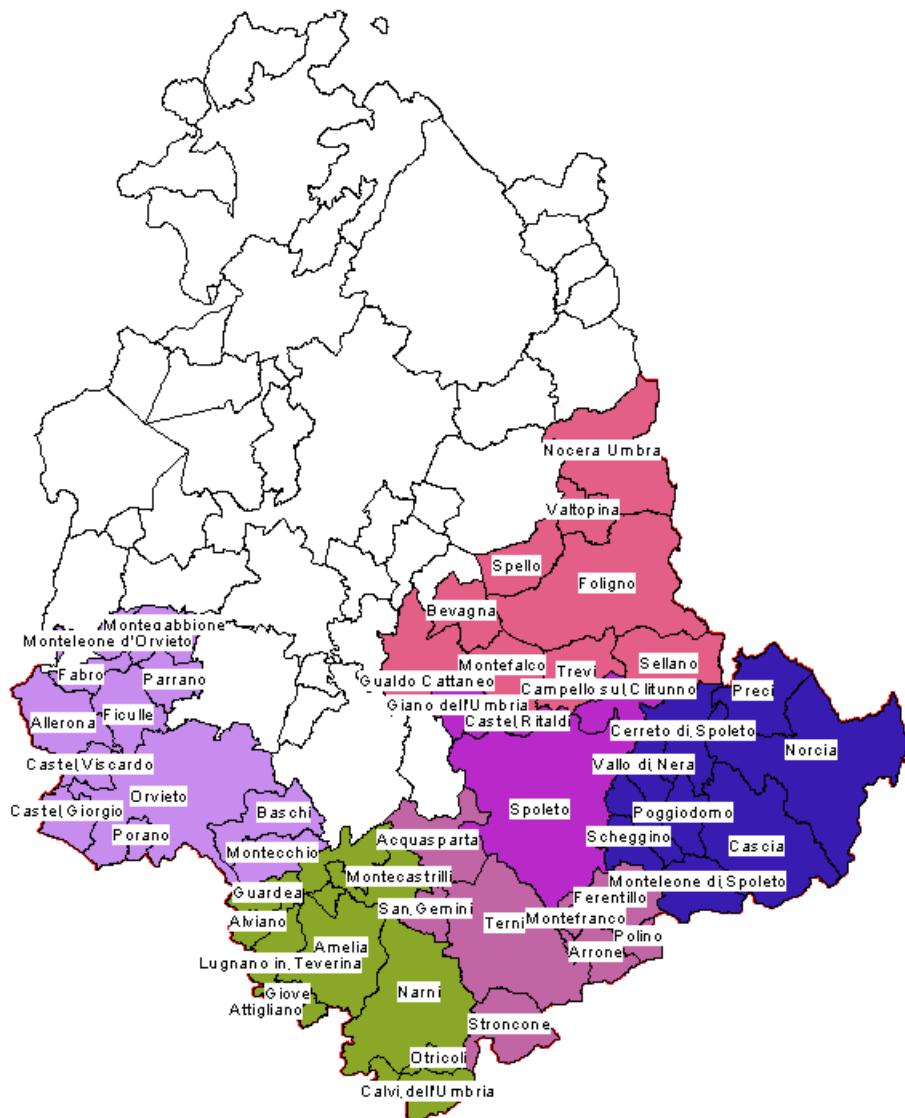


# Profilo di salute

## Azienda U.S.L. Umbria 2



Anno 2013

**A cura di:** Marco Cristofori, Ubaldo Bicchielli, Vincenza Lucchetta, Letizia Damiani, Sonia Bacci, Vincenzo Casaccia, Bruno Minni, Claudio Cupello.

**Hanno collaborato e reso possibile la redazione di questo documento:**

- I Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ex ASL n. 3 e 4
- Il Registro Tumori Umbro di popolazione ( Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Sezione di Sanità Pubblica, dell'Università di Perugia) e tutti gli operatori che hanno contribuito al Registro Nominativo delle Cause di Morte
- Gli intervistatori del Sistema di Sorveglianza Passi
- Gli assistenti sociali per il Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento
- Gli operatori dei Servizi IAN per i sistemi di sorveglianza OKkio e HBSC
- Tutti coloro che in qualsiasi modo hanno lavorato per produrre e archiviare dati.

**INDICE:**

<b>Prefazione</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Alcuni cenni di demografia</b>	<b>Pag. 5</b>
<b>La mortalità</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>Morbosità Patologie Croniche</b>	<b>Pag. 26</b>
Sintomi di depressione dal sistema di sorveglianza PASSI	<b>Pag. 26</b>
Le altre malattie croniche o condizioni di rischio	<b>Pag. 29</b>
<b>I principali fattori di rischio comportamentali</b>	<b>Pag. 32</b>
Attività fisica	<b>Pag. 32</b>
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	<b>Pag. 34</b>
Abitudine al fumo di sigaretta	<b>Pag. 38</b>
Consumo di alcol	<b>Pag. 41</b>
<b>Gli screening</b>	<b>Pag. 44</b>
Neoplasia del collo dell'utero	<b>Pag. 44</b>
Cancro della mammella	<b>Pag. 45</b>
Cancro colon - rettale	<b>Pag. 46</b>
<b>Uno sguardo particolare agli anziani</b>	<b>Pag. 47</b>
<b>Conclusioni e considerazioni</b>	<b>Pag. 49</b>

## Prefazione

Questo elaborato rappresenta la stesura di un documento dinamico che si configura come il primo Profilo di Salute della AUSL Umbria 2.

È infatti evidente che una nuova entità organizzativa, quale la AUSL Umbria 2, necessiti di informazioni selezionate iniziali che permettano l'avvio della programmazione aziendale e la loro collocazione.

Altro elemento rilevante, legato alla costituzione della nuova entità organizzativa, è che trattiamo di un territorio derivato dalla fusione di due ambiti limitrofi, ma che hanno sia caratteristiche comuni che parzialmente differenti che vanno esplorate ed espresse in maniera esplicita. Tale analisi è evidentemente di utilità per la programmazione degli interventi di promozione della salute, di prevenzione e di assistenza, cura e riabilitazione.

Prima di affrontare la descrizione delle problematiche di salute presenti nella ASL occorre premettere alcune righe di introduzione che inseriscano la situazione sanitaria e sociale del Comprensorio nell'ambito regionale, nazionale e internazionale.

L'epidemiologia, la disciplina che studia le malattie ed i fattori di rischio nell'ambito delle popolazioni, è infatti la scienza del confronto, della comparazione nel tempo e nello spazio dei fenomeni sanitari: senza tale raffronto non è possibile trasformare dei dati numerici in informazioni utili per guidare le scelte di programmazione sia sanitaria che territoriale.

I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e che ha portato, nel 2011, la vita media degli italiani a 84,5 anni per le donne ed a 79,4 anni per gli uomini. L'incremento dal 2001 al 2011 è di 2,4 anni per gli uomini e di 1,7 anni per le donne. Nel confronto europeo, sempre nel 2011, l'Italia si colloca al terzo posto sia per le donne che per gli uomini.<sup>1</sup>

In questo ambito la regione Umbria si trova al di sopra della media nazionale (80 anni per gli uomini e a 85,1 anni per le donne) e fra le regioni con indici più favorevoli. Per fare un confronto esplicativo, a livello internazionale gli USA, nel 2010, registrano una speranza di vita alla nascita di 76 anni per gli uomini e di 81 anni per le donne<sup>2</sup>.

Nell'AUSL Umbria 2, confrontando i dati di mortalità negli anni 2003-2005, 2006-2008 e 2009-2011, si veda il capitolo specifico di questa relazione, i tassi di mortalità standardizzati mostrano una lieve riduzione dei valori per tutte le cause.

Possiamo quindi affermare, in generale, che lo stato di salute della popolazione della AUSL Umbria 2 è buono, relativamente al confronto con la popolazione del Comprensorio che ha vissuto nei decenni passati, che con altre aree d'Italia e con altre regioni del mondo sviluppato.

Questo non vuol dire che non ci siano problemi o aree di possibile miglioramento, anzi, paradossalmente, come messo in luce dal Piano Sanitario Regionale vigente, l'invecchiamento della popolazione, se non si accompagna ad una riduzione della prevalenza di malattie croniche invalidanti, può portare ad un aumento degli anni vissuti in condizioni di disabilità con il conseguente carico di sofferenze e di aggravio assistenziale per i servizi sanitari.

---

<sup>1</sup>Noi Italia - Speranza Di Vita Alla Nascita N.d.

[http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user\\_100ind\\_pi1%5Bid\\_pagina%5D=416&cHash=cd5620056fa4d3ea333479d75eb14349](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=416&cHash=cd5620056fa4d3ea333479d75eb14349), accessed June 26, 2013.

<sup>2</sup> Health, United States, 2012 N.d. [www.cdc.gov/nchs/hus.htm](http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm), accessed June 26, 2013.

Questo fenomeno paradosso è valido a maggior ragione per la AUSL Umbria 2 che è la ASL con la quota maggiore di anziani in Umbria: il 25,09% della popolazione è di età > a 64 anni e, soprattutto, il 13,25 % della popolazione ha più di 75 anni.

Questo andamento relativamente favorevole dello stato di salute della popolazione fa riferimento a fattori che, prevalentemente, hanno agito nel passato, in particolare negli ultimi decenni del secolo scorso, mentre per prevedere l'evoluzione delle condizioni di salute occorre fare riferimento ai fattori di rischio e ai determinanti di salute che agiscono e si evolvono oggi. È noto, infatti, come per le patologie croniche, i fattori di rischio debbano operare per anni o decenni prima di determinare un danno evidente e come, quindi, gli indicatori di malattia si debbano considerare come “fotografie del passato”.

Per prevedere l'andamento futuro dello stato di salute occorre quindi avere informazioni sui principali fattori di rischio attualmente operanti, è per questa ragione che un ampio capitolo del documento è dedicato agli indicatori provenienti dai sistemi di sorveglianza di popolazione.

## Alcuni cenni di demografia

### Descrizione della popolazione di riferimento

L’Azienda USL Umbria n. 2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4153,7 Km2, con una densità media di 92,7 abitanti per Km2.

La popolazione assistita dall’Azienda USL Umbria 2 è pari a 385053 abitanti (dati ISTAT Censimento 2011<sup>3</sup>) (Figura 1)

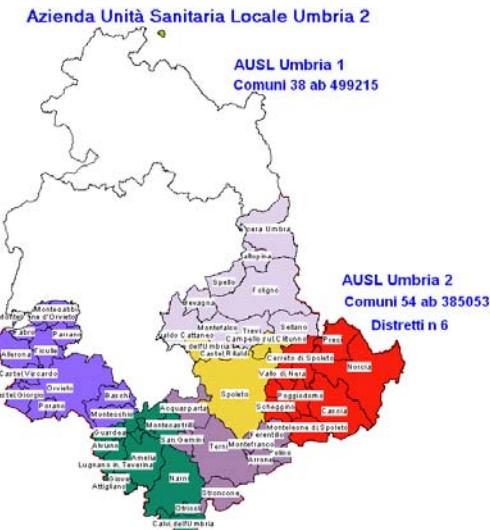


Figura 1

Si tratta di un territorio prevalentemente montano e collinare con bassa densità di popolazione ad eccezione del comune di Terni (Figure 2 e 3 )

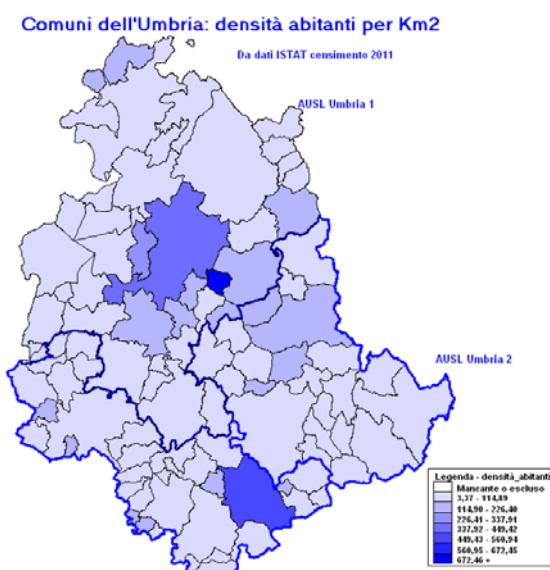


Figura 2

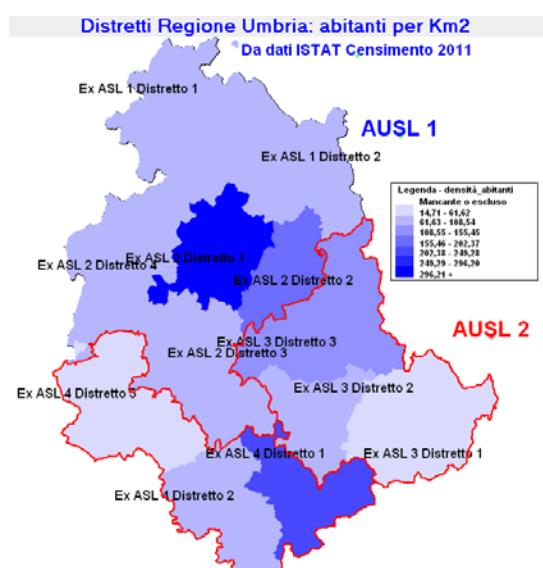


Figura 3

<sup>3</sup> Si sono utilizzati i dati definitivi del Censimento 2011: tali dati si riferiscono alla sola popolazione legale e quindi con esclusione dei cosiddetti irreperibili, presenti nei dati anagrafici dei periodi intercensuari. Il censimento della popolazione e delle abitazioni rileva, per ciascun comune, la totalità delle persone dimoranti abitualmente e consente di conoscere la struttura demografica e sociale dell’Italia e dei suoi territori. Il 9 ottobre 2011 è la data di riferimento del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni.

Il Territorio dell’Azienda si articola in sei Distretti (Tabella 1 e Figura 1), con superficie territoriale non molto diversificata, ma con una densità di popolazione che rappresenta bene la particolarità sia del Distretto della Valnerina, collocato in piena area appenninica e quindi con bassissima densità abitativa, sia del Distretto di Terni che, viceversa, presenta una densità abitativa di quasi tre volte superiore a quella aziendale e regionale.

**Tabella 1:** popolazione e densità abitativa della AUSL Umbria 2 suddivisa per distretto e confrontata con i dati regionali e nazionali. In ultima colonna si rappresenta la percentuale della popolazione dei distretti rispetto alla popolazione aziendale. (elaborazioni da dati ISTAT Censimento 2011)

Ambito territoriale	Popolazione	Superficie Km2	Abitanti Km2	% popolazione del distretto
• Distretto n. 1 Valnerina	12243	832,43	14,7	3.18
• Distretto n. 2 Spoleto	48064	466,41	103,0	12.48
• Distretto n. 3 Foligno	98633	901,77	109,4	25.62
• Distretto n. 1 Terni	130304	530,62	245,6	33.84
• Distretto n. 2 Narni-Amelia	53180	645,58	82,4	13.81
• Distretto n. 3 Orvieto	42629	776,89	54,9	11.07
AUSL Umbria 2	385053	4153,70	92,7	100.00
Umbria	884268	8464,3275	104,5	
Italia	59433744	302072,83	196,7	

Nella regione Umbria e nella AUSL Umbria 2 è di particolare rilevanza la proporzione fra popolazione italiana e straniera (Figure 4, 5 e 6). L’Umbria è posta in seconda posizione come maggior percentuale di stranieri rispetto alle regioni italiane. Alcuni distretti della AUSL 2 presentano una densità di stranieri superiore alla media regionale (Distretto di Spoleto 10,19 % e Distretto di Foligno 10,46 %), mentre altri presentano percentuali inferiori (Distretto valnerina 7,35 % e Distretto Narni Amelia 7,05 %)

**Figura 4**

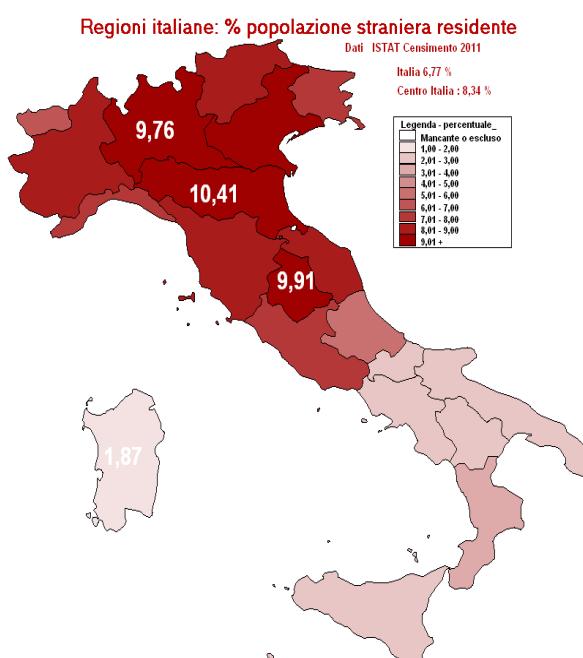
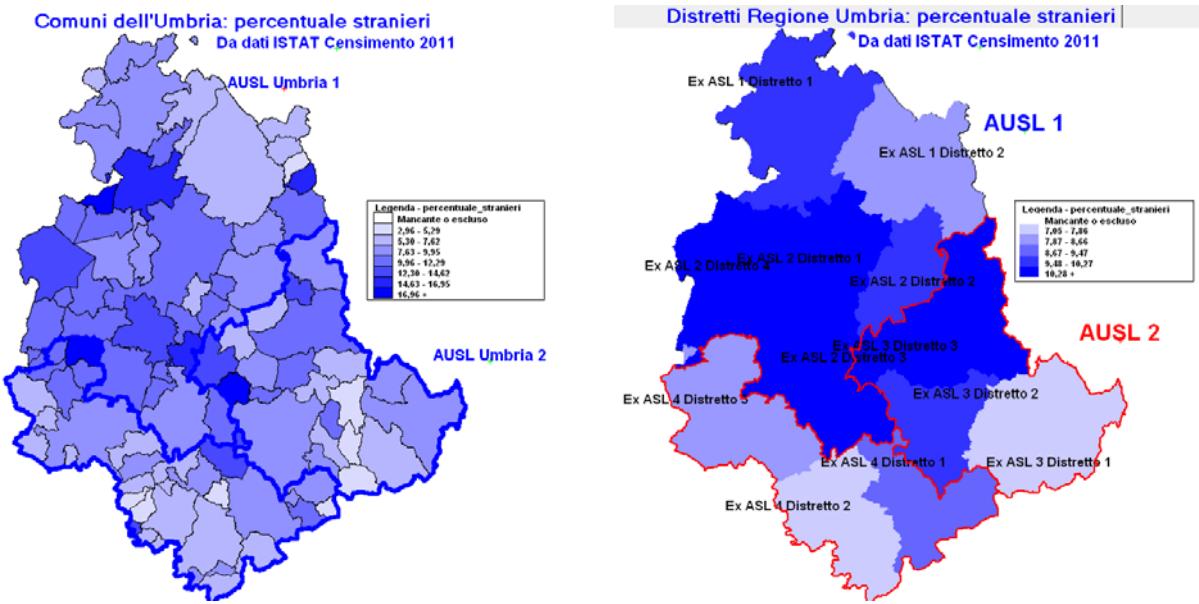


Figure 5 e 6



Per quanto riguarda la struttura della popolazione il Censimento 2011 conferma il primato del territorio della AUSL Umbria 2 per gli indici indicanti l'invecchiamento della popolazione (Tabella 2 e Figure da 7 a 14).

Tabella 2: principali indicatori demografici<sup>4</sup>

Territorio	Indice di invecchiamento 65 anni	Indice di vecchiaia	Indice di Invecchiamento 75 anni	Indice di dipendenza
AUSL 1	22,67	168,22	11,97	56,63
AUSL 2	25,09	202,04	13,25	60,04
Umbria	23,73	182,27	12,53	58,1
Italia	20,83	148,74	10,35	53,48

Si focalizza l'attenzione sull'indice di invecchiamento, che quantifica la percentuale di persone con un'età  $\geq$  di 65 o di 75 anni sul totale della popolazione, un indicatore di sintesi particolarmente importante per stimare i bisogni assistenziali della popolazione. Tali indici nella AUSL Umbria 2 risultano più elevati della Regione e significativamente elevati se paragonati a livello nazionale. All'interno della AUSL risultano essere più elevati soprattutto nel Distretto n. 3 della ex ASL 4 (26,59 e 14,75) (Tabella 3).

<sup>4</sup> Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Invecchiamento (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione totale, moltiplicato per 100.

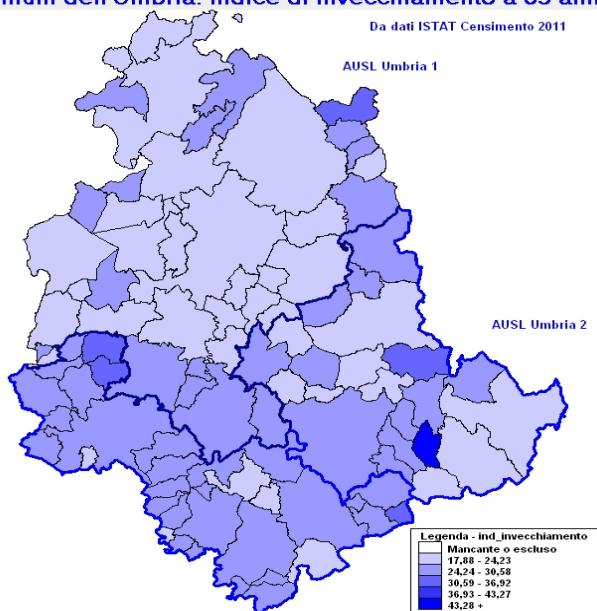
Invecchiamento a 75 anni (indice di): rapporto tra popolazione di 75 anni e più e popolazione totale, moltiplicato per 100.

Tabella 3

Distretti AUSL Umbria 2	ind. dipendenza	Ind. invecchiamento 65 anni	Ind. invecchiamento 75 anni	ind. vecchiaia
Ex ASL 3 Distretto 1	58,36	23,79	13,51	182,17
Ex ASL 3 Distretto 2	59,83	24,95	13,36	199,98
Ex ASL 3 Distretto 3	59,21	24,33	12,97	189,24
Ex ASL 4 Distretto 1	60,26	25,22	12,8	203,63
Ex ASL 4 Distretto 2	60,47	25,44	13,49	207,78
Ex ASL 4 Distretto 3	61,52	26,59	14,75	231,25

Figure 7 e 8

Comuni dell'Umbria: indice di invecchiamento a 65 anni



Distretti Regione Umbria: indice di invecchiamento 65 anni

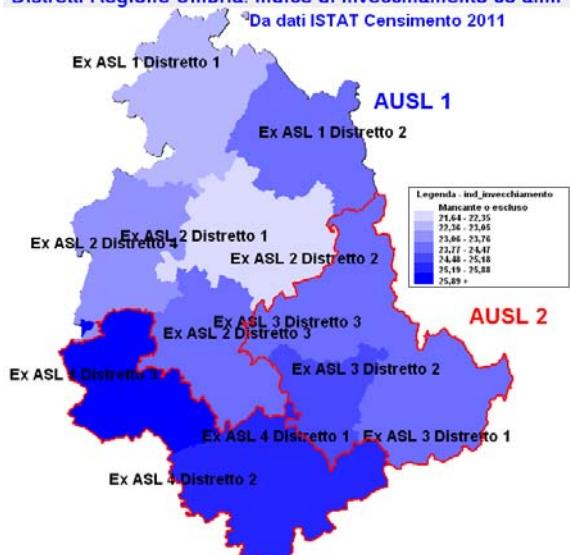
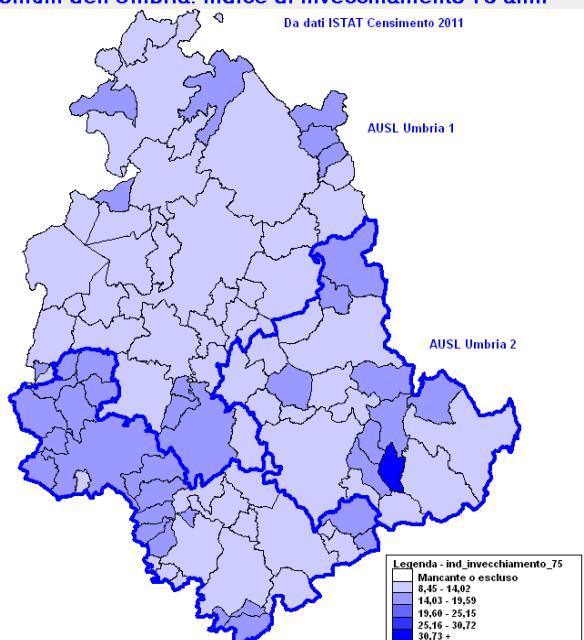


Figure 9 e 10

Comuni dell'Umbria: indice di invecchiamento 75 anni



Distretti Regione Umbria: indice di invecchiamento 75 anni

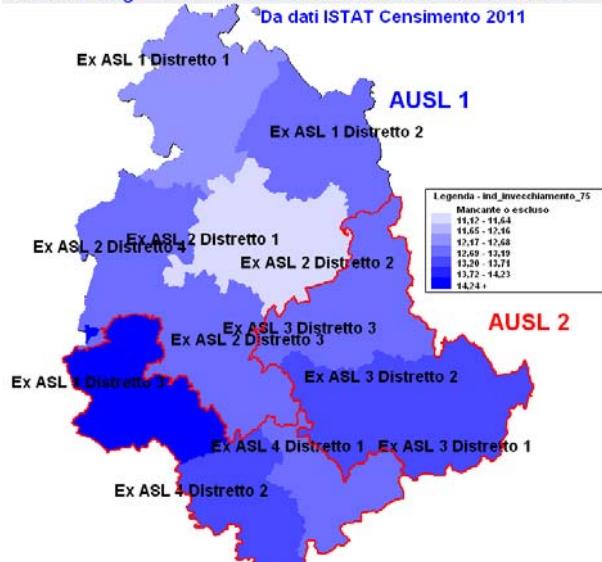


Figure 11 e 12

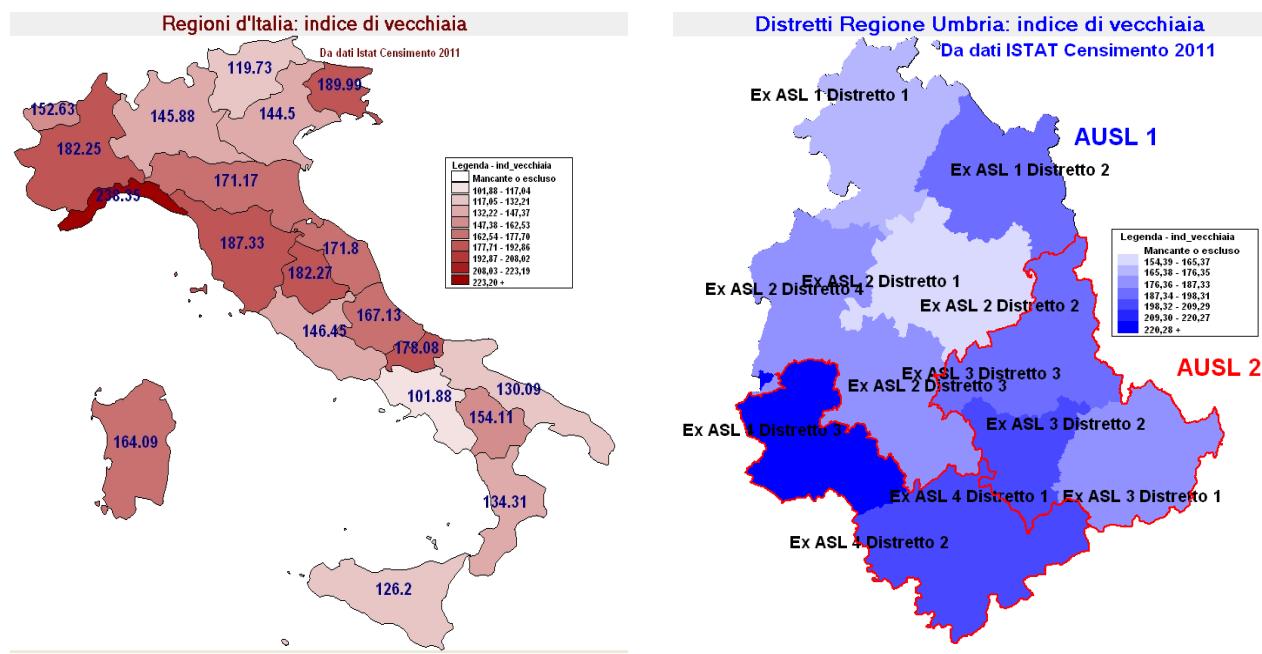
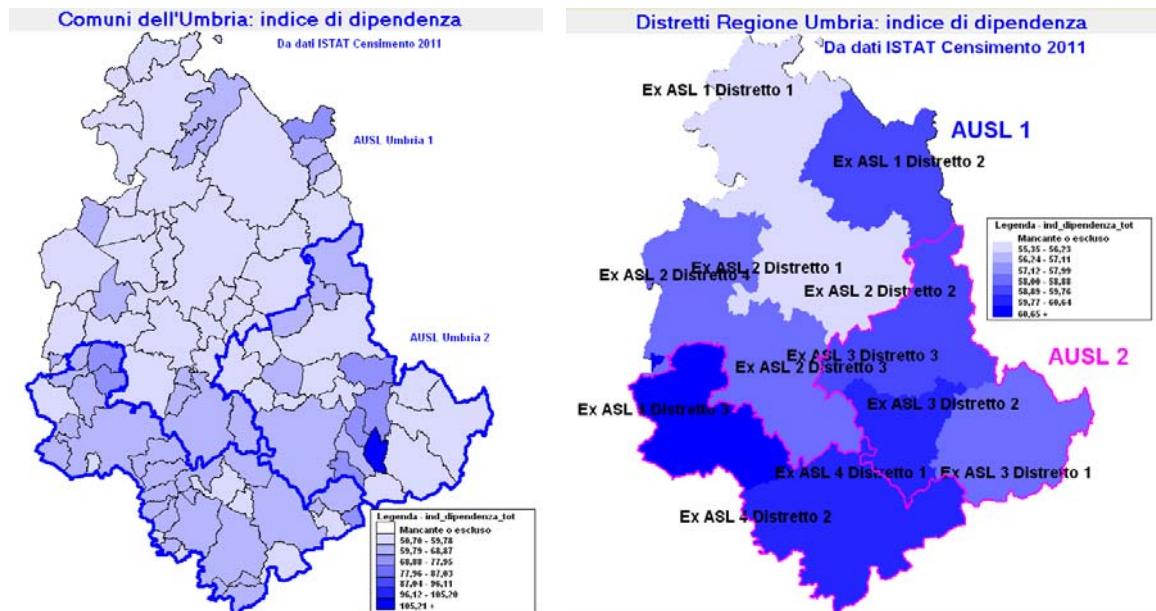


Figure 13 e 14



Per quanto riguarda la dinamica della popolazione si deve far riferimento ai dati precedenti il Censimento 2011, non potendo paragonare i dati del 2012, post censimento, con i dati precedenti. Per tale motivo e per la sostanziale uniformità di tali fenomeni a livello regionale si presentano i dati umbri 2008-2011, in confronto con quelli nazionali (Tabella 4).

La popolazione umbra, negli ultimi anni, ha una crescita totale positiva con un incremento soprattutto per la componente migratoria, mentre il saldo naturale è costantemente negativo (Tabella 4).

La natalità è in diminuzione come la nuzialità e la mortalità (Tabella 5).

**Tabella 4:** dinamica della popolazione umbra in confronto con il centro Italia e l'Italia (Da dati ISTAT)<sup>5</sup>

Territorio	Crescita Naturale				Saldo migratorio totale				Crescita Totale			
	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*
Umbria	-2,2	-2,2	-2,2	-2,3	13,2	9,5	8,5	7,2	11,0	7,3	6,3	5,0
ITALIA	-0,1	-0,3	-0,4	-0,6	7,3	5,3	5,1	4,3	7,1	5,0	4,7	3,7
Centro	-0,6	-1,0	-1,1	-1,2	11,1	8,8	7,6	7,2	10,5	7,8	6,5	6,0

\* stimato

**Tabella 5:** nuzialità, natalità e mortalità di Umbria e province, indice per 1000 abitanti (Da dati ISTAT)

Territorio	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Perugia	9,7	9,2	8,9	8,9	11,0	10,6	10,5	10,5	4,3	3,7	3,5	3,3
Terni	8,3	7,5	8,4	7,9	12,8	11,9	12,3	12,3	3,9	3,4	3,2	3,3
Umbria	9,3	8,8	8,8	8,6	11,5	11,0	11,0	10,9	4,2	3,6	3,4	3,3

<sup>5</sup> **Crescita naturale (tasso di):** differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

**Crescita totale (tasso di):** somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.

**Mortalità (tasso di):** rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

**Natalità (tasso di):** rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

**Nuzialità (tasso di):** rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

**Saldo migratorio totale:** differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza.

## La Mortalità:

### *Mortalità nell' AUSL Umbria 2 nei periodi 2003-5, 2006-2008 e 2009-11*

#### Introduzione

Si descrive l'andamento della mortalità nella AUSL Umbria 2 nei periodi 2003-5, 2006-2008 e 2009-11, facendo un confronto fra i risultati emersi per la AUSL Umbria 2 e le due ex ASL (ASL-3 e ASL-4).

Nelle prime due sezioni vengono presentati i confronti fra i tassi di mortalità standardizzati<sup>6</sup> per tutte le età e per la classe di età 0-74 anni<sup>7</sup>, prendendo in considerazione, oltre alla mortalità generale, anche quella specifica per causa nei due sessi. Nella terza sezione si presentano i tassi standardizzati di “Anni di vita potenziale persi”<sup>8</sup> sempre per i due sessi, mentre nella quarta si è deciso di focalizzare l'attenzione sui tassi di mortalità standardizzati relativi ai tumori e ai traumatismi e avvelenamenti, scorporandoli per le relative cause specifiche. Tale decisione è stata presa alla luce dei risultati relativi alla elevata mortalità per questi due settori in modo da mettere in atto idonee misure di prevenzione per le cause specifiche.

Tutti i dati relativi alle cause di morte derivano dall'archivio informatizzato del Registro Nominativo delle Cause di Morte della AUSL, presente nell'apposito sito internet del Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica della Università degli Studi di Perugia (RTUP-Registro Tumori Umbro di Popolazione) e a cui gli operatori del Dipartimento di Prevenzione di questa AUSL hanno accesso per l'inserimento dei dati on line e per eventuali elaborazioni statistiche.

Le cause di morte sono state classificate secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte ICD X (Tabella 1).

---

<sup>6</sup>**Tasso standardizzato di mortalità x 100.000 abitanti:** per poter effettuare confronti tra periodi e realtà territoriali diverse occorre assicurarsi che fattori riconosciuti influenti sul rischio di morte non siano distribuiti in modo diverso fra le situazioni che si vogliono porre a confronto (variabili di confondimento). Il caso più frequente (ed anche il caso del presente atlante) è quello dell'età: è evidente che una popolazione anziana presenta una mortalità più elevata di una popolazione giovane per semplici ragioni biologiche; effettuare confronti tra territori con popolazioni rispettivamente più giovani e più anziane senza tenere conto di ciò potrebbe portare a conclusioni gravemente fuorvianti. Il tasso standardizzato rappresenta quindi un indicatore costruito in modo “artificiale”, che non corrisponde più esattamente al valore reale, ma che è adatto a confrontare i valori della mortalità tra periodi e realtà territoriali diversi per struttura di età. Per la standardizzazione per età dei tassi è stato utilizzato il metodo diretto; le popolazioni di riferimento sono state quella Umbra M+F tratte dal censimento del 2011.

<sup>7</sup>**Tasso standardizzato di mortalità x 100.000 abitanti per la classe di età 0-74 anni:** detta anche mortalità “precoce” o “prematura”; quella cioè che si verifica in soggetti di età inferiore ai 75 anni. La letteratura internazionale sottolinea da tempo come l'accadimento di tali eventi dovrebbe essere considerato un'eccezione nello scenario della mortalità generale; eccezione comunque riconducibile a carenze preventive, di diagnosi, di intervento precoce e di qualità delle cure , sulle quali si può e si deve intervenire.

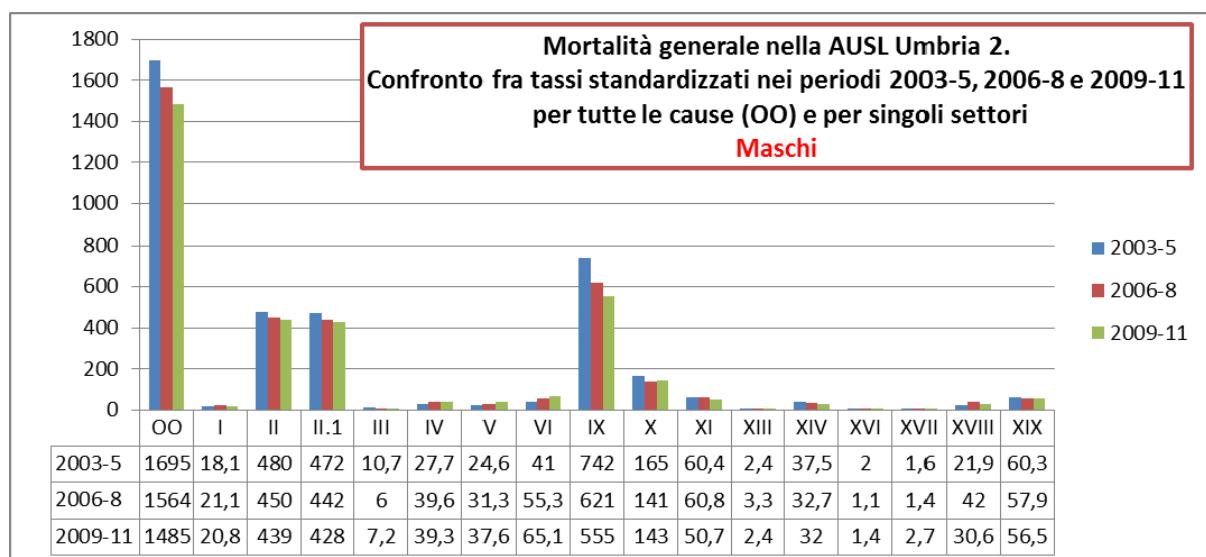
<sup>8</sup>Gli **YPLL** sono gli anni di vita persi da coloro che muoiono prima di raggiungere l'età limite che in questo caso è stata fissata a 75 anni ; il valore di YPLL per una determinata causa viene calcolato sommando per tutti i decessi avvenuti in età 0-75 anni e dovuti a quella causa, la differenza tra l'età limite e l'età alla morte ovvero tra 75 anni e l'anno centrale della classe di età in cui è avvenuto il decesso. La distribuzione per gli anni di vita potenziale persi per causa e l'andamento di tale indicatore forniscono a chi si occupa di sanità pubblica elementi aggiuntivi di giudizio, tanto nella fase di definizione delle priorità di intervento in campo sanitario, quanto nella fase di valutazione dei programmi intrapresi Il **Tasso standardizzato anni vita persi a 75anni x 1.000 (YPLL):** esprime il numero medio annuale di anni di vita potenzialmente vivibili e persi per una determinata causa, prima dei 75 anni di età, ogni 1.000 residenti. Il valore assunto da questo indicatore rappresenta una spia molto sensibile di mortalità prematura, enfatizzando quelle cause che colpiscono le classi di età più giovani. Anche questo indicatore è stato standardizzato per età utilizzando lo stesso metodo del tasso standardizzato di mortalità .

**Tabella 1** Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte ICD X

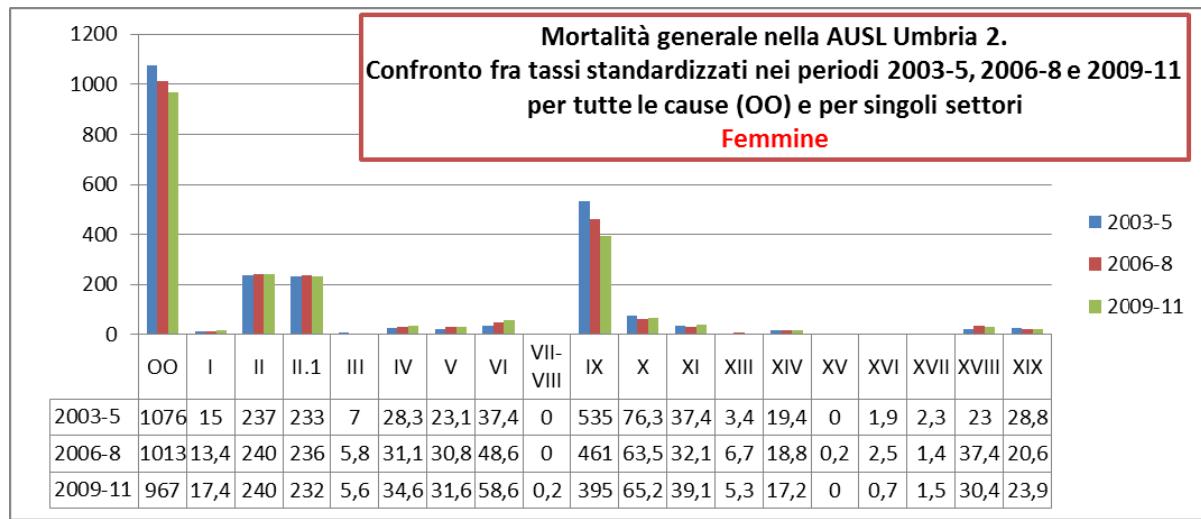
Settori	Sezioni	Descrizione Settori di Causa
I	A00-B99	Malattie infettive e parassitarie
II	C00-D48	Tutti i tumori
II.1	C00-C97,9	Tumori maligni
III	D50-D89	Malattie del sangue e del sistema immunitario
IV	E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
V	F00-F99	Patologie mentali e del comportamento
VI	G00-G99	Neuropatie
VII	H00-H59	Oftalmopatie
VIII	H60-H95	Patologie dell'orecchio
IX	I00-I99	Disturbi del sistema circolatorio
X	J00-J99	Disturbi del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Malattie gastroenterologiche
XII	L00-L99	Dermatopatie
XIII	M00-M99	Patologie muscoloscheletriche e connettivali
XIV	N00-N99	Disturbi genitourinari
XV	O00-O99	Gravidanza, parto e puerperio
XVI	P00-P96	Disturbi congeniti
XVII	Q00-Q99	Malformazioni e anomalie cromosomiche
XVIII	R00-R99	Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati
XIX	S00-T98	Traumatologia, tossicologia e altre cause esterne di malattia
XX	V01-Y98	Altre cause esterne di morbilità e mortalità
XXI	Z00-Z99	Fattori che possono influenzare lo stato di benessere
XXII	U00-U99	Codici speciali

Nella nuova AUSL Umbria 2, il tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause (OO) per 100.000 abitanti residenti è diminuito dal primo al terzo triennio osservato in entrambi i sessi. (Figura 15 e 16). Analoga situazione si verifica anche nella ex ASL-3 e ex ASL-4.

**Figura 15**



**Figura 16**

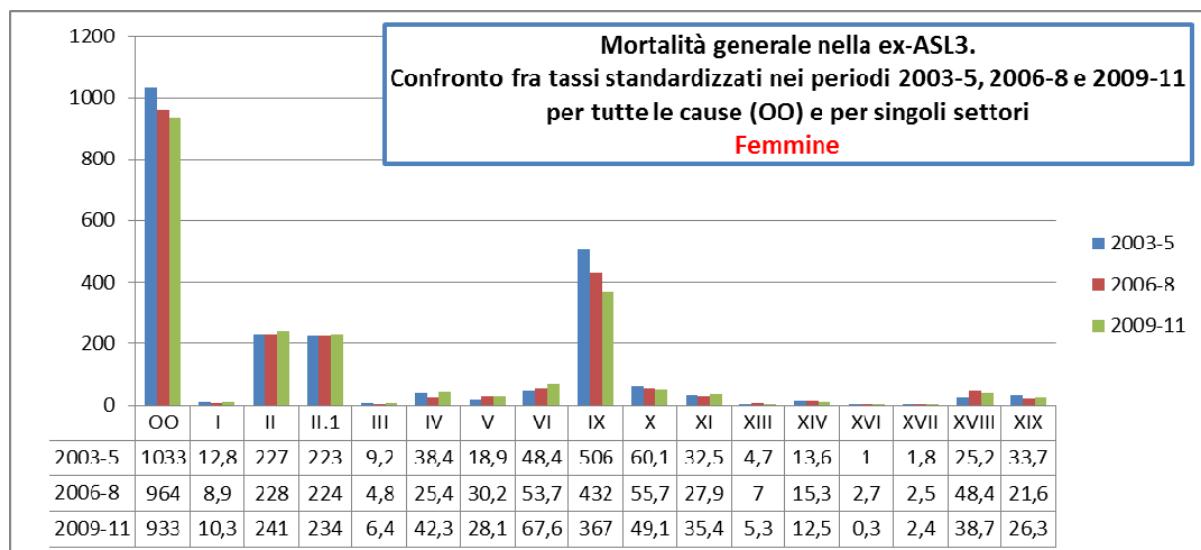


In tutti e tre i trienni, i primi tre settori maggiormente rappresentati sono gli stessi nelle due sottopolazioni: **le malattie del sistema circolatorio (IX), i tumori (II) e le malattie dell'apparato respiratorio (X)**, con valori dei tassi quasi doppi per i maschi rispetto alle femmine, in particolare nell'ultimo triennio. Mentre nel sesso maschile i tassi delle prime due patologie seguono l'andamento decrescente del totale dei morti, nel sesso femminile solo le malattie cardiocircolatorie sono in diminuzione, perché i tassi dei tumori sono più o meno stabili. I tassi delle malattie dell'apparato respiratorio in entrambi i sessi, invece, dopo aver subito un calo dal primo al secondo triennio, sono aumentati nel terzo.

Nella ex ASL-3 si nota una differenza rispetto alla AUSL unica: le neuropatie (VI) nel sesso femminile si trovano al terzo posto per frequenza di causa di morte nel terzo triennio, a causa dell'aumento dei tassi per queste patologie nei tre trienni e della diminuzione della mortalità per patologie dell'apparato respiratorio (Figura 17)

Nella ex ASL-4 non si notano differenze con l'andamento della AUSL unica.

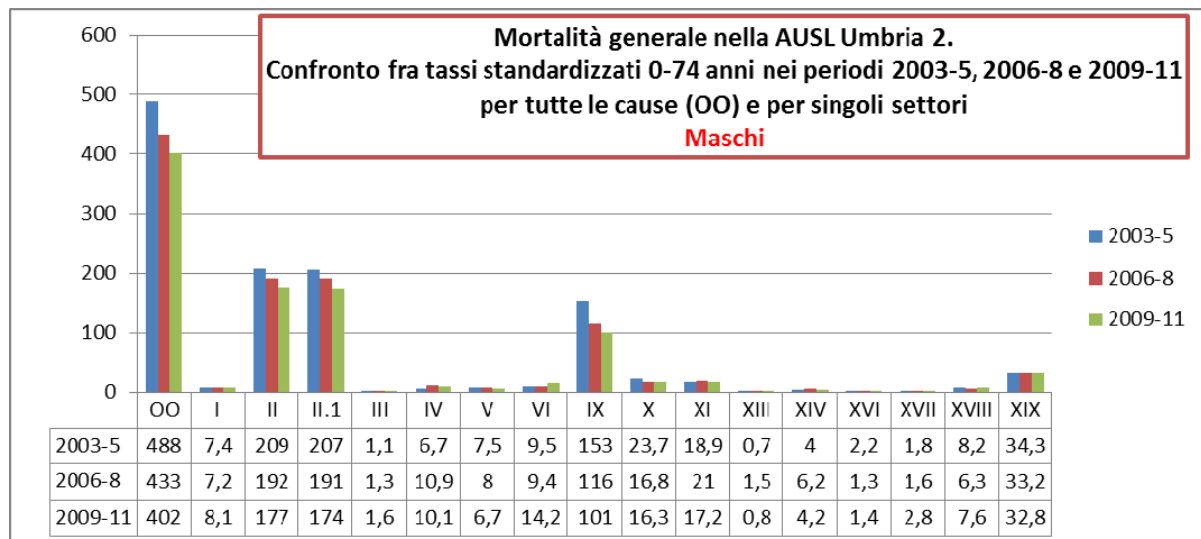
**Figura 17**



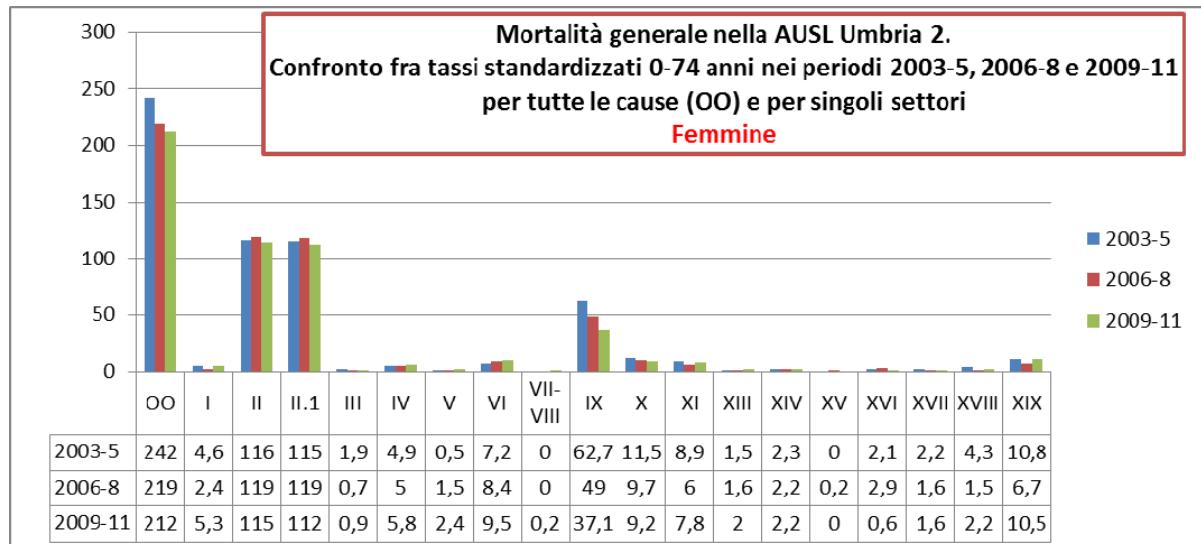
Nella AUSL Umbria 2 per quanto riguarda altre patologie si osserva una crescita circa doppia in entrambi i sessi del tasso di mortalità per le **neuropatie (VI)** che dal primo al terzo triennio è divenuta la quarta patologia per importanza non solo nel sesso femminile, ma anche in quello maschile. Nei maschi, infatti, la **mortalità per patologie gastrointestinali (XI)** è diminuita nei tre periodi considerati, così come quella per **traumatismi e avvelenamenti (XIX)** anche se in quest'ultimo caso in maniera minore e non così consistente da scalzare questa causa dalla quinta posizione, stabile nei tre trienni. Nel sesso femminile, invece, i tassi per queste due cause, dopo una diminuzione tra il triennio 2003-5 e il 2006-8, nel 2009-11 sono aumentati con valori superiori addirittura al primo triennio.

Nella nuova AUSL Umbria 2, prendono in considerazione i **tassi standardizzati di mortalità fra 0 e 74 anni**, al primo posto nei tre trienni troviamo i **tumori (II)** in entrambi i sessi. e non le **malattie dell'apparato circolatorio (IX)** (segno evidente che queste malattie, per larga parte, portano a morte in età molto avanzata), che, invece, sono al secondo (Figura 18 e 19). Al terzo posto ci sono stabilmente nei tre trienni i **traumatismi e avvelenamenti (XIX)** nel sesso maschile, mentre nel sesso femminile tale posizione è acquisita solo nell'ultimo triennio a causa di una crescita quasi doppia rispetto al periodo precedente.

**Figura 18**

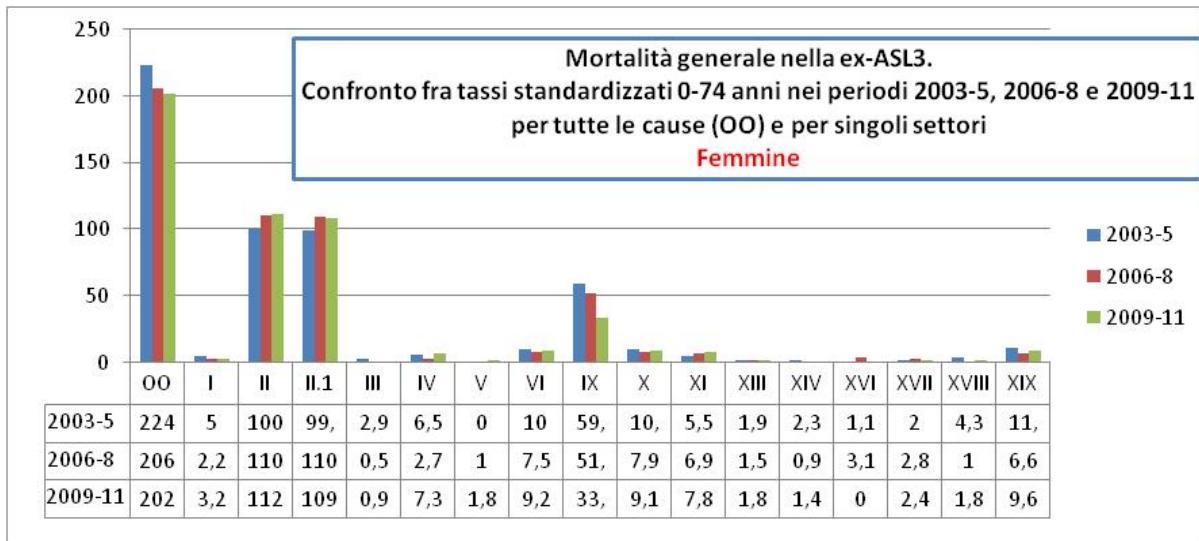


**Figura 19**



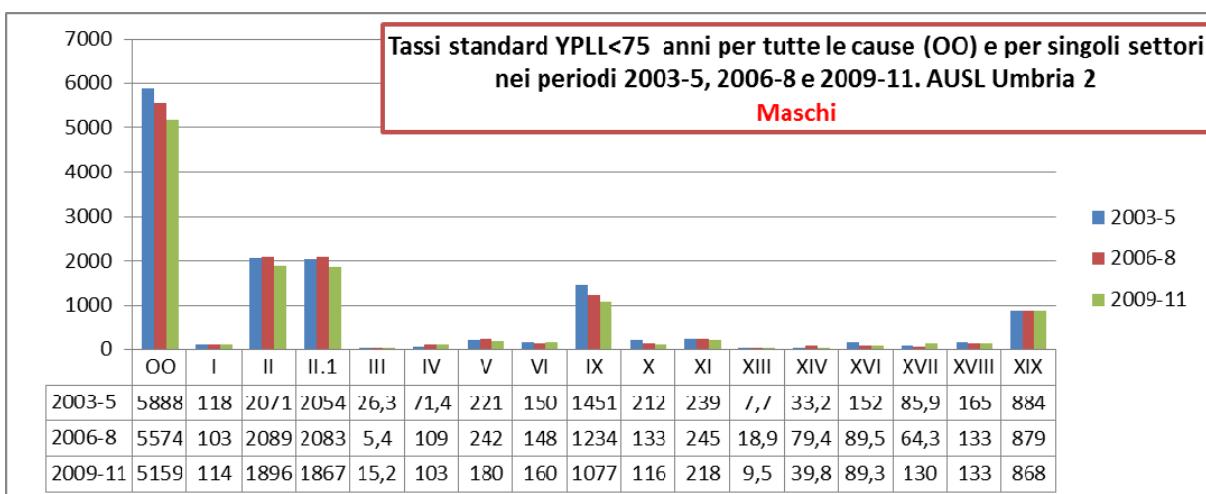
Da notare che nella AUSL Umbria 2 i tassi per patologia tumorale (II) sono in diminuzione in entrambi i sessi, ma se prendiamo in considerazione la sola ex ASL-3 il tasso per il sesso femmine è leggermente aumentato. (Figura 20) Nella ex ASL-4, invece, non si evidenziano differenze con l'andamento della AUSL Umbria 2.

**Figura 20**

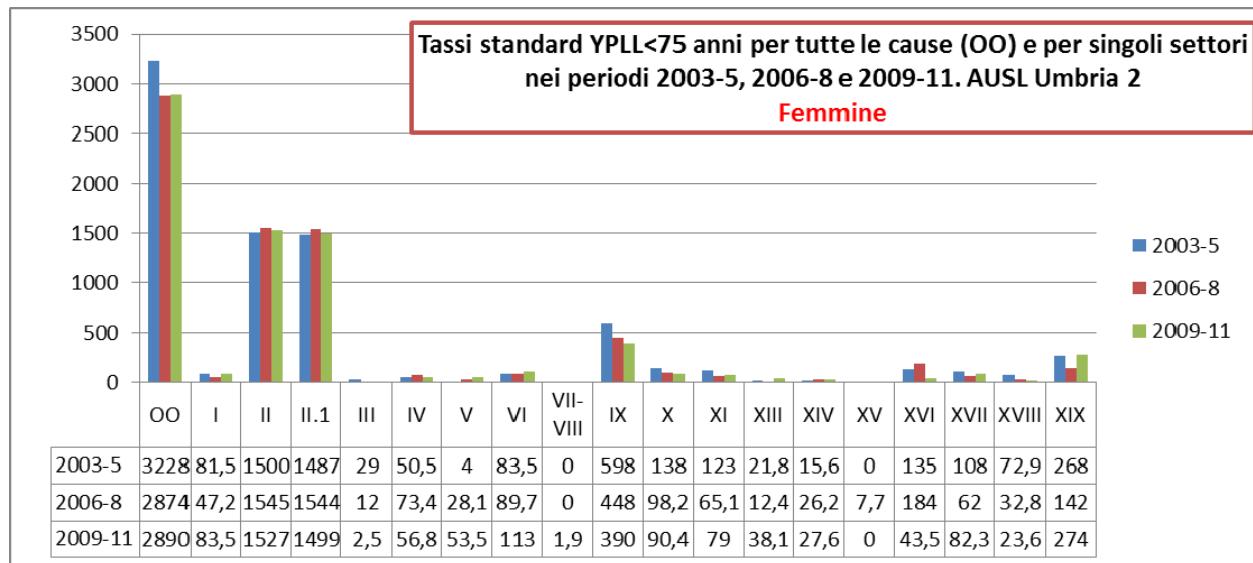


Nella nuova AUSL Umbria 2, **anche nel caso dei tassi standardizzati di anni di vita persi (YPLL) i tumori (II)** sono al primo posto della classifica nei tre trienni e in entrambi i gruppi di popolazione (con valori in leggera diminuzione dal secondo al terzo triennio in entrambi i sessi), le **malattie cardivascolari (IX)** al secondo (con valori in calo dal primo al terzo triennio in entrambi i sessi) e i **traumatismi e avvelenamenti (XIX)** al terzo (con valori più o meno sovrapponibili dal primo al terzo triennio nel sesso maschile e in aumento dal secondo al terzo triennio per quello femminile). Rispetto a questa tipologia di graduatoria si è verificata un'eccezione per il sesso femminile nel triennio 2006-8: al terzo posto troviamo le **condizioni morbose perinatali (XVI)**, che nel triennio successivo, però, sono passate a valori di tasso circa 4 volte inferiori; in quel periodo, infatti, sono bastati pochi decessi in età prematura per avere grande perdita di anni di vita potenziale. (Figura 21 e 22).

**Figura 21**



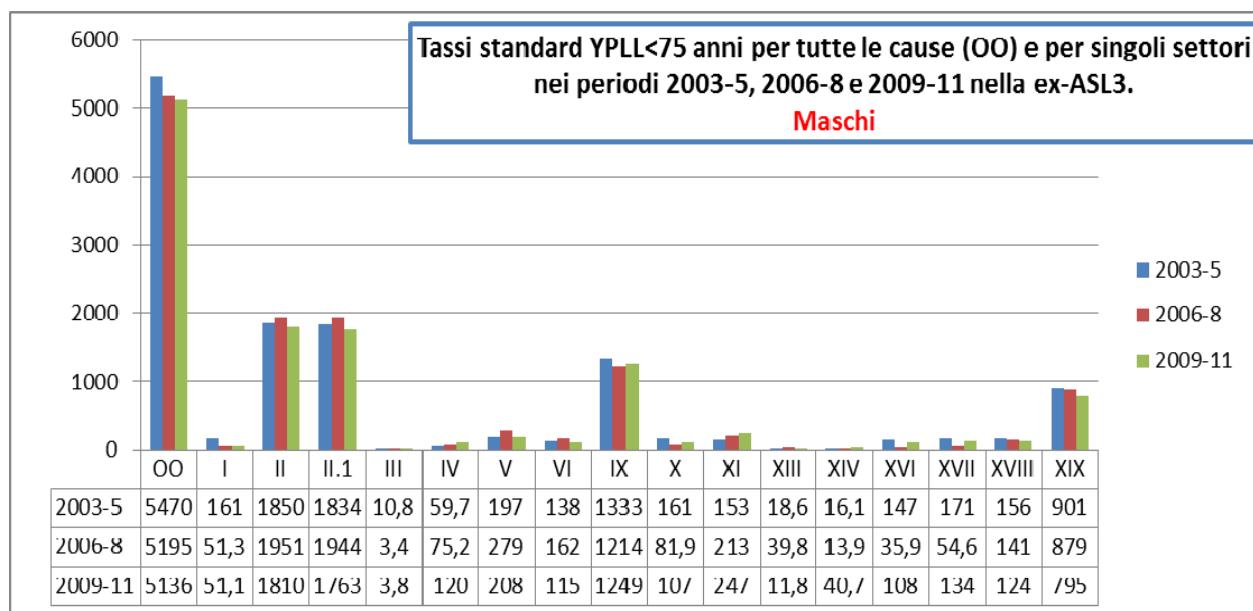
**Figura 22**



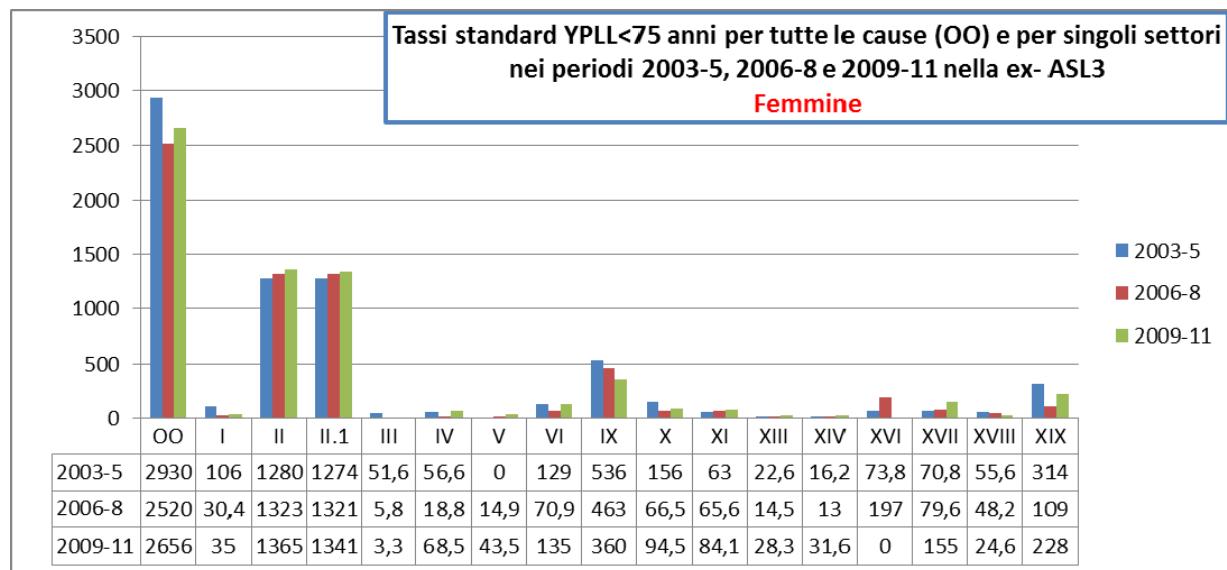
Si notano delle differenze nella ex ASL-3: una leggera diminuzione nei tre trienni del tasso di YPLL per i traumatismi e avvelenamenti (XIX) per il sesso maschile e un leggero aumento di quello per i tumori (II) nel sesso femminile. (Figura 23 e 24)

Anche nella ex ASL-4 si evidenzia una differenza con la AUSL 2 Umbria rappresentata dall'aumento anche nei maschi, soprattutto tra il secondo e il terzo triennio, dei valori dei tassi di YPLL per i traumatismi e avvelenamenti (XIX). (Figura 25 e 26)

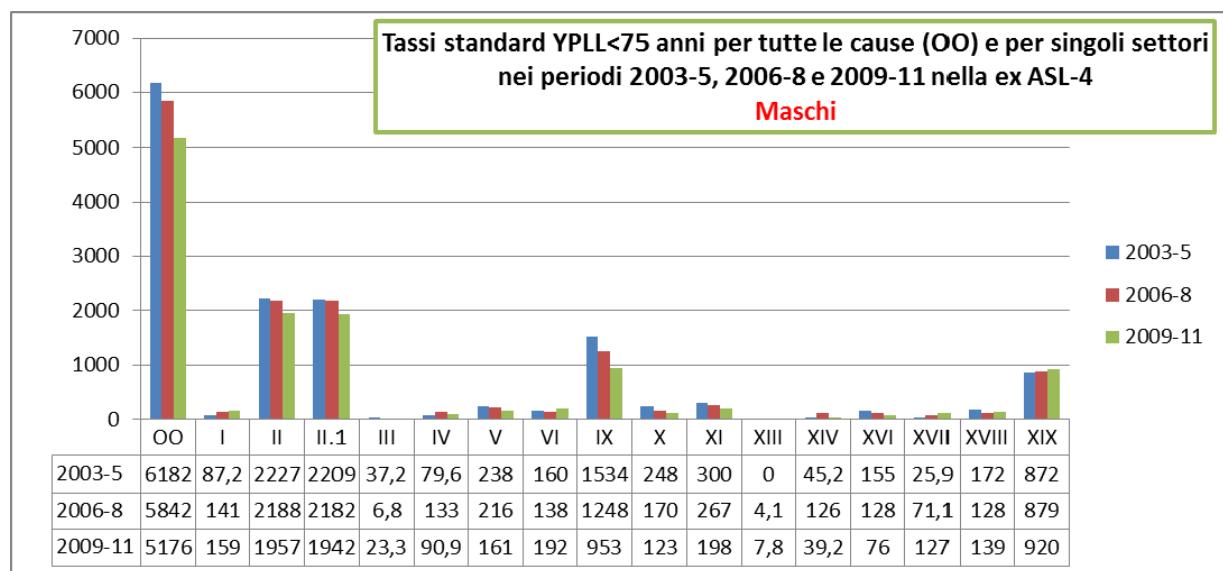
**Figura 23**



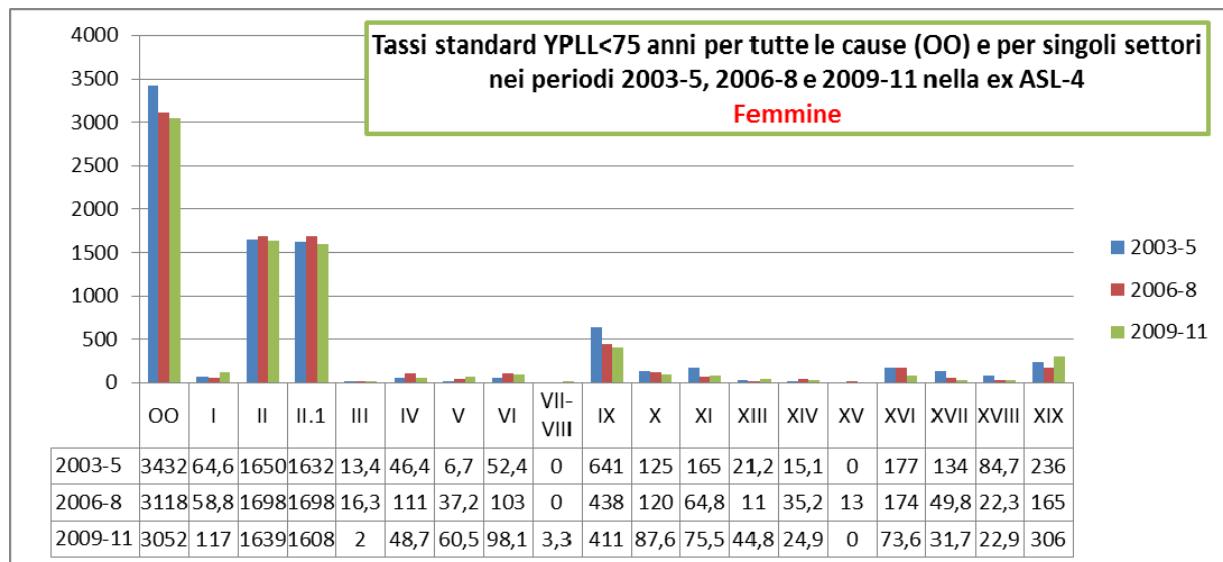
**Figura 24**



**Figura 25**



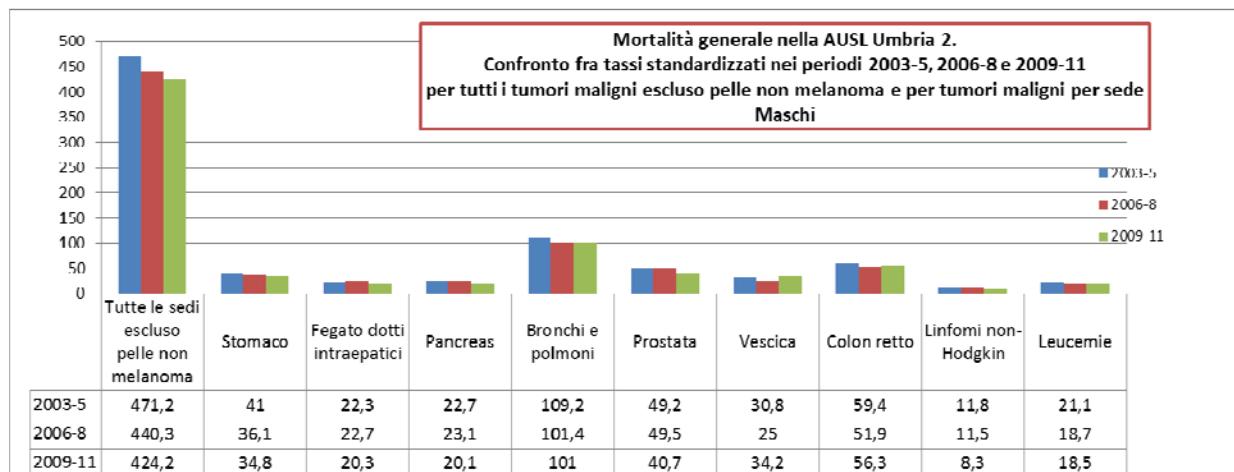
**Figura 26**



Tassi di mortalità standardizzati per tumori nella nuova AUSL Umbria 2 nei periodi 2003-5, 2006-8 e 2009-11 e confronto con la ex ASL-3 e la ex ASL-4<sup>9</sup>.

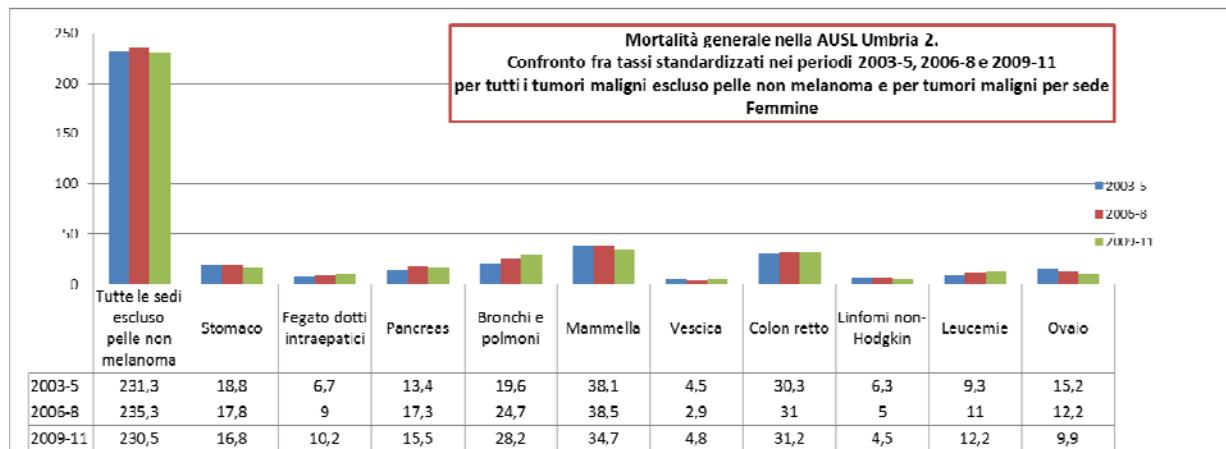
Nella nuova AUSL Umbria 2, il tumore con il tasso standardizzato di mortalità maggiore è quello dei **bronchi-polmone** per i maschi e il tumore della **mammella** per le femmine in tutti e tre i trienni considerati; i valori dei tassi sono diminuiti in entrambi i casi anche se per le femmine in modo più spiccato. Seguono in tutti e tre i trienni e in entrambi i sessi, i tumori del **colon retto** con valori in aumento nell'ultimo triennio per i maschi e stabili per le femmine. Al terzo posto troviamo in tutti e tre i trienni per il sesso maschile la **prostata** con valori in diminuzione, mentre per il sesso femminile i tumori dei **bronchi-polmone** con valori in aumento. (Figura 27 e 28 )

**Figura 27**



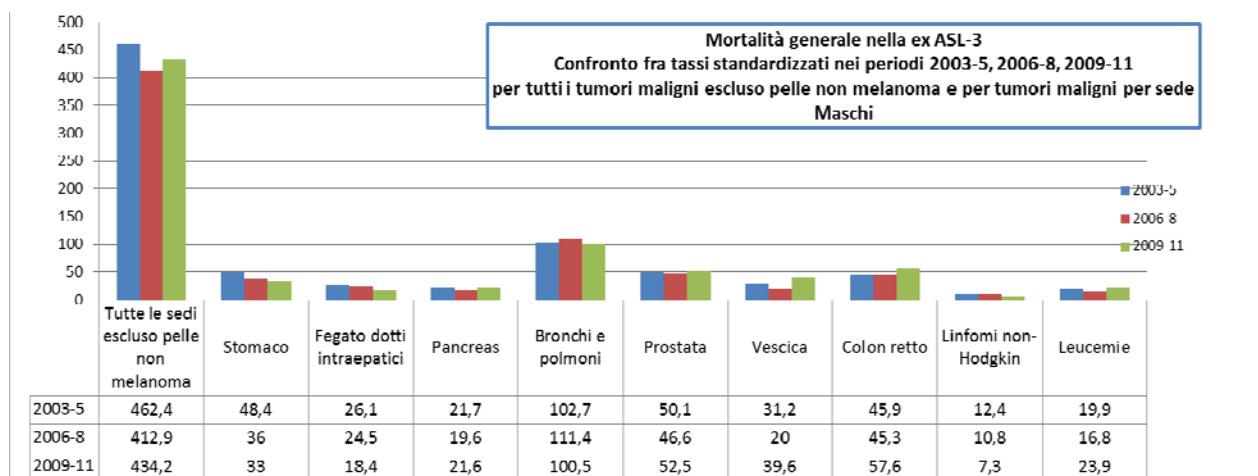
<sup>9</sup> All'interno del settore II (Tumori), riportiamo i dati di mortalità per tutte le sedi di tumori maligni escluso pelle non melanoma (C00-C43.9;C45-C99.9) e per le principali sedi di tumori maligni: Stomaco (C16-C16.9), Fegato e dotti intraepatici (C22-C22.9), Pancreas (C25-C25.9), Bronchi e polmoni (C34-C34.9), Vescica (C67-C67.9), Colon retto (C18-C20.9), Linfomi non-Hodgkin (C82-C85.9), Leucemie (C91-C95.9), Mammella (C50-C50.9), Prostata (C61-C61.9) e Ovaio (C56-C56.9).

**Figura 28**

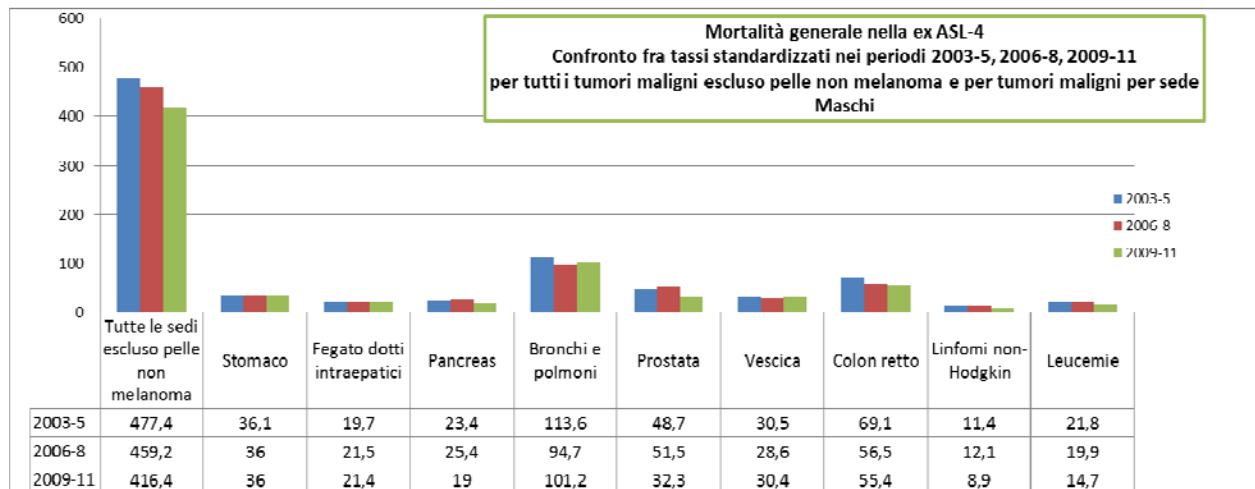


Nelle due ex ASL si notano delle differenze rispetto alla AUSL unita. Nella ex ASL-3 nell'ultimo triennio al primo posto nel sesso femminile troviamo il tumore del colon retto, i cui valori sono aumentati rispetto al triennio precedente, mentre nella ex ASL-4 c'è il tumore della mammella ma con valori stabili in tutte e tre i trienni. In seconda posizione per il sesso maschile nella ex ASL-3 c'è il tumore del colon-retto solo nell'ultimo triennio, con valori in aumento, mentre nella ex ASL-4 sono in diminuzione dal primo al terzo triennio. Nell'ultimo triennio per il sesso femminile nella ex ASL-3 c'è il tumore della mammella, mentre nella ex ASL-4 quello dei bronchi-polmoni. Al terzo posto per i maschi nell'ultimo triennio nella ex ASL-3 si trovano i tumori della prostata con valori in aumento rispetto al triennio precedente mentre nella ex ASL-4 è occupato dal tumore dello stomaco (con valori stabili) a causa della riduzione quasi doppia del tasso per tumore della prostata. Per il sesso femminile è da notare che nella ex ASL-4 nell'ultimo triennio c'è il tumore del colon retto con valori in aumento (Figura 29, 30, 31 e 32).

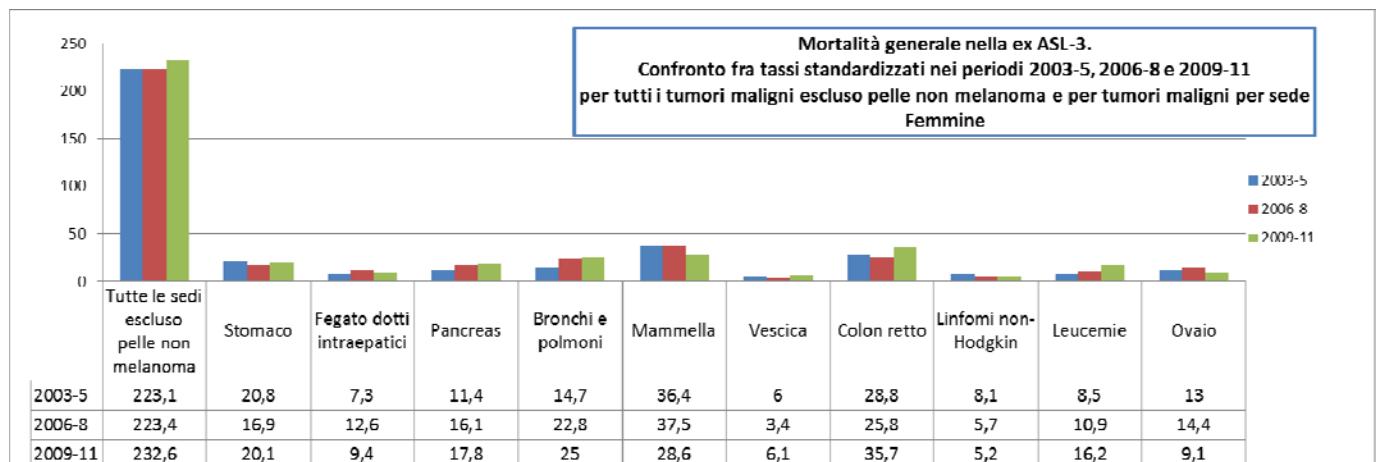
**Figura 29**



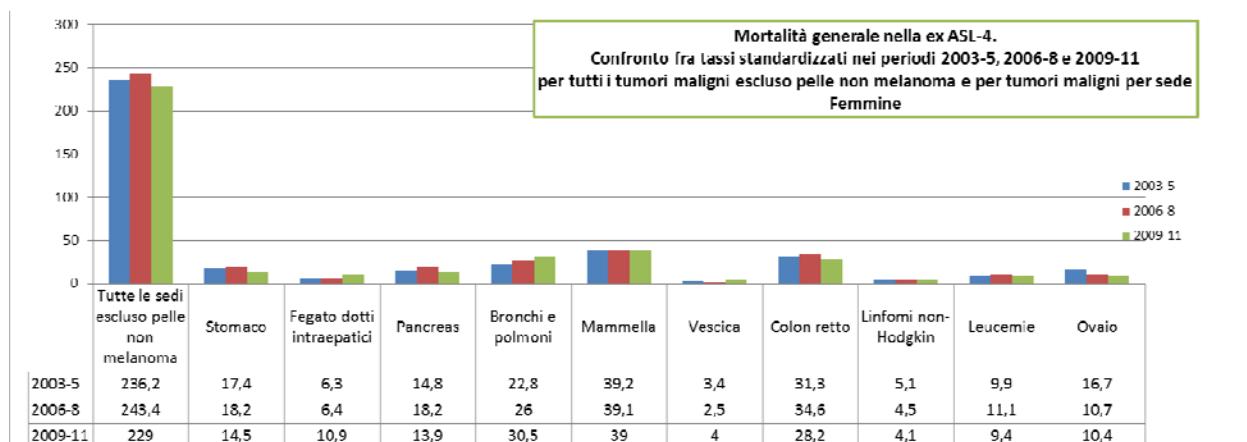
**Figura 30**



**Figura 31**



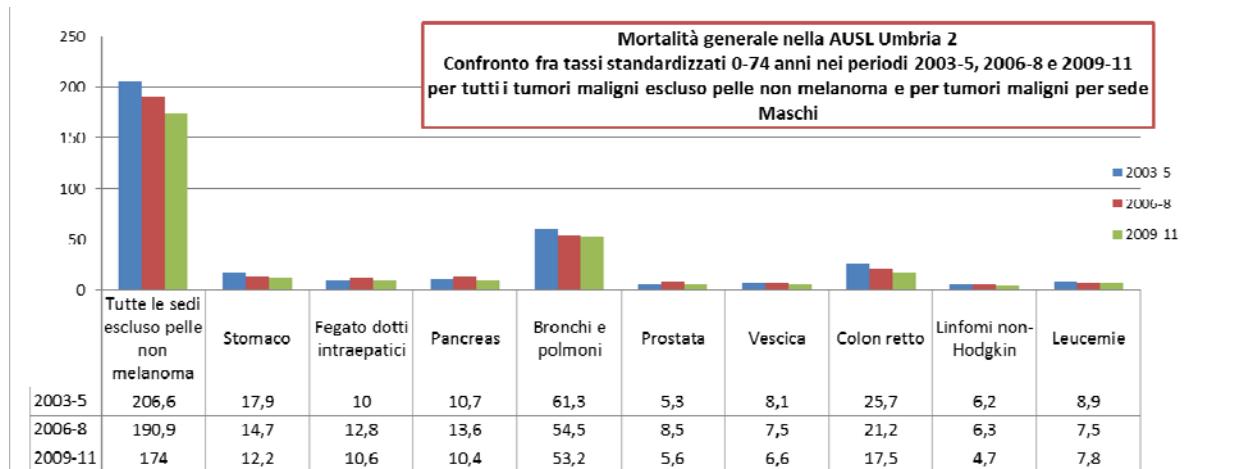
**Figura 32**



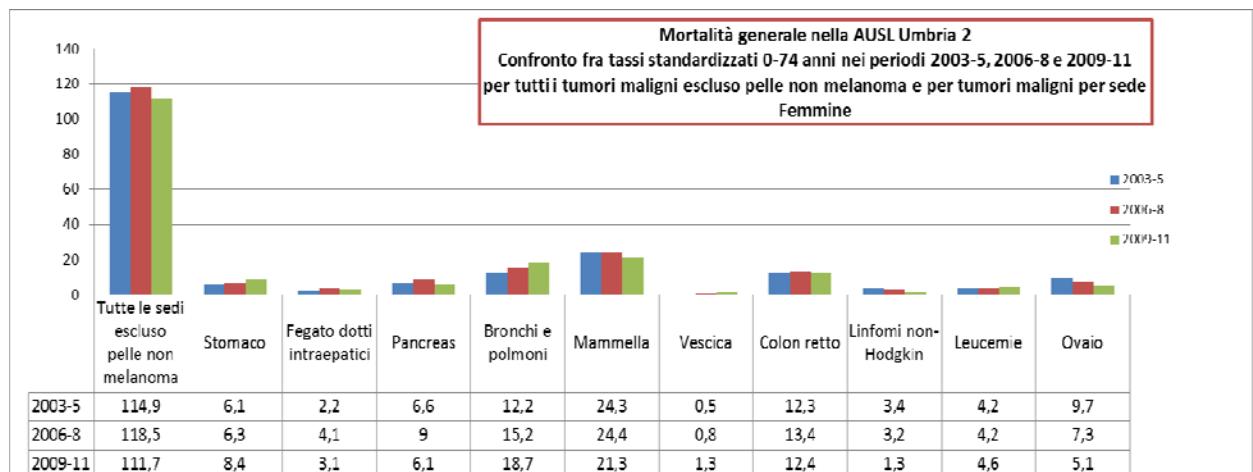
Se si analizzano i **tassi standardizzati di mortalità fra 0 e 74 anni** nella nuova AUSL Umbria 2, troviamo, nei maschi, al terzo posto, dopo il tumore dei **bronchi-polmone** e del **colon retto**, il tumore dello **stomaco** al posto di quello della prostata, a differenza di quanto notato del tasso di mortalità per tutte le età (segno che quest'ultima neoplasia porta a morte in età più avanzata). Tutte e tre le patologie hanno tassi standardizzati di mortalità in diminuzione dal primo al terzo triennio. Per quanto riguarda le femmine anche prendendo in considerazione solo la fascia d'età 0-74 anni i tre tumori con maggiore mortalità sono rappresentati dal tumore della **mammella**, da quello dei **bronchi-polmoni** e da quello del **colon retto**, anche se quest'ultime

due cause a posizioni invertite rispetto al tasso per tutte le età. I tassi per il tumore della mammella e per il colon sono diminuiti nell'ultimo triennio rispetto al precedente, mentre per quello dei bronchi-polmone sono aumentati. (Figura 33 e 34).

**Figura 33**

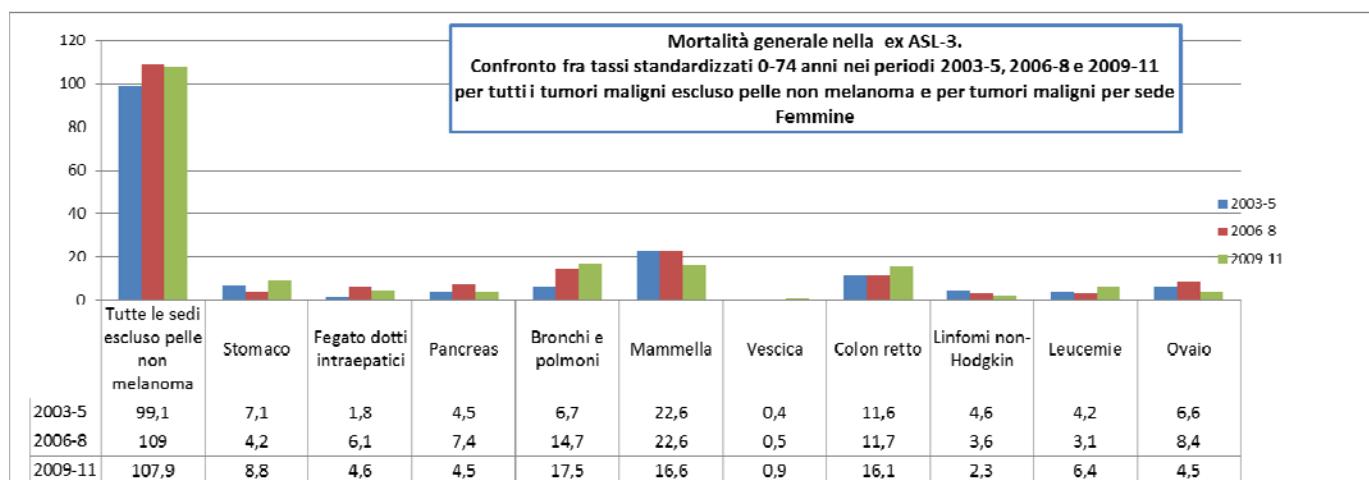


**Figura 34**



Da segnalare che nella ex ASL-3, per il sesso femminile, il primato di mortalità nell'ultimo triennio spetta al tumore dei bronchi-polmoni e non a quello della mammella (Figura 35).

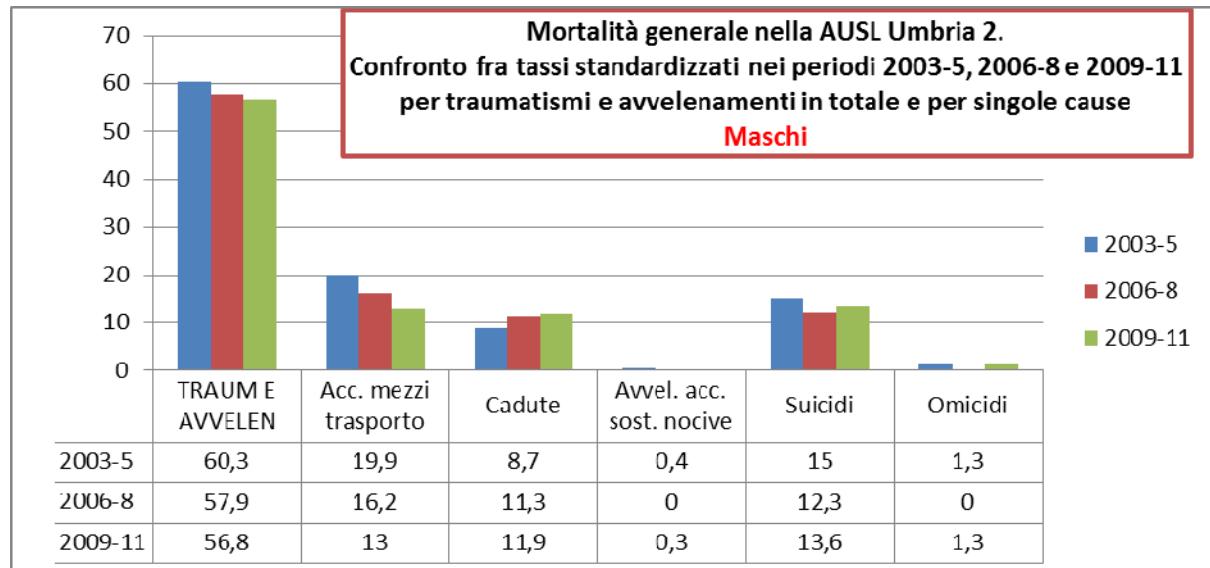
**Figura 35**



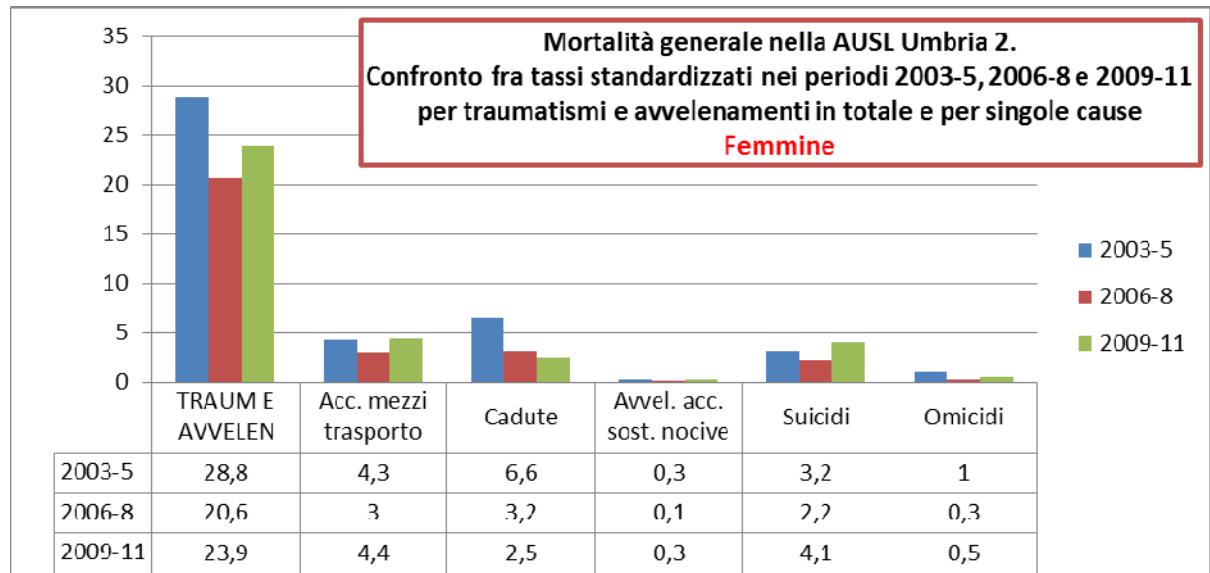
**Tassi di mortalità standardizzati per traumatismi e avvelenamenti (XIX) nella nuova AUSL Umbria 2 nei periodi 2003-5, 2006-8 e 2009-11 e confronto con la ex ASL-3 e la ex ASL-4.**

Nella nuova AUSL Umbria 2 nel sesso maschile all'interno del settore dei **traumatismi e avvelenamenti (XIX)**, prevalgono nei tre trienni le stesse cause di morte: **accidenti con mezzi di trasporto, suicidi, e cadute**. Si nota che nell'ultimo triennio i suicidi, in aumento, superano gli accidenti con mezzi di trasporto, in diminuzione, e diventano prima causa di morte. Nel sesso femminile c'è da notare nei tre trienni la diminuzione della mortalità per cadute e l'aumento invece di quella dei suicidi che negli ultimi due trienni addirittura raddoppia con tasso quasi sovrapponibile a quello degli **accidenti con mezzo di trasporto** che è la causa più frequente di mortalità. (Figura 36a, 36b, 37 e 38)

**Figura 36a**



**Figura 36b**



Nella ex ASL-4 è da notare per il sesso maschile la riduzione del tasso per accidenti con mezzi di trasporto e la stabilità dei valori dei tassi di mortalità per cadute e per suicidio, che rende quest'ultima patologia la più frequente nell'ultimo triennio (Figura 37).

Nella ex ASL-3, in tutte e tre i trienni considerati per il sesso maschile gli accidenti con mezzi di trasporto rimangono al primo posto seguiti dai suicidi e dalle cadute, mentre nel sesso femminile la situazione non è stata così stabile negli anni. Nel sesso femminile c'è da notare nei tre trienni la diminuzione della mortalità con mezzi di trasporto e l'aumento invece di quella dei suicidi che nell'ultimo triennio sale al primo posto per frequenza (Figura 38).

Figura 37

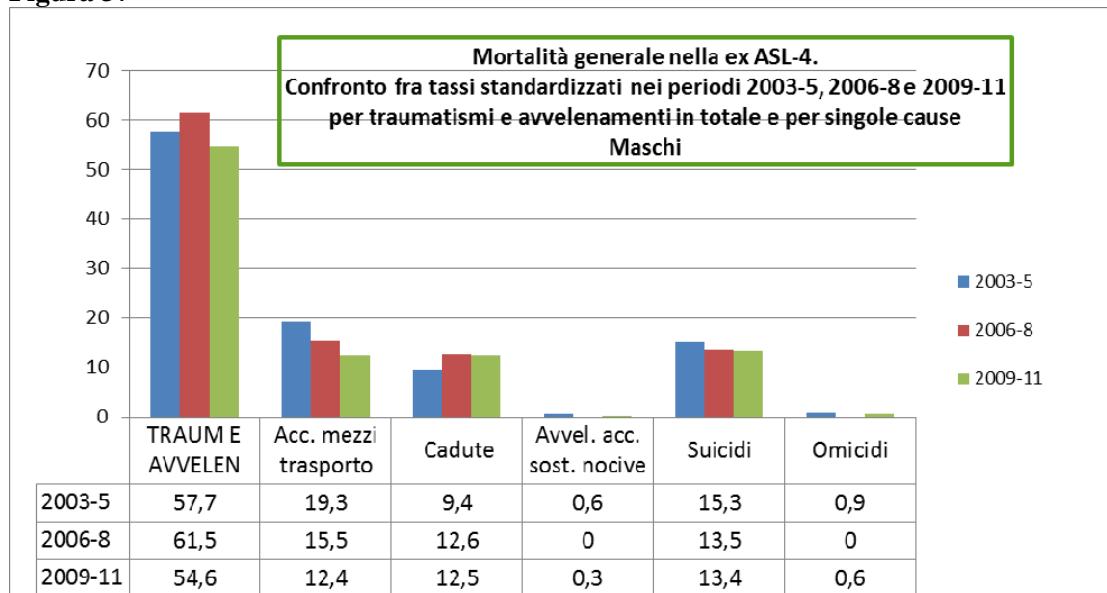
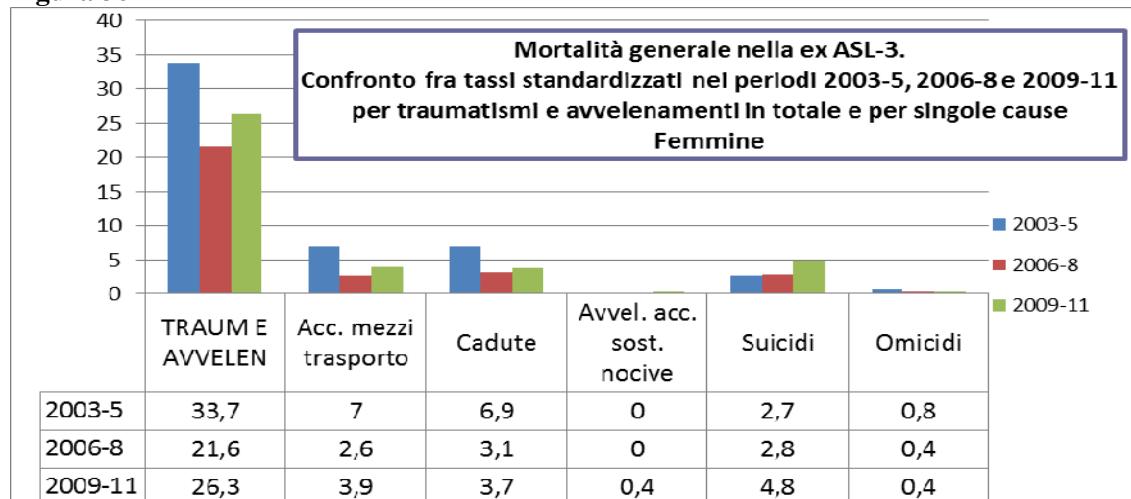
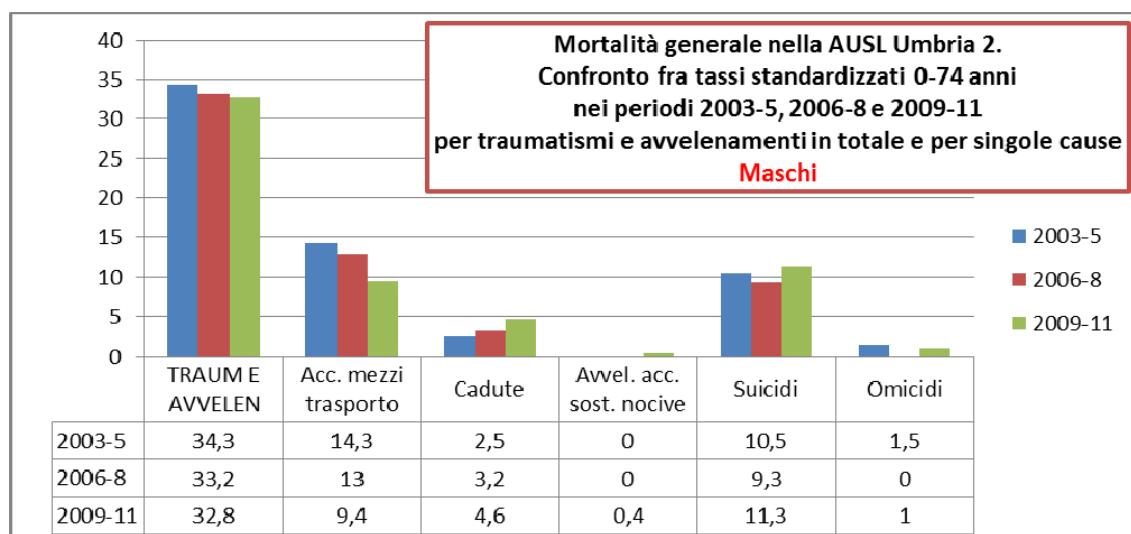


Figura 38

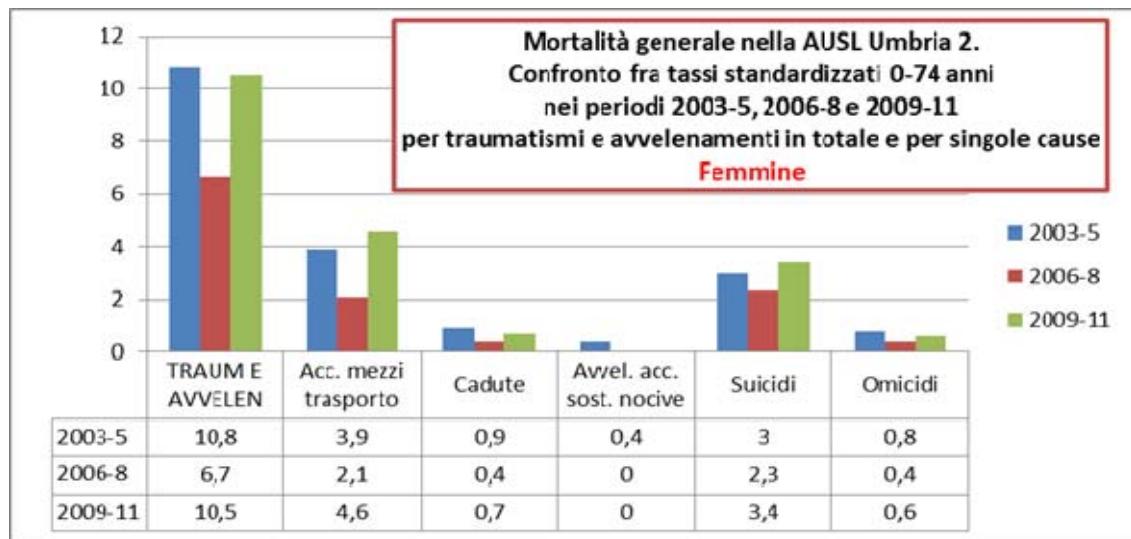


Se si prende in considerazione nella nuova AUSL Umbria 2 il **tasso standardizzato di mortalità fra 0 e 74 anni** si evidenzia la riduzione dei valori di mortalità per cadute rispetto a quella per tutte le età, in entrambi i sessi; tale decesso, infatti, caratterizza in genere età molto avanzate (Figura 39 e 40)

Figura 39

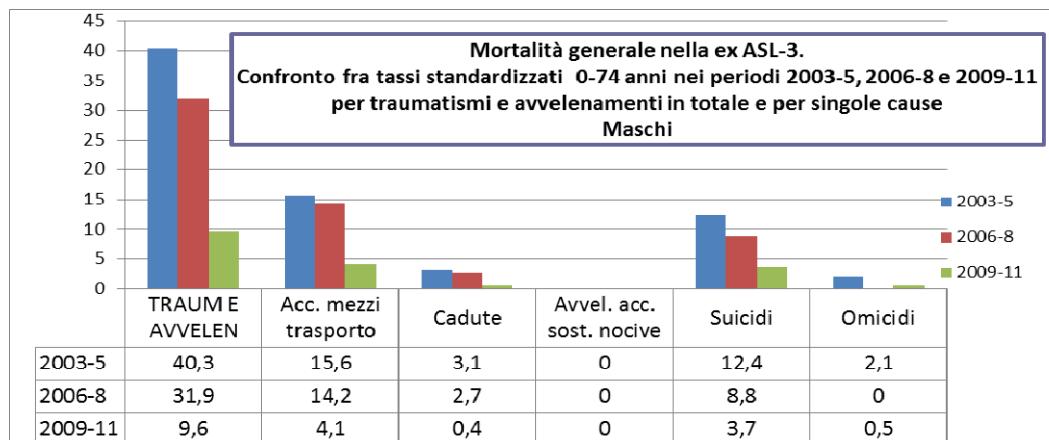


**Figura 40**

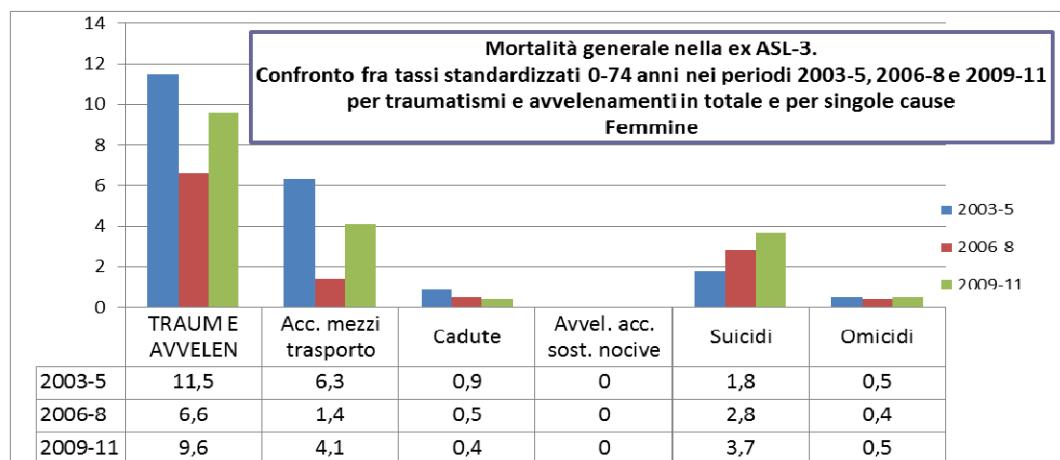


Nella ex ASL-3 si nota nel sesso maschile una notevole riduzione tra gli ultimi due trienni della mortalità fra 0 e 74 anni sia per accidenti con mezzi di trasporto (meno evidente nella nuova AUSL 2) che per i suicidi (mentre nella nuova AUSL Umbria 2 in leggero aumento), meno distinguibile ma presente anche per le cadute (in aumento nella nuova AUSL 2) (Figura 41). Nella ex ASL-4 invece la mortalità per sesso maschile ha valori più o meno confrontabili con la nuova AUSL. Per il sesso femminile, sia nella ex ASL-4 che nella ex ASL-3 si è verificato un aumento dei valori di mortalità fra 0 e 74 anni per accidenti con mezzo di trasporto e suicidi negli ultimi due trienni (Figura 42 e 43).

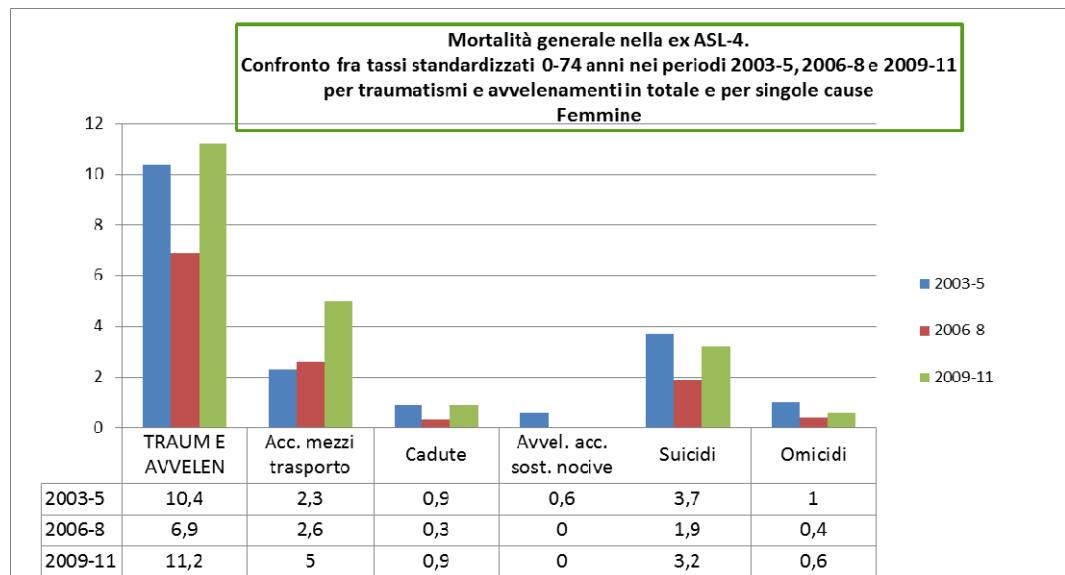
**Figura 41**



**Figura 42**



**Figura 43**



## Morbosità Patologie Croniche

Si sono indagate le principali patologie croniche ed i fattori di rischio collegati tramite i Sistemi di Sorveglianza di Popolazione: PASSI, PASSI d'Argento e OKkio alla Salute

### Sintomi di depressione nel sistema di sorveglianza PASSI<sup>10</sup>

Popolazione 18 – 69 anni, periodo 2008-2011:

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

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

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2). Tali sintomi sono di particolare importanza per la AUSL Umbria 2 perché esiste una differenza fortemente significativa fra le due ex ASL nella prevalenza del fenomeno (Ex ASL 3 – 15,7% e Ex ASL 4 – 7,3%) che si colloca nella regione Umbria con prevalenza sopra la media nazionale.

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

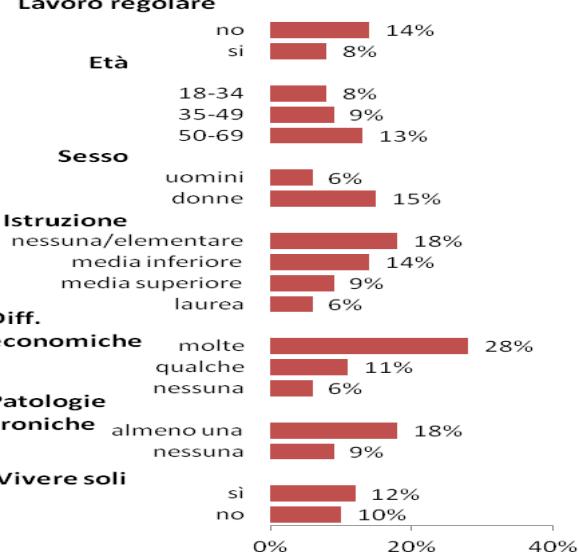
#### **Sintomi di depressione AUSL Umbria 2** Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche

Nella AUSL Umbria2, circa l'11% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nelle donne
- nelle fasce d'età più avanzate
- nelle persone con basso livello d'istruzione
- nelle persone con difficoltà economiche
- nelle persone senza un lavoro continuativo
- nelle persone con almeno una patologia cronica

**Totale: 11% (IC 95%: 9,9%-12,6%)**

#### **Lavoro regolare**



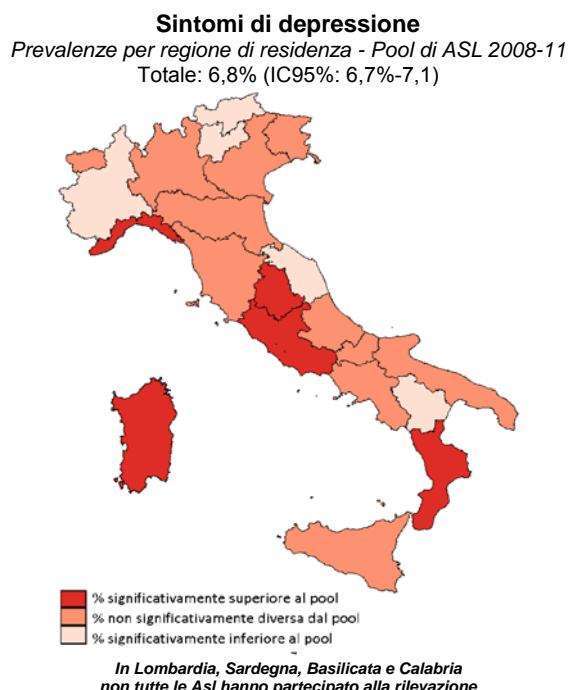
<sup>10</sup> PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A dicembre 2012, sono state caricate complessivamente oltre 200 mila interviste.

Nel 2012, sono state caricate complessivamente 37.626 interviste di cui 1400 per l'Umbria.

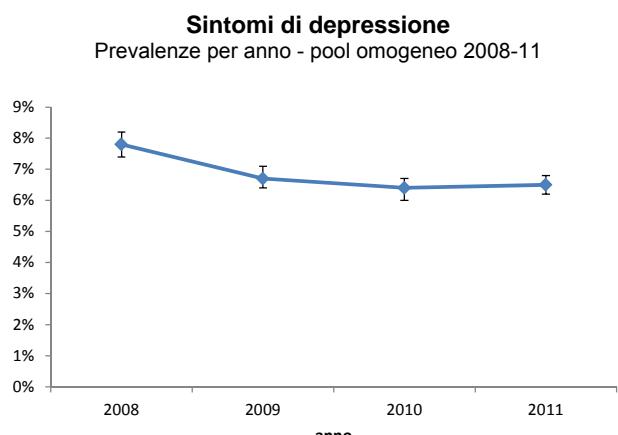
Per maggiori informazioni, visita il sito [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi).

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 7%.

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 una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

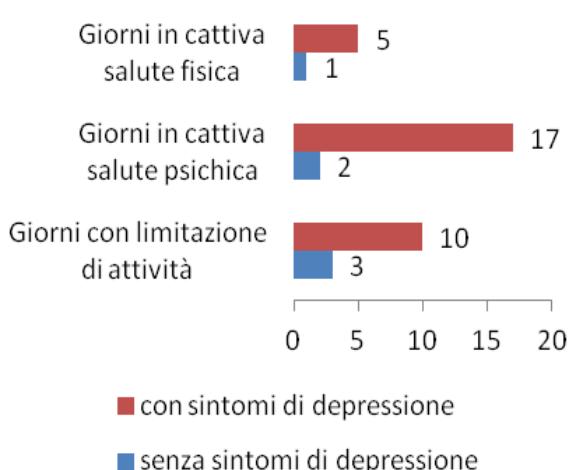
### Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

Nella ASL Umbria 2, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:

- il 37% di chi riferisce sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 65% delle persone che non hanno riferito i sintomi
- la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

### Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

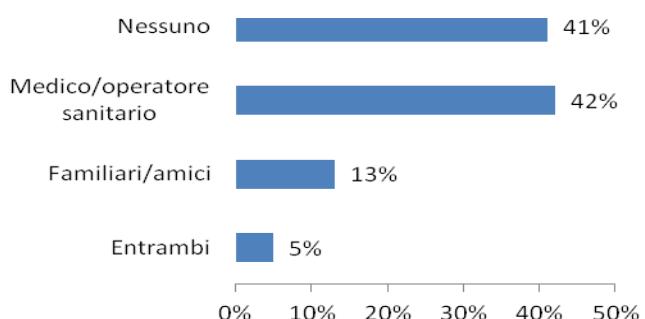
AUSL Umbria 2- PASSI 2008-11



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

**Figure a cui si sono rivolte  
le persone con sintomi di depressione**  
AUSL Umbria 2- PASSI 2008-11

Il 60% 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 (42%), a familiari/amici (13%) o ad entrambi (5%).



## *Conclusioni e raccomandazioni*

Nella AUSL Umbria 2 si stima che circa l'11% degli intervistati abbia sintomi depressivi anche se ci sono differenze notevoli fra le 2 ex ASL con una prevalenza nell'area ex ASL 3 doppia rispetto alla ex ASL 4, tendenza riscontrata anche nelle rilevazioni precedenti e significativamente molto più alta per la ex ASL 2 rispetto ai dati Regionali. Ci sono inoltre percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

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

## Le altre Malattie croniche o condizioni di rischio (dati PASSI 2009 – 2012)

Nella AUSL Umbria 2 circa il 19% della popolazione compresa fra i 18 e i 69 anni ha almeno una malattia cronica.

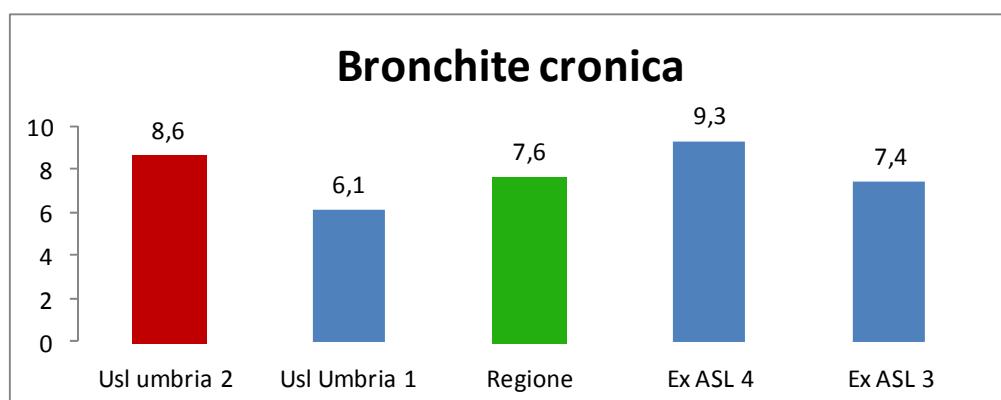
### Bronchite cronica:

Patologia invalidante spesso nella forma cronico – ostruttiva.

Prevalenza	Uomini	Donne	Fumatori	18 – 34 anni	35 – 50 anni	50–69 anni
<b>8,6%</b>	8,5%	8,6%	10%	4,7%	6,1%	13,3%

Sono significative le differenze per classi di età e per i fumatori.

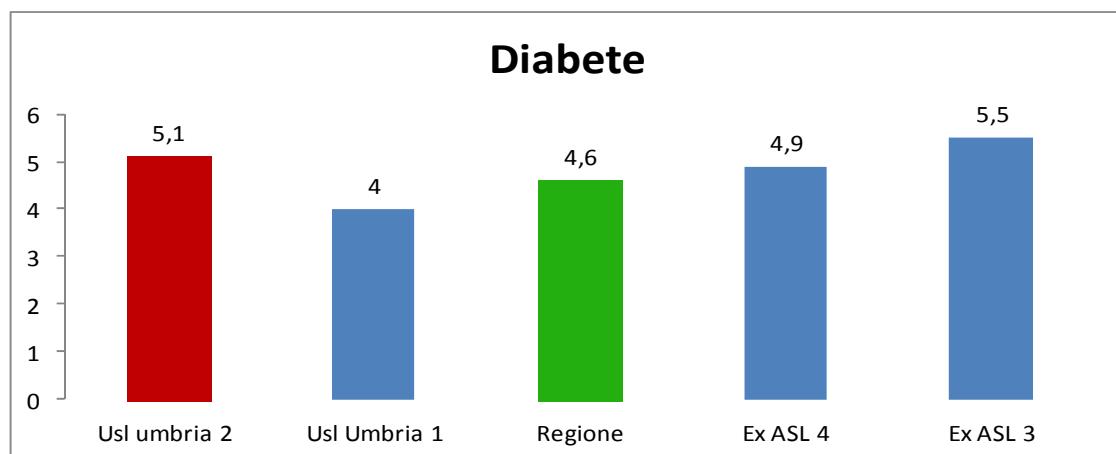
La differenza fra le due ex ASL è significativa



### Diabete

Patologia metabolica diffusa soprattutto nella popolazione sopra i 50 anni.

Prevalenza	Uomini	Donne	18 – 34 anni	35 – 50 anni	50–69 anni
<b>5,1%</b>	6,3%	4,0%	0,4%	2,3%	10,8%



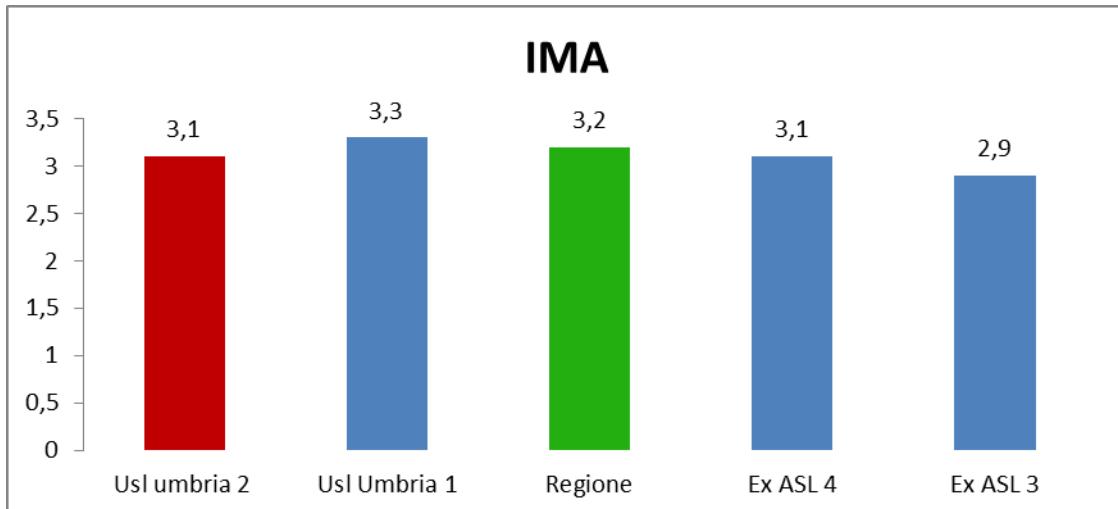
Sono significative le differenze per classi di età e per genere

### Infarto acuto miocardico

Colpisce una persona su 18 sopra i 50 anni

Prevalenza	Uomini	Donne	18 – 34 anni	35 – 50 anni	50–69 anni
<b>3,1%</b>	3,9%	2,3%	0,3%	1,0%	6,7%

Sono significative le differenze per classi di età e per genere



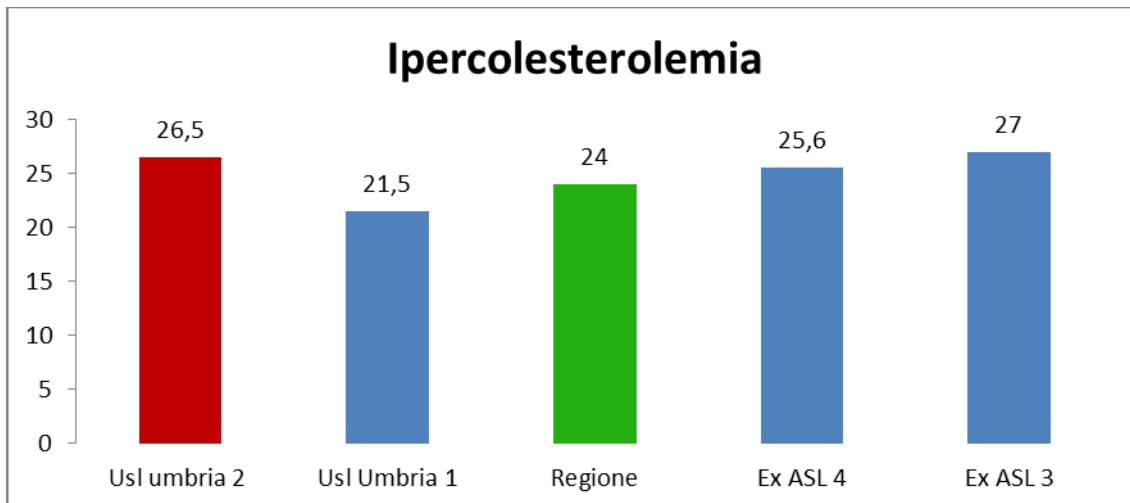
Altre patologie come *l'Ictus e l'Insufficienza renale* colpiscono rispettivamente l'1,1% e l'1,2% della popolazione della AUSL Umbria 2. I confronti non sono possibili per la scarsa numerosità.

### Ipercolesterolemia

Fattore di rischio cardiovascolare importante e fortemente diffuso nella popolazione. Nella nuova AUSL Umbria 2 il 25% effettua un trattamento farmacologico.

Prevalenza	Uomini	Donne	18 – 34 anni	35 – 50 anni	50–69 anni
<b>26,5%</b>	26,5%	26,5%	10%	21%	37%

Sono significative le differenze per classi di età.



Sono significative le differenze fra le due nuove AUSL.

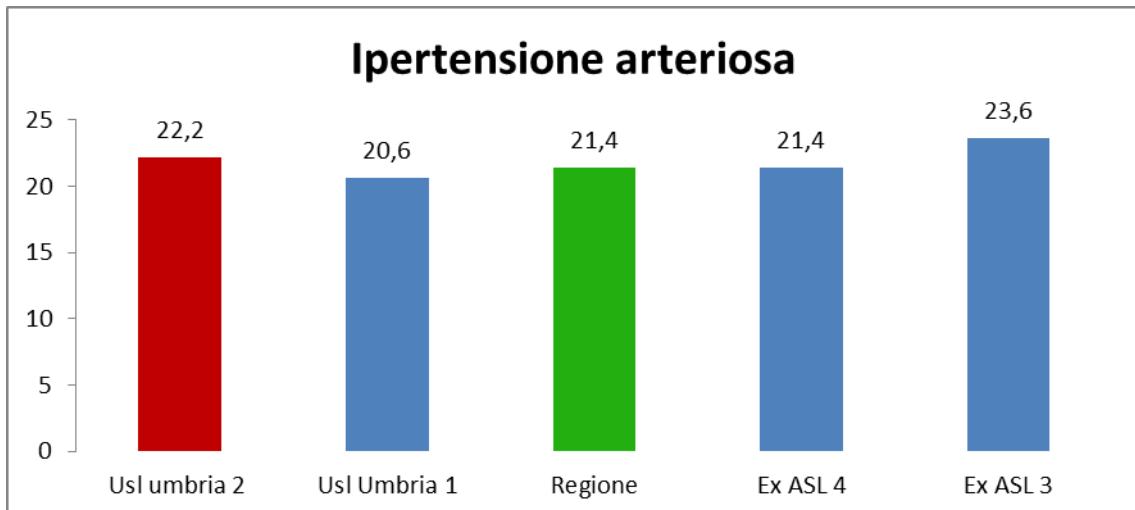
Nella nuova AUSL Umbria 2 il 25% delle persone con ipercolesterolemia effettua un trattamento farmacologico.

### Ipertensione arteriosa

E' considerato il primo Fattore di rischio cardiovascolare.

Prevalenza	Uomini	Donne	18 – 34 anni	35 – 50 anni	50–69 anni
<b>22,2%</b>	23,3%	21,2%	3,1%	12,5%	41,5%

Sono significative le differenze per classi di età.



Sono significative le differenze fra le due ex ASL.

Nella nuova AUSL Umbria 2 l'89% degli ipertesi effettua un trattamento farmacologico.

## I fattori di rischio comportamentali

### L'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.

### I Bambini (dati OKkio alla salute<sup>11</sup> 2012):

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia. Nel nostro studio, il bambino è considerato non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'inattività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

- Nel nostro studio il 13% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 20% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curriculare).
- Le femmine non attive (14%) sono in percentuale maggiore dei maschi (11%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con 10.000-50.000 abitanti (15%).

Bambini fisicamente non attivi <sup>#</sup> (%)	
Regione Umbria - OKkio 2012	
Caratteristiche	Non Attivi <sup>#</sup>
<b>Sesso*</b>	
maschi	11,4
femmine	14,2
<b>Zona abitativa*</b>	
<10.000 abitanti	9,9
10.000-50.000	11,9
>50.000	15,2
metropolitana/perimetropolitana	--

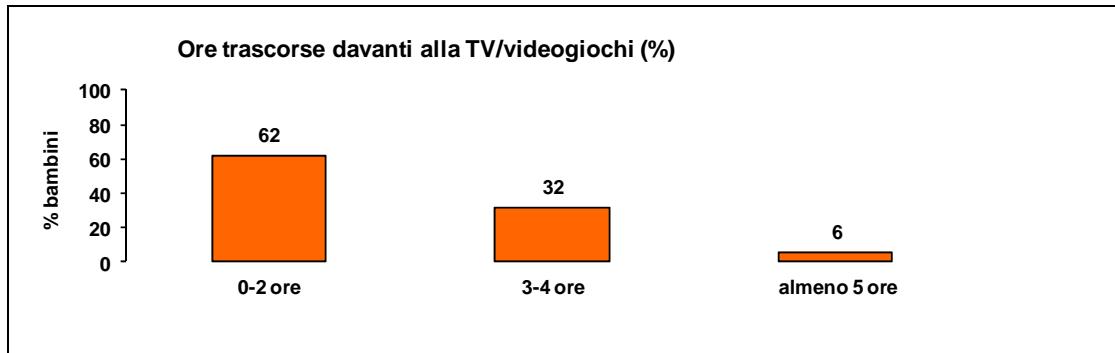
<sup>#</sup> Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

\* Differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi-computer in un normale giorno di scuola, secondo quanto dichiarato dai genitori.

<sup>11</sup> OKkio alla SALUTE raccoglie nel tempo informazioni su peso corporeo, altezza, alimentazione e attività fisica dei bambini di 6-10 anni. La rilevazione si effettua ogni due anni in un campione di scuole elementari, diffusa in tutte le ASL di Italia a partire dal 2008.

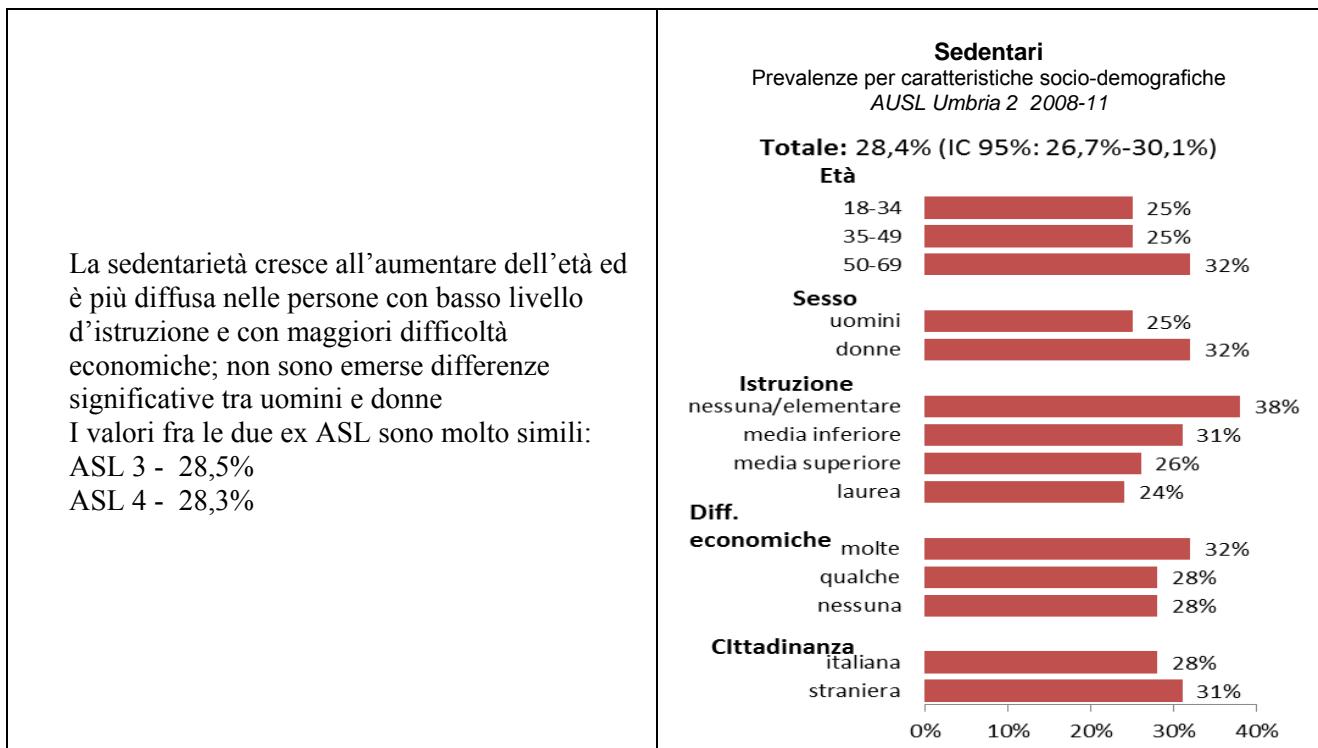
Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo trascorso dai bambini nelle diverse attività.

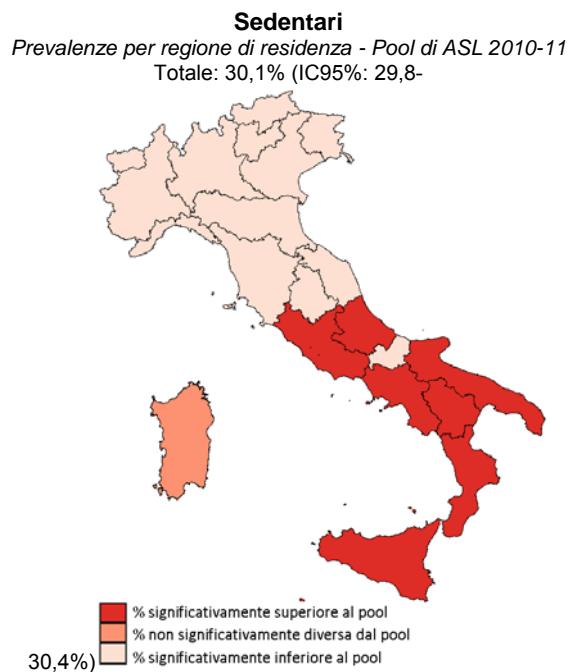


- Nella nostra regione, i genitori riferiscono che oltre il 60% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 32% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 6% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (42% versus 34%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre\*.
- Complessivamente il 47% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (24% versus 13%)\*.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (19%); > 2 ore Videogiochi (3%).

\*differenza statisticamente significativa p < 0,05

#### Gli Adulti (18 – 69 anni – dati PASSI)





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

*Solamente al 34% degli intervistati un medico ha suggerito di fare attività fisica*

### La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari:

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

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

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

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

### I Bambini (dati OKkio alla salute 2012):

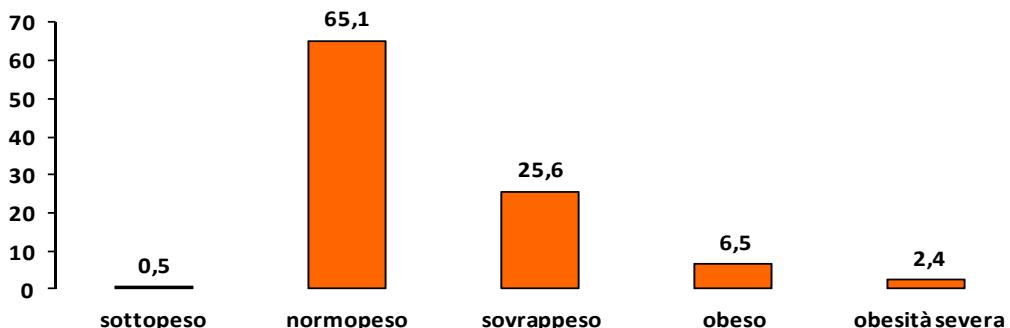
A livello internazionale è ormai riconosciuto che il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica.

#### **Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza**

**Umbria – OKkio 2012 (N = 63 classi)**

Zona abitativa	N	%
$\leq$ 10.000 abitanti	14	22,2
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	25	39,7
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	24	38,10
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	0	0

### Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (%)



- Complessivamente il 34% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella regione sarebbe pari a 16.000, di cui obesi 4.000.
- Nella Regione, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine.
- Non ci sono differenze significative per zona abitativa.

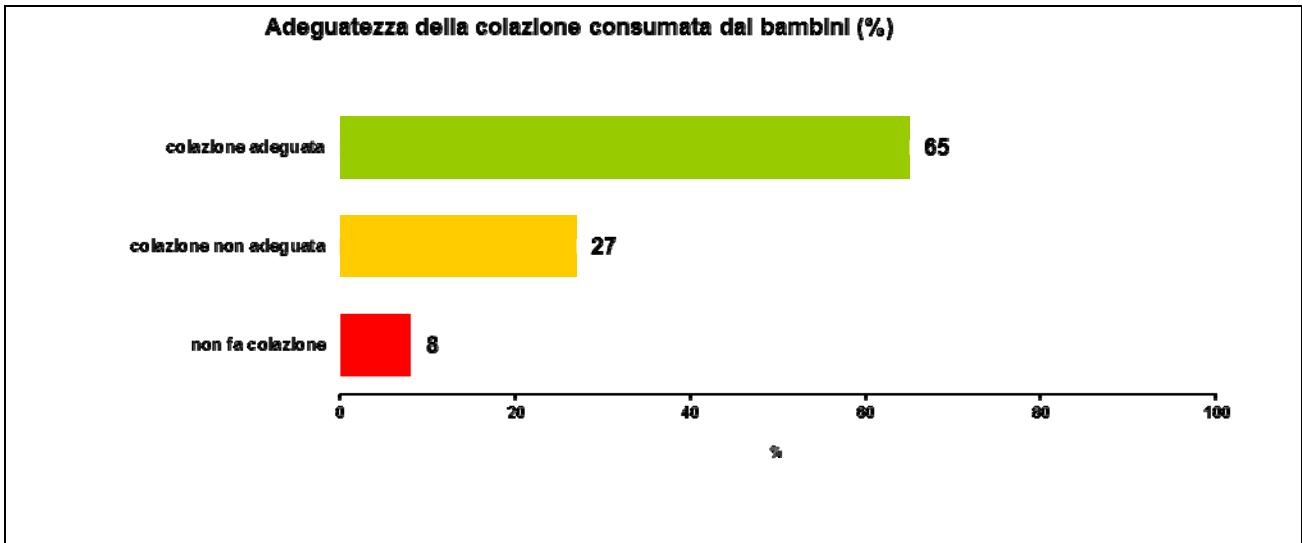
Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 14% per titolo di scuola elementare o media, a 9% per diploma di scuola superiore, a 2% per la laurea.

È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso. \*Le differenze sono significative  $p<0,05$ .

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra regione, il 19% delle madri è in sovrappeso e il 6% è obeso; i padri, invece, sono nel 46% sovrappeso e 13% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 27% dei bambini risulta in sovrappeso e il 9% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 35% dei bambini è in sovrappeso e il 21% obeso.

Una dieta ad alto tenore di grassi e ad elevato contenuto calorico è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

Esistono diversi studi scientifici che dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza di sovrappeso. Per semplicità, in accordo con quanto indicato dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto sia di carboidrati che di proteine, per esempio: latte (proteine) e cereali (carboidrati), o succo di frutta (carboidrati) e yogurt (proteine).



- Sono emerse differenze per genere del bambino (le bambine fanno di più una merenda adeguata 21 Vs 18) non sono emerse differenze per livello di istruzione della madre.

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno o di frutta o verdura. Solamente il 3% dei bambini lo fa.

- Nella nostra regione solo il 50% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande zuccherate**.

#### Gli Adulti (18 – 69 anni – dati PASSI)

#### *Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?*

Nella AUSL Umbria 2 il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 52% normopeso, il 33% sovrappeso e il 12% obeso.

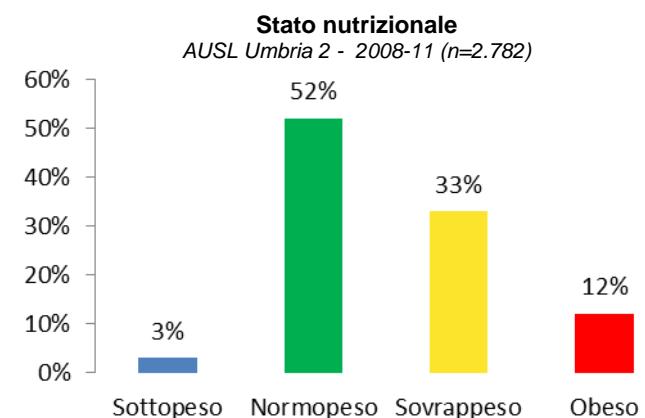
Complessivamente si stima che il 45% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Nelle Ex ASL:

ASL 3 = 47,6

ASL 4 = 43,4

La differenza è statisticamente significativa  $p<0,05$

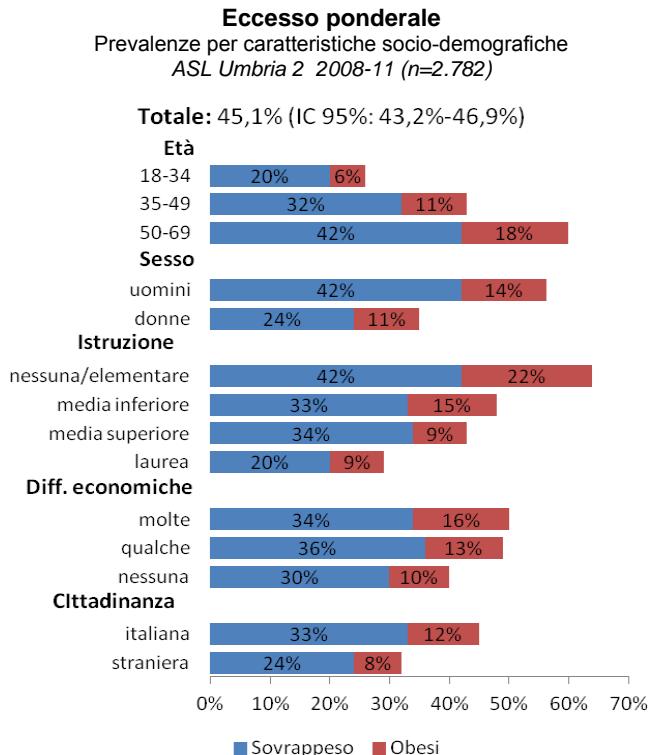


## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

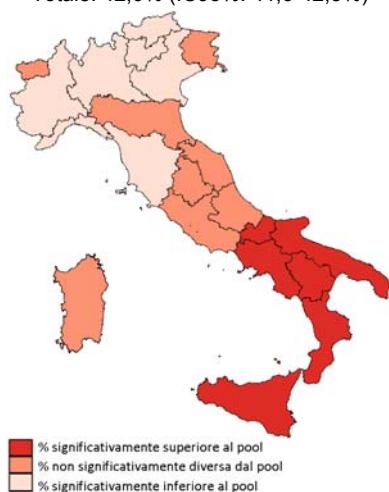
- col crescere dell'età
- negli uomini (56% vs 35%)
- nelle persone con basso livello di istruzione

Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.



Solamente l'8% degli intervistati assume le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate  
Hanno ricevuto consiglio di perdere peso il 45% delle persone in sovrappeso e il 79% degli obesi  
Il 22% delle persone in sovrappeso o obesa fa una dieta

**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

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 (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

## L'abitudine al fumo di sigaretta

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

**Abitudine al fumo di sigaretta – Usl Umbria2 - PASSI 2009-12 (n=2.818)**

	% (IC95%)
Non fumatori <sup>1</sup>	46,7 (44,9-48,6)
Fumatori <sup>2</sup>	31,3 (29,6-33,1)
<i>in astensione</i> <sup>3</sup>	1,5 (1,1-2,0)
<i>occasionali</i> <sup>4</sup>	0,4 (0,2-0,7)
<i>quotidiani</i> <sup>5</sup>	29,5 (27,8-31,2)
Ex –fumatori <sup>6</sup>	22,0 (20,5-23,6)

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.

Nel periodo 2009-12 nella Uslumbria2, tra gli adulti di 18-69 anni, poco meno della metà degli intervistati è non fumatore, il 22% è classificabile come ex fumatore e il 31% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 30% e molto meno dell' 1% occasionali. Nelle due ex ASL non ci sono differenze significative per numero di fumatori (ASL4 = 31,8% - ASL 3 = 30,5%)

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

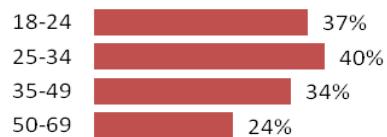
L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (più di una su quattro) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Non si evidenziano differenze per cittadinanza.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Fra questi il 22,5 % ne fuma 20 (*forte fumatore*).

**Fumatori**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
Uslumbria2 2009-12

**Totale:** 31,3% (IC 95%: 29,6%)

**Età**



**Sesso**



**Istruzione**



**Diff. economiche**



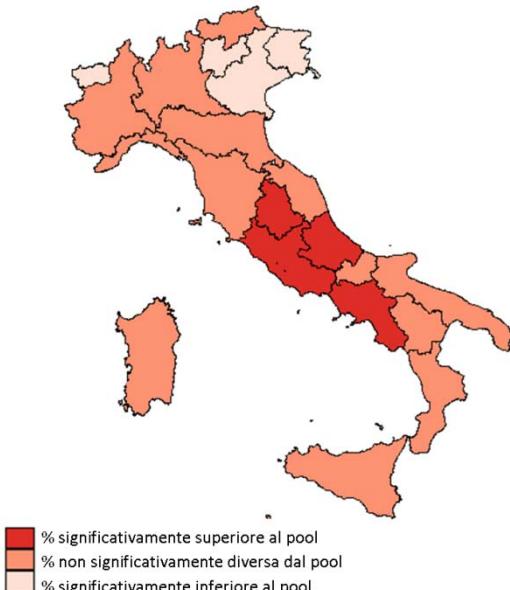
**Cittadinanza**



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

### Fumatori

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2009-12



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

L'Umbria presenta un tasso di fumatori fra i più alti in Italia.

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

**Domande degli operatori sanitari-Usl Umbria2-PASSI 2009-12 (n=2434)**

	% (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)	39,0 (37,1-41,0)

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

**Attenzione degli operatori sanitari – Usl Umbria2 - PASSI 2009-12 (n=2434)**

	% (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)	50,6 (46,2-54,9)

Tra i fumatori, il 51% 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 (19 %).

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

Uslumbria2 - Passi 2009-12 (n=524)\*



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

*Fumo passivo*

**Fumo passivo – Usl Umbria2- PASSI 2009-12**

	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	81,7 (80,2 – 83,2)
nei locali pubblici	81,8 (80,3-83,3)
sul luogo di lavoro	84,4 (82,5-86,2)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	71,3 (69,5-72,9)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	82,6 (79,4-85,3)

## Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

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

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

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

## **Gli indicatori Passi**

PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

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

### **- consumo abituale elevato:**

- per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni;
- per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni<sup>1</sup>;

### **- consumo binge:**

- per gli uomini consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più unità alcoliche in una singola occasione<sup>2</sup>;
- per le donne consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 4 o più unità alcoliche in una singola occasione<sup>2</sup>;

### **- consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.**

<sup>1</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>2</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?

### Consumo di alcol – Usl Umbria2- PASSI 2009-12 (n=2.818)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	58,9 (57,0-60,7)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,1 (5,3-7,1)
Consumo abituale elevato <sup>1</sup>	4,4 (3,7-5,2)
Consumo binge (2010-2011) <sup>2</sup>	8,8 (7,6-10,1)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) <sup>3</sup>	16,4 (14,4-18,1)

<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)

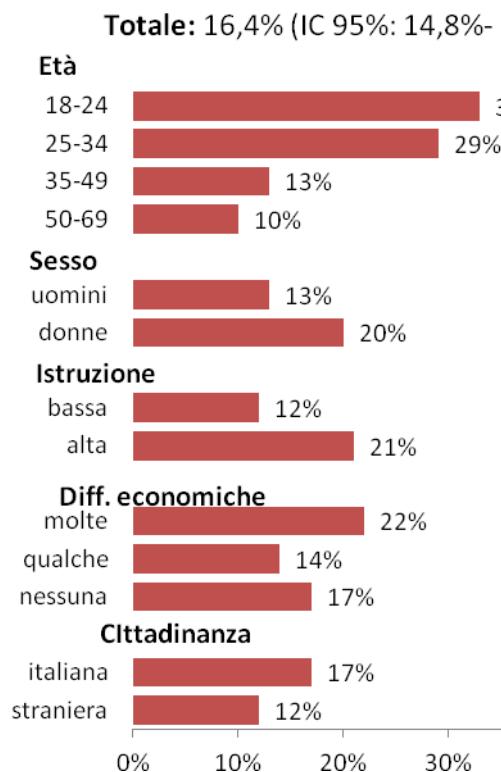
<sup>3</sup> consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

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

### Consumo a maggior rischio Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Uslumbria2 2019-12

Nel periodo 2010-11 nell’Azienda Uslumbria2, il 16% 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 di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e quelle che hanno molte difficoltà economiche(22%), sono gli italiani rispetto agli stranieri i consumatori a maggior rischio(17 vs 12).



*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 – Uslumbria2- PASSI 2009-12 (n=2.818)**

	<b>% (IC95%)</b>
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo <sup>1</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	12,9 (11,6-14,3)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2011) <sup>1</sup> (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	5,3 (3,3-8,4)

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

## Gli screening:

**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.

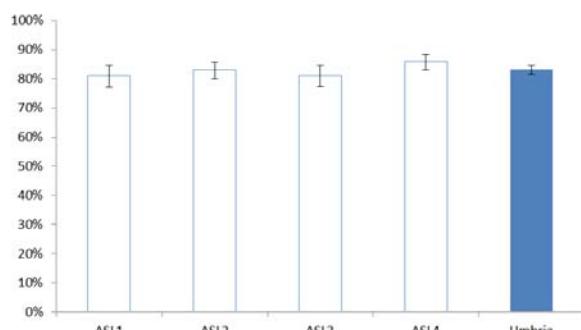
In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei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

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.

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

Prevalenze per ASL di residenza *Regione Umbria 2008-11*



### 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%)



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.
- L'Umbria mostra una percentuale significativamente superiore al pool di ASL PASSI.

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

**Il cancro della mammella** occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: 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).

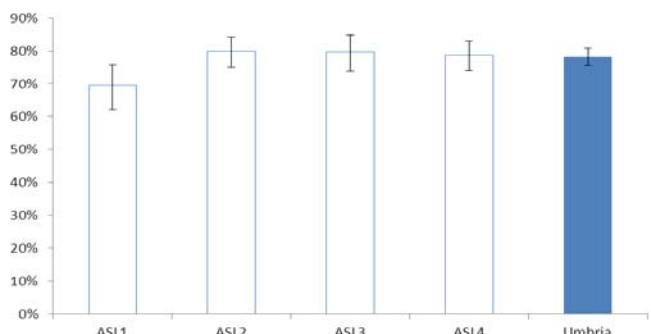
La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

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).

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

Prevalenze per ASL di residenza *Regione Umbria 2008-11*



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

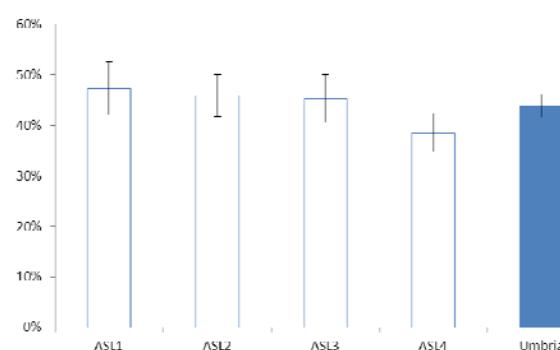
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.
- L'Umbria mostra una percentuale (78%) significativamente superiore al pool di ASL PASSI.

**Il cancro colon rettale:** Secondo i dati raccolti dai Registri Tumori nel 2010, oltre 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro colon rettale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. Con circa 51.000 nuovi casi stimati nello stesso anno (31.000 uomini e 20.000 donne), il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne. Abbastanza rara prima dei 40 anni, questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. Fortunatamente migliora la sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti e a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza stimata è pari al 64%, grazie ai miglioramenti terapeutici ma soprattutto alla diagnosi precoce.

I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda alle Asl di organizzare programmi di screening di popolazione. Il Piano nazionale della prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone della fascia 50-69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) con frequenza biennale e successiva colonoscopia per i positivi; in Regione Piemonte e Asl di Verona sono attivi programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia eseguita a partire dai 58 anni, una volta nella vita. 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%).

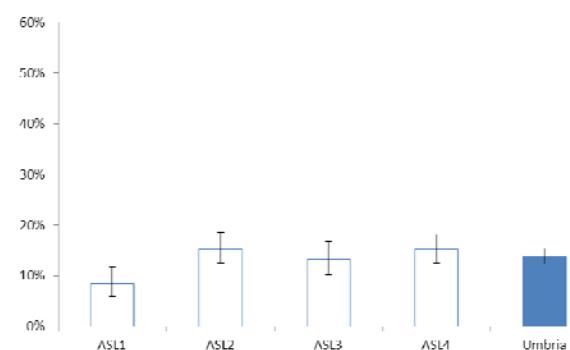
#### 50-69enni e ricerca sangue occulto negli ultimi due anni

Prevalenze per ASL di residenza *Regione Umbria 2008-11*



#### 50-69enni e colonoscopia negli ultimi cinque anni

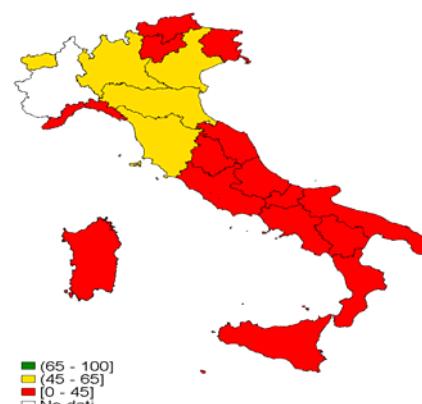
Prevalenze per ASL di residenza *Regione Umbria 2008-11*



#### 50-69enni e ricerca sangue occulto negli ultimi due 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

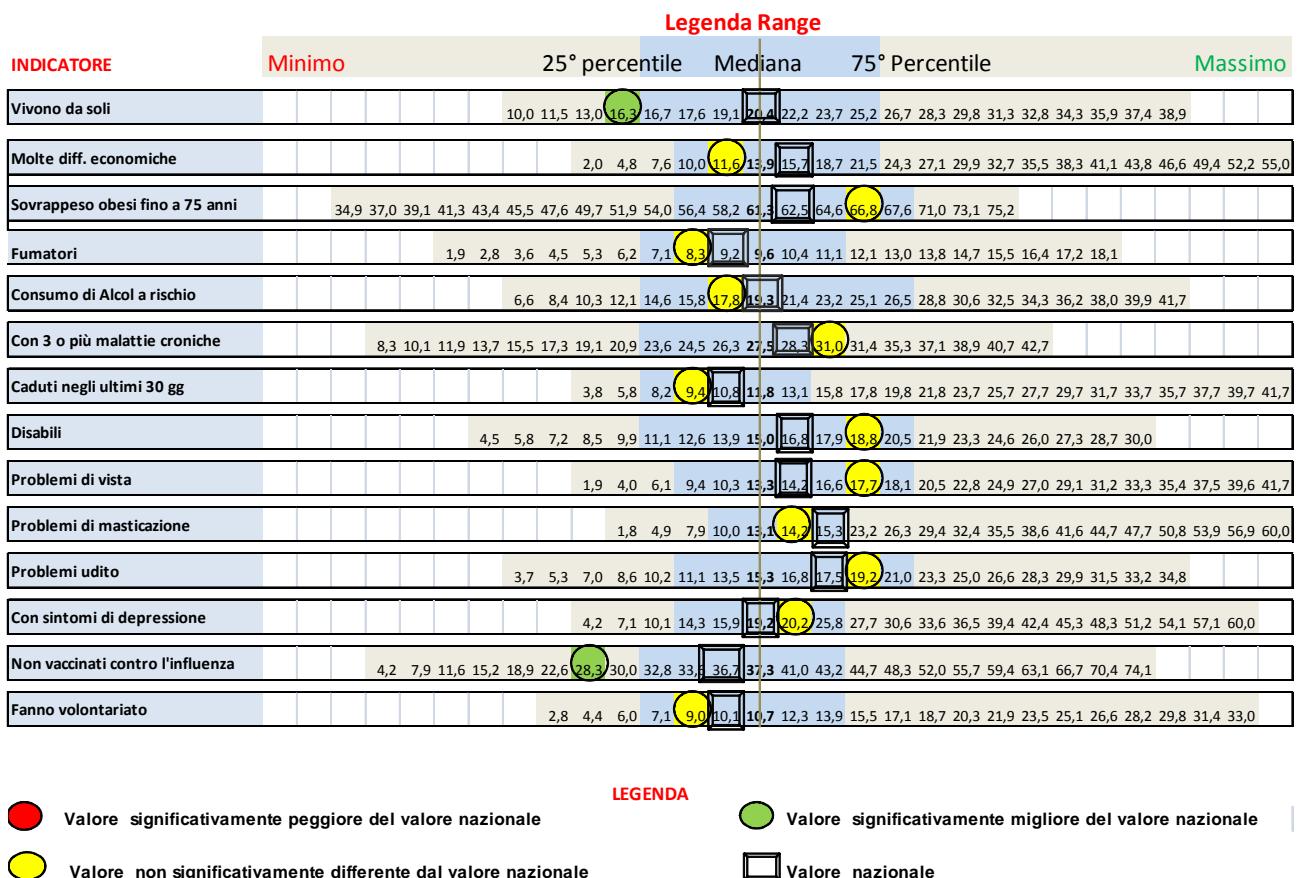
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

## Uno sguardo particolare agli Anziani

Per quanto riguarda la salute degli anziani, il dato più recente a nostra disposizione è quello di PASSI d'Argento 2013. Sono riportati i dati regionali perché più solidi di quelli aziendali e, comunque, tutti i valori della AUSL Umbria 2 cadono all'interno degli intervalli di confidenza del dato regionale e pertanto non presentano differenze significative.

La spine chart rappresenta un nuovo modo di sintetizzare i dati epidemiologici di una popolazione evidenziando con rigidità statistica le differenze e la loro significatività.

## SPINE CHART\_Regione Umbria



## I dati della AUSL Umbria 2 secondo i tre pilastri OMS dell'invecchiamento attivo

### 1. Essere risorsa per la famiglia e la collettività e partecipare alla vita sociale

Oltre 1 soggetto su tre (35%) degli ultra 64enni è una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Gli ultra 64enni che, in una settimana tipo partecipano ad attività con altre persone, sono il 25%. Solo il 3% partecipa a corsi di cultura, esempio di inglese o di computer.

### 2. Rimanere in buona salute

Il 75% degli ultra 64enni giudica positivamente (bene, molto bene o discretamente) il proprio stato di salute. Il 59% è in eccesso ponderale e solo il 4% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate. Il 21% degli intervistati ha problemi di vista; tra questi il 16% ha detto di vedere male nonostante l'uso di occhiali. Gli ultra 64enni che hanno problemi di masticazione sono il 15%, tra questi solo il 32% è andato dal dentista.

Il 21% ha riferito sintomi di depressione e il 20% è a rischio di isolamento sociale. Le persone ultra 64enni che non possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 28%.

### *3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato*

L'80% delle persone ultra 64enni ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani e tra questi il 14% vi si è recato. Il 56% ha sentito parlare di "Università della terza età".

Quasi il 72% ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

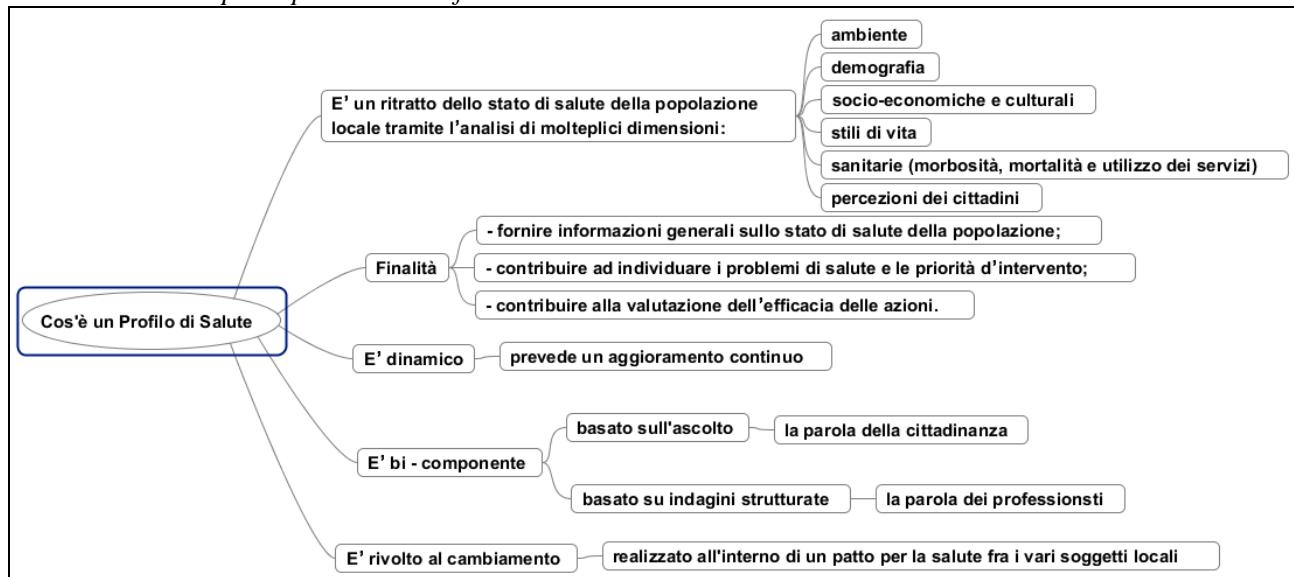
Il 16% è disabile ovvero presenta limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana (es. lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi), di questi il 97% può disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo, principalmente dai familiari 43%, da persone a pagamento nel 54% e solo l'1% da operatori dei servizi pubblici. Il 64% degli intervistati ultra 64enni arriva a fine mese con alcune o con molte difficoltà. Indipendentemente dal percepire una pensione, hanno un lavoro pagato il 5% degli ultra 64enni e un'attività che produce reddito l' 1%.

## Conclusioni

Come accennato in premessa questo elaborato rappresenta i dati essenziali aggregati e sintetizzati per un profilo di Salute della AUSL Umbria 2 diretto principalmente agli operatori e ai decisori e, quindi, non esaustivo completamente rispetto ad argomenti specifici. Per i rapporti su specifici argomenti (es. fattori di rischio comportamentali, analisi di trend, analisi multivariate ecc) si produrranno, anche su particolari richieste e necessità dei Servizi di volta in volta interessati, monografie approfondite sia da un punto di vista tecnico che comunicativo.

Sicuramente nessun documento, per quanto ben redatto, può essere completamente esaustivo per i vari portatori di interesse, per cui anche secondo quanto previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il profilo di salute tiene conto di una valutazione globale di fattori oggettivi, soggettivi e ambientali che dovranno entrare a far parte delle acquisizioni epidemiologiche in un ottica globale di tutela e promozione della salute.

### *Le caratteristiche principali di un Profilo di Salute secondo l'OMS*



Le informazioni contenute nel documento possono, comunque, già costituire una buona base per individuare i principali problemi che la programmazione aziendale dovrà affrontare: i punti di interesse sono numerosi e non è facile sintetizzarli in poche righe, vi sono questioni che riguardano in maniera uniforme tutto il territorio (l'obesità ed il sovrappeso, il fumo di sigarette ed il diabete, ecc.) e vi sono problemi maggiormente rilevanti in alcune aree e distretti. Occorreranno ulteriori approfondimenti e collaborazioni per migliorare quanto già elaborato, ma l'avvio è realizzato e potrà permettere di migliorare la programmazione degli interventi di promozione della salute, di prevenzione e di assistenza, cura e riabilitazione.