

# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto giugno 2007-marzo2008

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



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA



---

**A cura di:**

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

**Intervistatori**

Silvia Cosmini, Emanuela Occoni, Daniela Steinbock, Roberta Fedele, Marilena Geretto  
(*Dipartimento di Prevenzione*)

**Organizzazione interviste**

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Si ringraziano:

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

i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



**Hanno contribuito alla realizzazione dello studio**

**- a livello nazionale:**

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

*Gruppo Tecnico PASSI nazionale*

**- a livello regionale:**

Nora Coppola, Clara Pinna, Loris Zanier

*(Direzione centrale salute e politiche sociali Regione Friuli Venezia Giulia, Agenzia Regionale della Sanità)*

**Gruppo di lavoro regionale Passi 2007-2008:**

Tolinda Gallo (ASS 4 "Medio Friuli"), Daniela Germano (ASS 1 "Triestina"), Margherita Longobardi (ASS 2 "Isontina"), Andrea Iob (ASS 3 "Alto Friuli"), Silla Stel (ASS 5 "Bassa Friulana"), Ilva Osquino (ASS 6 "Friuli Occidentale"),

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

---

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

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

- Dipartimento di Prevenzione - via de'Ralli 3 – 34128 Trieste

## INDICE

	pagina
PREFAZIONE	3
INTRODUZIONE	4
SINTESI DEL RAPPORTO	5
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2007/08	7
OBIETTIVI	12
METODI	14
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	17
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	21
ATTIVITÀ FISICA	24
ABITUDINE AL FUMO	28
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	34
CONSUMO DI ALCOL	41
SICUREZZA STRADALE	46
SICUREZZA DOMESTICA	49
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	53
IPERTENSIONE ARTERIOSA	53
COLESTEROLEMIA	57
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	61
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	63
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	65
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	67
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	72
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO	78
SINTOMI DI DEPRESSIONE	83
BIBLIOGRAFIA	87

---

## Prefazione

---

Questo è il terzo rapporto dello studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ASS n 1 Triestina che, come le altre Aziende Sanitarie regionali partecipa allo Studio già dal 2005.

Attraverso le interviste telefoniche effettuate ad un campione di cittadini sono state raccolte informazioni sui fattori di rischio comportamentali e sugli interventi di prevenzione messi in atto per il loro contenimento.

Quanto emerge dallo studio rappresenta un'informazione preziosa per delineare il profilo di salute della popolazione e per impostare e valutare i programmi di sanità pubblica.

Questo peraltro è l'obiettivo dello studio PASSI, cioè la sorveglianza dello stato di salute della popolazione tra i 18 e i 69 anni al fine di modificare i comportamenti a rischio con interventi che promuovono la salute della popolazione.

Il valore aggiunto di questo documento è che è stato costituito attraverso il contributo diretto dei cittadini interpellati in prima persona per esprimersi sulla propria salute e sui propri comportamenti.

Dott.ssa Marina Brana  
Direttore del Dipartimento di Prevenzione

## Introduzione

---

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema italiano di sorveglianza dei comportamenti e degli stili di vita individuali e della diffusione delle misure di prevenzione.

Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che le patologie “non trasmissibili” (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale), attualmente responsabili dell’86% dei decessi nella Regione Europa, sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli “stili di vita”(alimentazione, fumo, consumo di alcol, attività fisica). Tutte le strategie a medio e lungo termine, come quella recentemente indicata dall’OMS, miranti a ridurre l’impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente monitorare da una parte i fattori comportamentali di rischio e dall’altra la penetrazione delle attività di prevenzione all’interno della popolazione.

Nel 2006, dopo 2 anni di sperimentazione di uno studio pilota di tipo trasversale multiregione, il ministero della Salute ha affidato al CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) dell’Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, analogamente a quanto realizzato negli USA. Tutte le 21 Regioni e Province autonome hanno aderito al progetto.

Nel 2007 è partita la rilevazione dei dati in 20 Regioni: da giugno 2007 a marzo 2008 sono state intervistate in totale 35.000 persone. In Friuli Venezia Giulia hanno aderito tutte le 6 Aziende sanitarie, raccogliendo 1.233 interviste in quel periodo (l’Azienda per i Servizi Sanitari N° 1 “Triestina ha intervistato un campione di 216 persone).

Oltre ad indagare aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari, sintomi di depressione), il sistema PASSI esplora abitudini di vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica), offerta ed utilizzo dei programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione anti influenzale e contro la rosolia) ed infine indaga aspetti relativi alla sicurezza domestica e stradale.

Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni, rappresentativo della popolazione, viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale del Dipartimento di Prevenzione, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato (nell’Azienda Sanitaria N° 1 “Triestina” 25 interviste al mese).

I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Nel presente rapporto sono riportati i risultati dei primi 9 mesi di sorveglianza degli stili di vita e della diffusione delle misure di prevenzione di un campione rappresentativo della popolazione della provincia di Trieste.

L’interesse dimostrato da molti colleghi che operano nel settore della sanità per le informazioni ottenute nella popolazione residente nella nostra azienda, che possono consentire di tarare eventuali interventi di prevenzione sulla popolazione della nostra Azienda, ripaga il gruppo PASSI della ASS 1 “Triestina” per l’impegno e la fatica richiesti.

Dott.ssa Daniela Germano  
Coordinatrice PASSI per l’ASS 1

# Sintesi del rapporto aziendale

## Descrizione del campione aziendale

Nell'Azienda per i Servizi Sanitari N° 1 (ASS 1) "Triestina" è stato intervistato un campione casuale di 216 persone di 18-69 anni, selezionate dalla lista assistiti dell'ASS.1. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini con un'età media di 47 anni (47 per le donne e 48 per gli uomini). Il 59% ha un livello di istruzione alto ed il 68% ha un lavoro regolare.

## Percezione dello stato di salute

Nella nostra Azienda Sanitaria il 67% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare le fasce di età più giovani (18-34 anni e 35-49 anni), le persone con alto livello d'istruzione e quelle senza una patologia severa. Solo il 5% degli intervistati giudica negativamente il proprio stato di salute.

## Attività fisica

Nell'Azienda Sanitaria "Triestina" il 31% degli intervistati può essere definito "attivo", perché aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o effettua un lavoro pesante, ma ben il 21% è completamente sedentario.

Gli operatori sanitari hanno chiesto se pratica attività fisica e hanno consigliato di farla a poco meno del 40% degli intervistati.

## Abitudine al fumo

I fumatori rappresentano il 31% degli intervistati, gli ex fumatori il 27%

Non si rilevano differenze per genere, classi di età, livello di istruzione e condizioni economiche.

Il 97% degli ex fumatori dichiara di aver smesso di fumare da solo, mentre il 3% dichiara di aver fruito di servizi ASL.

Il 14% tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi, dichiara che il divieto sul luogo di lavoro non viene rispettato.

## Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Il 29% degli intervistati è in sovrappeso e il 12% è obeso. Solo il 29% delle persone con eccesso ponderale segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso; fra essi, la proporzione è significativamente maggiore tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (40%) rispetto agli altri (13%).

La maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (97%), poco meno di metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l'11% consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate per la prevenzione delle neoplasie.

## Consumo di alcol

Si stima che tre quarti della popolazione fra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche; più di un quarto degli intervistati ha abitudini "a rischio". Solo il 18% degli intervistati (esclusi gli astemi) riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

## Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità. Si stima che il 60% degli incidenti stradali sia conseguente a fattori umani, per cui una rilevante quota del rischio può essere ridotta da sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti e sulla velocità in auto.

Il 100% degli intervistati utilizza sempre il casco e il 94% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (33%).

L'11% degli intervistati non astemi dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 14% fra tutti gli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

### **Infortuni domestici**

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

La percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti l'89% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi ha ricevuto informazione sugli infortuni domestici è del 31%. Solo il 27% di questi hanno adottato misure di sicurezza per l'abitazione.

### **Rischio cardiovascolare**

Nell'Azienda Sanitaria "Triestina" si stima che sia iperteso un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni (poco meno di un terzo sopra i 50 anni); di questi la metà riferisce di essere in trattamento con farmaci. Non ha mai misurato la pressione arteriosa il 3% degli intervistati.

Quasi un quarto degli intervistati dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia, ed il 21% di questi riferisce di essere in trattamento farmacologico. Il 15% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo.

Solo il 4% delle persone al di sopra dei 35 anni intervistate dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non è ancora largamente utilizzato da parte dei medici.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

Solo il 25% degli intervistati nella fascia 18-64 anni, con almeno una patologia cronica, dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza.

### **Vaccinazione antirosolia**

La percentuale di donne in età fertile che risulta immune dalla rosolia per aver effettuato la vaccinazione o che risulta positiva al rubeotest è solo del 55%; tale percentuale si discosta notevolmente da quella del 95% che consentirebbe di eliminare la rosolia congenita.

### **Screening neoplasia del collo dell'utero**

Nell'ASS 1 "Triestina" il 93% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e l'84% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

### **Screening neoplasia della mammella**

Nell'Azienda Sanitaria "Triestina" l'89% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 72% l'ha eseguita negli ultimi due anni, come raccomandato.

### **Screening tumore del colon retto**

Nella nostra Azienda, solo il 22% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo, probabilmente perché nella Regione FVG nel 2007 il programma di screening non era ancora stato avviato.

### **Sintomi di depressione**

Nell' Azienda Sanitaria "Triestina", l'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto nell'arco delle ultime 2 settimane sintomi di depressione; a maggior rischio sono le donne.

## Tabella riassuntiva

### Risultati giugno 2007-marzo 2008

#### Descrizione del campione

	<b>ASS 1 "Triestina"</b>	<b>Friuli Venezia Giulia 2007</b>
Numerosità	216	795
Uomini	49.5%	50.4%
Donne	50.5%	49.5%
Età media	47 anni	45 anni
Distribuzione per classi d'età		
18-34	22%	29%
35-49	37%	35%
50-69	42%	36%
Livello di istruzione		
ALTO media superiore/ laurea	59%	62%
BASSO nessuno/elementare/ media inferiore	41%	38%
Stato civile		
coniugati	57%	61%
celibi/nubili	27%	26%
vedovi/e	9%	5%
separati/divorziati	7%	9%
Cittadinanza straniera	1%	1%
Lavoro continuativo (tempo pieno o part-time) <sup>1</sup>	68%	73%
Difficoltà economiche		
nessuna	57%	57%
qualche	31%	33%
molte	12%	10%

#### Percezione dello stato di salute (%)

	<b>ASS 1 "Triestina"</b>	<b>Friuli Venezia Giulia 2007</b>
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	67	65
Numero di giorni riferiti in cattiva salute motivi fisici		
0 giorni	54	57
1-13 giorni	34	32
14+ giorni	12	11

<sup>1</sup> riferito alla fascia di 18-65 anni



**Attività fisica (%)**

	<b>ASS 1 "Triestina"</b>	<b>Friuli Venezia Giulia 2007</b>
Livello di attività fisica		
<i>attivo</i> <sup>2</sup>	31	36
<i>parzialmente attivo</i> <sup>3</sup>	48	46
<i>sedentario</i> <sup>4</sup>	21	18
Riferisce che medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica <sup>5</sup>	39	38
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica <sup>5</sup>	37	35
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	17	18

**Abitudine al fumo (%)**

	<b>ASS 1 "Triestina"</b>	<b>Friuli Venezia Giulia 2007</b>
Abitudine al fumo		
<i>fumatori</i> <sup>6</sup>	31	29
<i>uomini</i>	31	31
<i>donne</i>	30	26
<i>ex fumatori</i> <sup>7</sup>	27	24
<i>non fumatori</i> <sup>8</sup>	41	47
Classi di età		
18-24	36	28
25-34	36	33
35-49	29	28
50-69	32	28
Livello di istruzione		
<i>basso</i>	33	32
<i>alto</i>	32	27
Difficoltà economiche		
<i>si</i>	32	34
<i>no</i>	33	26
<i>Numero medio di sigarette</i>	14	13
Chiesto da un medico operatore sanitario se fuma <sup>5</sup>		
<i>a tutto il campione</i>	44	45
<i>ai fumatori</i>	66	68
Consigliato medico operatore sanitario da un di smettere di fumare (ai fumatori) <sup>5</sup>	64	53
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	39	37
Ex-fumatori che hanno smesso da soli	97	90
Rispetto del divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi) sempre o quasi sempre	86	89

<sup>2</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

<sup>3</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>4</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

<sup>5</sup> vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

<sup>6</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

<sup>7</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

<sup>8</sup> meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici sempre o quasi sempre	91	94
--	----	----

### Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (%)

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Popolazione con eccesso ponderale		
<i>sovrappeso</i>	40	29
<i>obeso</i>	29	11
<i>sovrappeso/obeso</i>	12	40
Consigliato di perdere peso da un medico operatore sanitario <sup>9</sup>		
<i>sovrappeso</i>	44	54
<i>obesi</i>	82	80
<i>sovrappeso/obeso</i>	56	62
Consigliato di fare attività fisica da un medico operatore sanitario <sup>9</sup>		
<i>sovrappeso</i>	35	38
<i>obesi</i>	59	51
<i>sovrappeso/obeso</i>	43	42
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11	15

### Consumo di alcol (%)

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>10</sup>	74	72
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	16	13
Bevitori binge <sup>11</sup>	14	14
Forti bevitori <sup>12</sup>	8	5
Bevitori a rischio <sup>13</sup>	29	25
Chiesto da un medico operatore sanitario sul consumo <sup>9</sup>	18	19
Consigliato di ridurre il consumo ai bevitori a rischio <sup>9</sup>	10	8

### Sicurezza stradale (%)

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Personale che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza <sup>14</sup>		
<i>casco sempre</i>	100	99
<i>cintura anteriore sempre</i>	94	91
<i>cintura posteriore sempre</i>	33	37
Guida sotto effetto dell'alcol <sup>15</sup>	11	13
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	14	13

### Sicurezza domestica (%)

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	89	88
Hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive <sup>16</sup>	28	25

<sup>9</sup> solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no

<sup>10</sup> una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

<sup>11</sup> nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

<sup>12</sup> più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

<sup>13</sup> Bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori

<sup>14</sup> calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

<sup>15</sup> aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg

<sup>16</sup> calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	30	33
Fonti di informazione:		
<i>opuscoli</i>	13	18
<i>mass media</i>	16	15
<i>tecnici</i>	5	3
<i>medico/altro operatore sanitario</i>	4	2
<i>parenti/amici</i>	1	1

**Ipertensione arteriosa (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Persone che riferiscono di essere ipertese	20	19
Misurazione di pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	89	87

**Colesterolemia (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche	24	23
Misurazione del colesterolo almeno una volta	85	80

**Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni) (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare <sup>17</sup>	4	5

**Vaccinazione antinfluenzale (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Vaccinati 18-64 (campagna antinfluenzale 2006-07)	12.5	9
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia	25	25

**Vaccinazione antirosolia (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Donne vaccinate (18-49 anni)	21	31
Donne suscettibili <sup>18</sup> (18-49 anni)	45	39

**Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	84	88
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASS	88	86
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	66	69
Donne che hanno visto una campagna informativa	74	75
Influenza positiva (molta/abbastanza) di		
<i>lettera dell'ASS</i>	55	59
<i>consiglio dell'operatore sanitario</i>	55	72
<i>campagna informativa</i>	37	47
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'ASS, consiglio, campagna informativa)		
<i>0 intervento</i>		50
<i>1 intervento</i>	79	89
<i>2 interventi</i>	87	88
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	86	92

<sup>17</sup> Calcolato su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari<sup>18</sup> Donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha effettuato mai il rubeotest

**Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50-69 anni) (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Effettuata una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	72	83
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASS	72	74
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	49	66
Donne che hanno visto una campagna informativa	89	83
Influenza positiva (molta/abbastanza) di		
<i>lettera dell'ASS</i>	58	57
<i>consiglio dell'operatore sanitario</i>	56	72
<i>campagna comunicativa</i>	41	58
Donne che hanno effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di promozione (lettera dell'AUSL, consiglio, campagna informativa)		
<i>0 interventi</i>	50	46
<i>1 intervento</i>	73	74
<i>2 interventi</i>	79	90
<i>tutti e 3 gli interventi</i>	68	82

**Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni) (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Eseguito un test per la ricerca di Sangue occulto a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	7	10
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	16	14

**Sintomi di depressione (%)**

	ASS 1 "Triestina"	Friuli Venezia Giulia 2007
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane <sup>19</sup>	8	8
<i>donne</i>	13	11
<i>uomini</i>	3	6
Classi di età		
<i>18-34</i>	6	6
<i>35-49</i>	9	9
<i>50-69</i>	8	9
Con almeno 1 patologia	11	16
Ha cercato aiuto da qualcuno	27	60
Figure di ricorso per sintomi di depressione		
<i>nessuno</i>	73	40
<i>medico/operatore sanitario</i>	18	35
<i>famiglia/amici</i>	9	16

<sup>19</sup> score calcolato sulla base al numero di giorni nelle ultime 2 settimane con poco interesse o piacere nel fare le cose o giù di morale, depresso/a o senza speranza

# Obiettivi

## Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione di 18-69 anni relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive.

## Obiettivi specifici

### Aspetti socio-demografici

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico)
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati.

### Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività.

### Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata
- stimare la proporzione di persone sedentarie e individuare i gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la prevalenza di persone alle quali è stato chiesto e consigliato da parte degli operatori sanitari di svolgere attività fisica.

### Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), non fumatori ed ex-fumatori
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro e nei luoghi pubblici.

### Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica
- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

### **Consumo di alcol**

- stimare la proporzione di persone che consumano alcol
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge, consumo fuori pasto e forte consumatore)
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

### **Sicurezza stradale**

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco)
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

### **Sicurezza domestica**

- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono state adottate misure per rendere più sicura l'abitazione.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

- stimare la prevalenza di persone di 18-64 anni affette da almeno una patologia cronica che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata.

### **Vaccinazione antirosolia**

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) sottoposte al rubeo-test
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

### **Fattori di rischio cardiovascolare**

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da diabete
- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta o il punteggio del rischio cardiovascolare.

### **Diagnosi precoci delle neoplasie**

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato un Pap test, di donne 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia e di persone di 50-69 anni che hanno effettuato ricerca del sangue occulto o una colonscopia nei tempi raccomandati
- stimare la periodicità dell'effettuazione dell'esame di diagnosi precoce e stimare l'effettuazione all'interno di un programma di screening organizzato
- stimare la prevalenza di popolazione target che riferisce di aver ricevuto lettera di invito dall'AUSL, consiglio di un operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione dell'esame di diagnosi precoce

### **Sintomi di depressione**

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nelle attività
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quale.

# Metodi

## **Tipo di studio**

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

## **Popolazione di studio**

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell' Azienda Sanitaria n.1 Triestina (complessivamente 159.159 persone al 31/12/2006). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

## **Strategie di campionamento**

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie; la dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità.

Il campione complessivo dell'Azienda Sanitaria Triestina relativo al periodo giugno 2007- marzo 2008 è risultato di 216 individui.

In Friuli Venezia Giulia il campione intervistato nel solo anno 2007, a cui si riferiscono i confronti presenti in questo rapporto, è risultato di 795 individui.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI.

Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, eccetto Lombardia e Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie coinvolte e 21.996 interviste telefoniche raccolte.

Nel presente rapporto il dato di riferimento nazionale è denominato "pool PASSI" e fa riferimento al territorio coperto nel 2007 in maniera sufficiente, per numerosità e rappresentatività dei campioni, dal sistema di sorveglianza (vedi figura); oltre alle già citate Lombardia e Calabria, sono state escluse dal pool la Sardegna e alcune province a causa della limitata numerosità.



**Pool PASSI 2007**  
**Distribuzione territoriale**

## **Interviste**

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dal Dipartimento di Prevenzione.

I dati raccolti sono stati riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione da giugno 2007 a marzo 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 24 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori che ha avuto per oggetto: modalità del contatto e del rispetto della privacy, metodo dell'intervista telefonica, somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 21% delle interviste è stata effettuata utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)).

## **Analisi delle informazioni**

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli Intervalli di Confidenza al 95% solo per le variabili principali.

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

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

L'intervallo di confidenza regionale relativo al 2007 è stato preso come riferimento per i confronti.

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

## **Etica e privacy**

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

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



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

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

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

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

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

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

# Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 159.159 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della Azienda per i Servizi Sanitari N° 1 "Triestina". 216 persone di età 18-69 anni, sono state selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria.

Considerando che il 3% delle persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione<sup>20</sup> è stato del 9%; il tasso di risposta<sup>21</sup> è stato dell'85% e quello di rifiuto<sup>22</sup> del 7%.

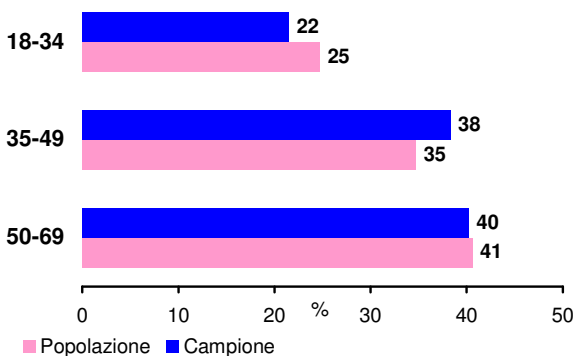
## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 50,5% del campione intervistato (109 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 47 anni.
- Il 22% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 37% in quella 35-49 e il 42% in quella 50-69.

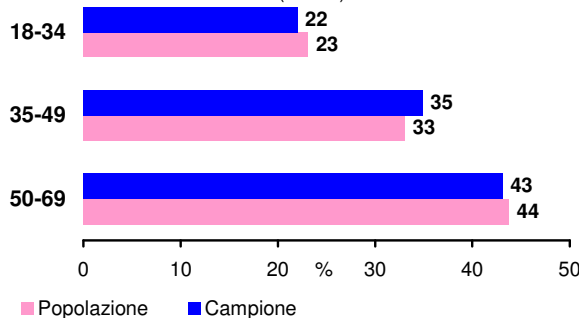
#### Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini

ASS 1 Triestina - PASSI giugno 2007-marzo 2008  
(n=216)



#### Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne

ASS 1 Triestina - PASSI giugno 2007-marzo 2008  
(n=216)



- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, il che è indice di una buona rappresentatività del campione stesso.

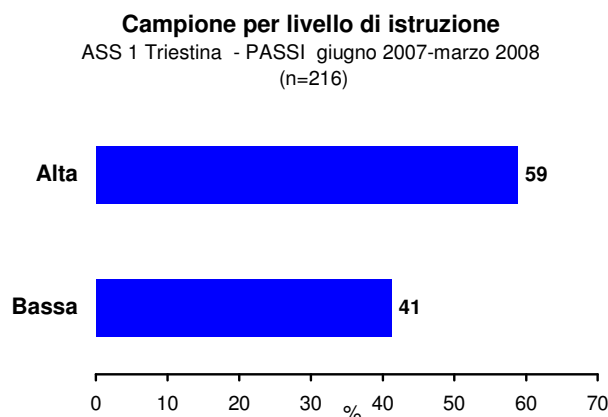
<sup>20</sup> Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

<sup>21</sup> Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

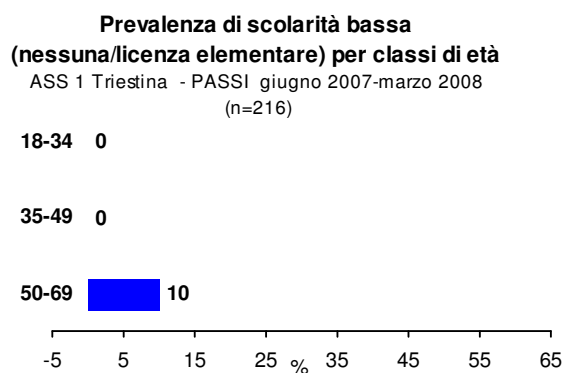
<sup>22</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

## Il titolo di studio

- Il 4% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 37% la licenza media inferiore, il 39% la licenza media superiore e il 20% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.

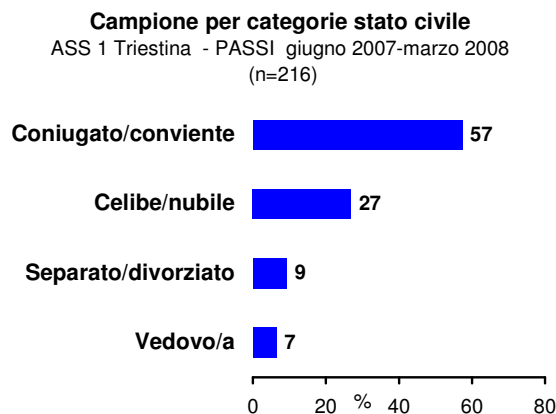


- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



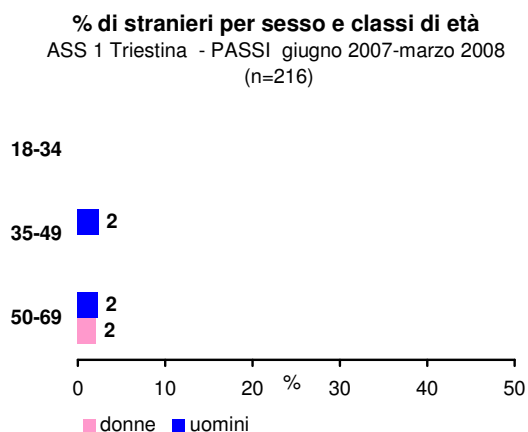
## Lo stato civile

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" i coniugati/conviventi rappresentano il 57% del campione, i celibi/nubili il 27%, i separati/divorziati il 9% ed i vedovi/e il 7%.



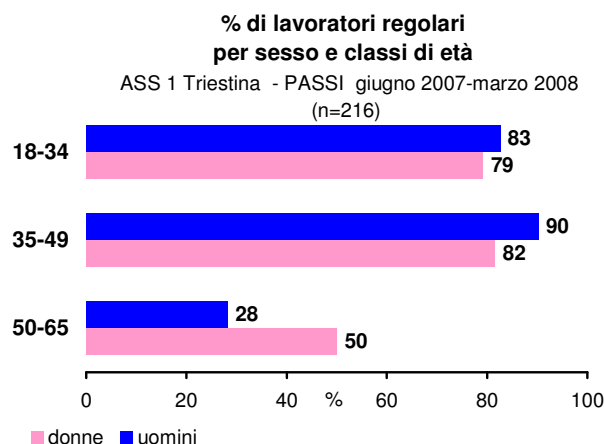
## Cittadinanza

- Il 99% del campione intervistato è italiano, l' 1% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età meno giovani, nessuno straniero si trova nella classe di età 18-34. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.



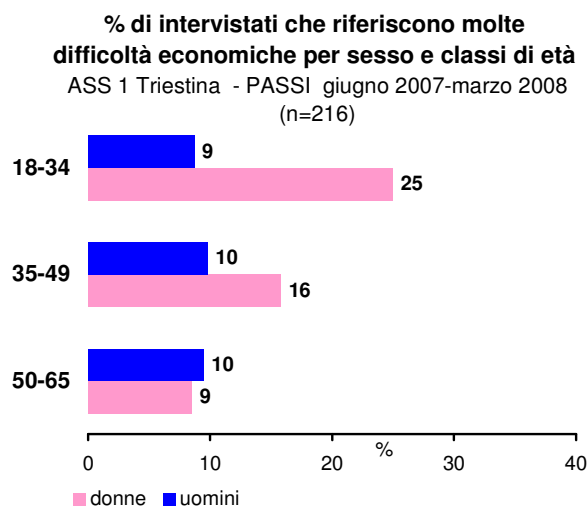
## Il lavoro

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 68% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Non risultano differenze di occupazione per genere, mentre risulta significativamente meno occupata la classe di età meno giovane in entrambi i sessi ( $p < 0.01$ ).



## Difficoltà economiche

- Nella nostra azienda il 12% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 31% qualche difficoltà, il 57% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (25% contro 9%), è soprattutto la classe 18-34 anni che riferisce molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.



## **Conclusioni**

Il campione nella Azienda Sanitaria “Triestina” è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all’analisi e all’interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell’indagine.

# Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso 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 per motivi fisici e/o mentali.

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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 67% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 28% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 5% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
  - le persone nelle classi di età più giovani (18-34 e 35-49 anni),
  - le persone con alta istruzione,
  - le persone senza patologie severe,
  - le persone senza difficoltà economiche, anche se le differenze sono significative solo per età, livello di istruzione e patologia severa.

### Stato di salute percepito positivamente\*

ASS 1 - PASSI marzo 2007-giugno 2008 (n=216)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>67.1</b> (IC95%: 60.4-73.4)
<b>Età<sup>#</sup></b>	
18 - 34	78.7
35 - 49	82.3
50 - 69	47.8
<b>Sesso</b>	
uomini	67.3
donne	67.0
<b>Istruzione<sup>#</sup></b>	
bassa	53.9
alta	76.4
<b>Difficoltà economiche<sup>**</sup></b>	
sì	60.9
no	72.4
<b>Patologia severa<sup>*** #</sup></b>	
presente	39.1
assente	74.7

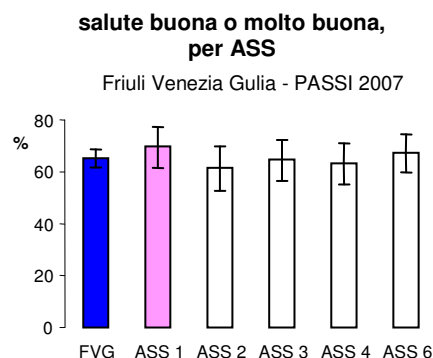
\* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

\*\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

# p< 0.05

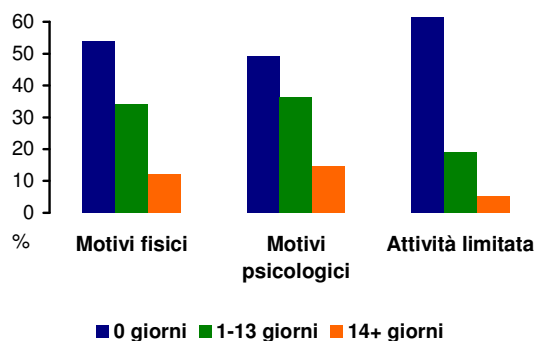
- Nelle ASS della Regione con campione significativo, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range dal 62% dell'ASS 2 al 70% dell'ASS 1); non sono emerse differenze significative.
- 
- Nel pool di ASL che hanno partecipato alla sorveglianza PASSI a livello nazionale, il 65% (64.0-65.4) riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute.



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

- Nella nostra Azienda la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (54% in buona salute fisica, 49% in buona salute psicologica e 76% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 12% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, il 15% per motivi psicologici e solo il 5% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

**Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
ASS 1 - PASSI marzo 2007-giugno 2008 (n=216)



- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute è di 4 giorni per motivi fisici e di 5 per motivi psicologici, mentre le attività abituali sono limitate per 1.6 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa), pur non essendo significativamente più limitate nelle loro abituali attività.

**Giorni in cattiva salute percepita**  
ASS 1 - PASSI marzo 2007-giugno 2008 (n=216)

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	<b>4.3</b>	<b>4.9</b>	<b>1.6</b>
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	3.6	2.6	1.3
35 - 49	3.3	6.9	1.4
50 - 69	3.5	4.4	2.1
<b>Sesso</b>			
uomini	3.9	3.1	1.2
donne	4.6	6.7 <sup>#</sup>	2.0

<sup>#</sup>p<0.01

---

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata; la percezione della cattiva salute per motivi psicologici è significativamente più alta nel genere femminile.

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, come ad esempio per quella dei sintomi di depressione alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.



# Attività fisica

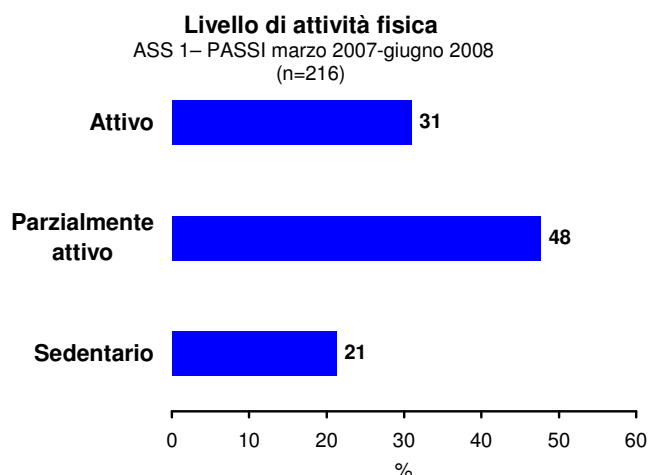
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, quali ad esempio le malattie cardiovascolari.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 31% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 48% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 21% è completamente sedentario.



## Chi fa poca o nessuna attività fisica?

Nella Azienda Sanitaria “Triestina” non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione. Le uniche differenze significative si rilevano per classi di età: più precisamente i sedentari sono significativamente meno rappresentati nelle classi più giovani.

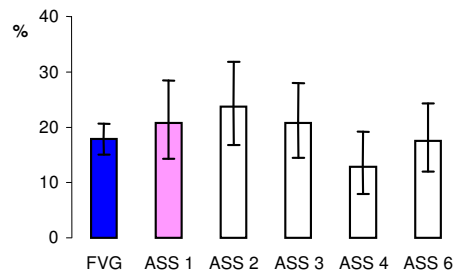
<b>Sedentari</b>	
ASS 1 – PASSI marzo 2007-giugno 2008 (n=216)	
Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>21.3</b> (IC95%: 16.0-27.4)
<b>Classi di età #</b>	
18 - 34	4.3
35 - 49	24.1
50 - 69	27.8
<b>Sesso</b>	
uomini	16.8
donne	25.7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	27,0
alta	17.3
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	16.3
no	25.2

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
# p<0.01

- Nelle Aziende Sanitarie regionali non sono emerse differenze statisticamente significative (anche in ragione della ridotta numerosità) per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie (range dal 13% dell'ASS 4 al 24% dell'ASS 2)

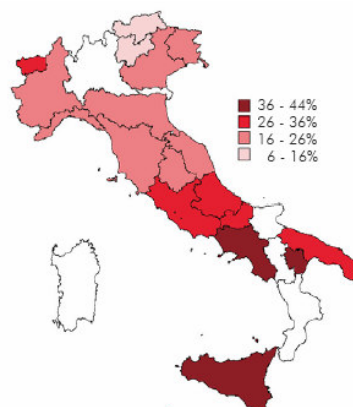
### Persone che fanno poca o nessuna attività fisica, per ASS

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



**% di persone sedentarie**  
Pool PASSI 2007

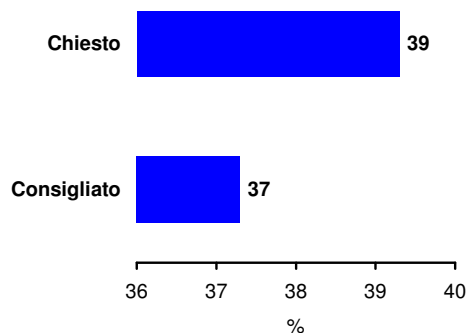
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 28% del campione (19% del Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.



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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" solo il 39% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 37% dei casi.
- Nella regione FVG solo il 38% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 35% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 30% (Nord-Est Italia 31%).

**Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari (%)**  
ASS 1- PASSI marzo 2007-giugno 2008 (n=216)



## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

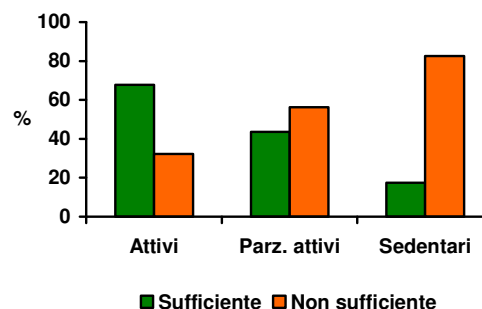
La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Nella Azienda Sanitaria “Triestina” il 32% delle persone attive percepisce il proprio livello di attività fisica come non sufficiente.

Il 44% dei parzialmente attivi ed il 17% delle persone sedentarie lo percepisce come sufficiente.

I dati dell’Ass 1 Triestina sono in linea sia con quelli regionali che con quelli nazionali

**Autopercezione e livello di attività fisica praticata**  
ASS 1 – PASSI marzo 2007-giugno 2008 (n=216)



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella Azienda Sanitaria “Triestina” il 31% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 21% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane, di sesso femminile e fra quelle con livello di istruzione più basso, anche se differenze significative si rilevano solo per classi di età.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio.

In poco più di un terzo dei casi i medici triestini si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, ma la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente e risulta di poco superiore, ma non significativamente, al pool delle ASL nazionali. Un fatto che assume particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorto.

Tuttavia l’opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

# L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

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

Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

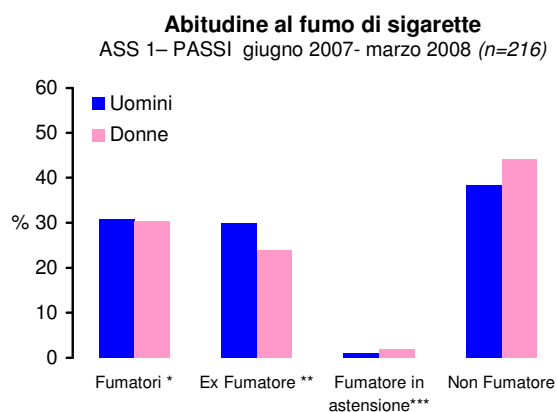
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" i fumatori sono pari al 31%, gli ex fumatori al 27%, e i non fumatori al 41%. A questi si aggiungono 3 persone (1.4%) che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS).
- Non vi sono differenze nell'abitudine al fumo per genere; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (44% vs 38%).

Fra gli intervistati della Regione FVG i fumatori rappresentano il 28%, gli ex fumatori sono il 25%, i non fumatori il 48%.



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

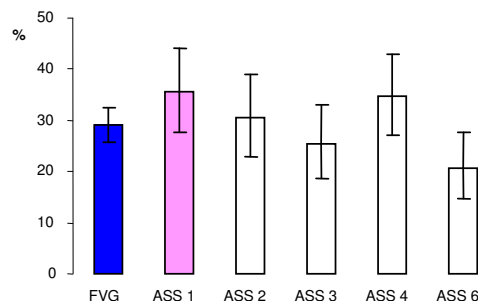
\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e

\*\*\*Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

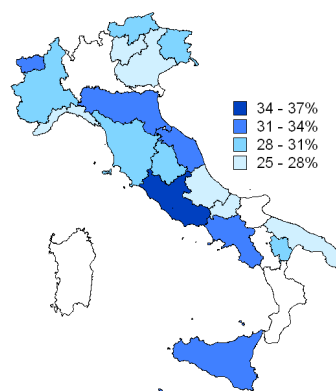
- Tra le ASS regionali la prevalenza di fumatori varia dal 21% dell'ASS 6 al 38% dell'ASS 1 .

**Fumatori, per ASS**  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI nazionale, i fumatori sono il 31%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50% (nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente pari a 27%, 23% e 50%)

**% di fumatori**  
Pool PASSI 2007



## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- I fumatori abituali fumano in media 14 sigarette al giorno. Tra loro, il 7.6% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Non si sono osservate differenze per genere, classi di età, livello di istruzione e condizioni economiche.

Il numero medio di sigarette fumate e la percentuale di forti fumatori non si discostano da quelli delle ASS regionali.

**Fumatori**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=216)

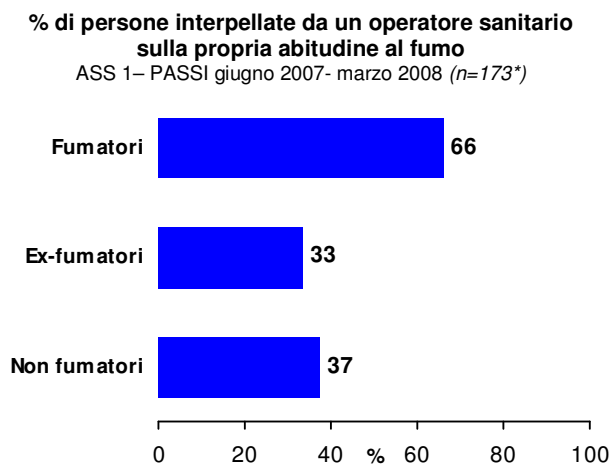
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>31.9</b> (IC95%: 25.8-38.6)
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	36.2
35 - 49	29.1
50 - 69	32.2
<b>Sesso</b>	
M	31.8
F	32.1
<b>Istruzione**</b>	
bassa	32.6
alta	31.5
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	31.5
no	32.5

\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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

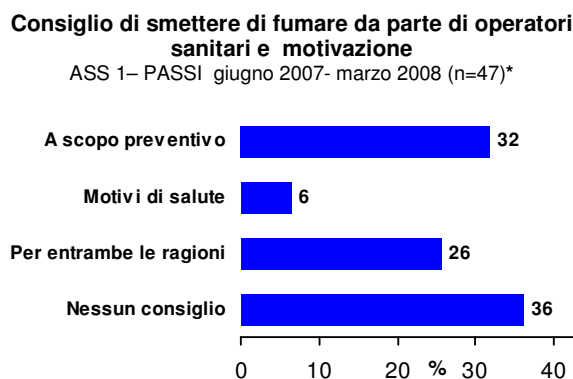
- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 44% ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 66% dei fumatori, il 33% degli ex fumatori e il 37% dei non fumatori.
- La percentuale di intervistati della ASS 1 che hanno riferito di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo non si discosta da quella regionale (45%) e da quella nazionale (42%).



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

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

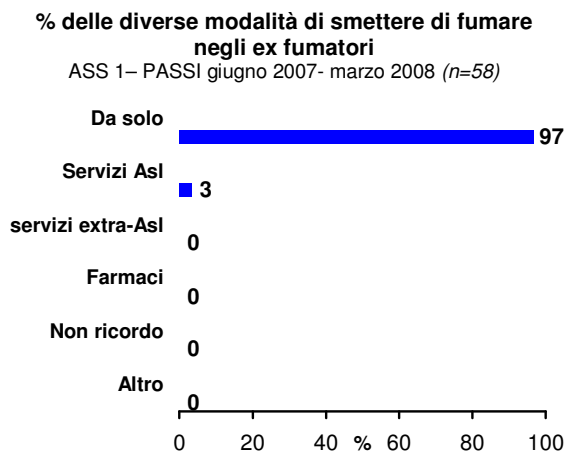
- il 64% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (32%)
- il 36% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.
- Nella regione FVG il 53% dei fumatori 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 (24%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario è del 60% (58% Nord-Est Italia).



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

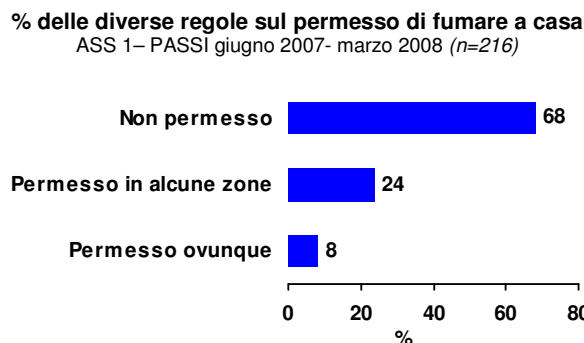
## Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori il 97% ha smesso di fumare da solo e il 3% riferisce di aver fruito di servizi ASL.
- I valori rilevati sono in linea sia con quelli regionali, dove il 98% degli ex fumatori ha smesso da solo, che con quelli nazionali (96% degli ex fumatori)
- Il 39 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (37% a livello regionale e 41% a livello nazionale).



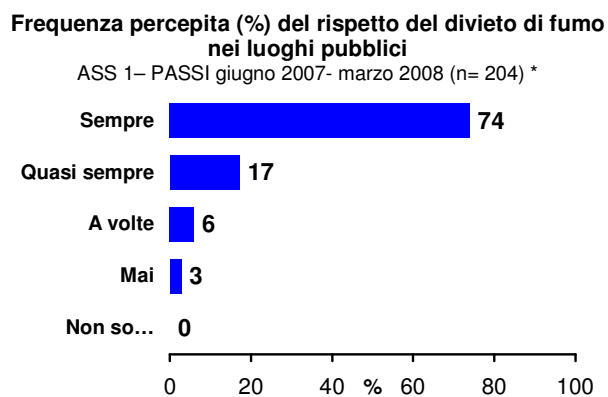
## L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 68% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 32% dei casi si fuma ovunque (8%) o in alcuni luoghi (24%).



## L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- le persone intervistate riferiscono, nel 91% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 9% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

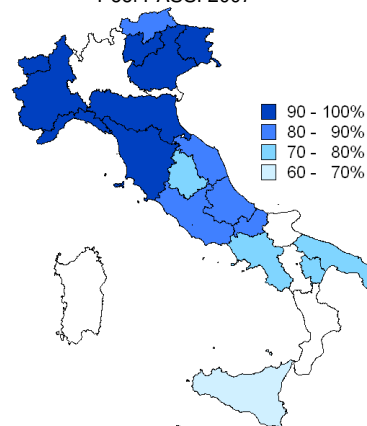


\* intervistati che sono stati in luoghi pubblici negli ultimi 30 giorni



**% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici**  
Pool PASSI 2007

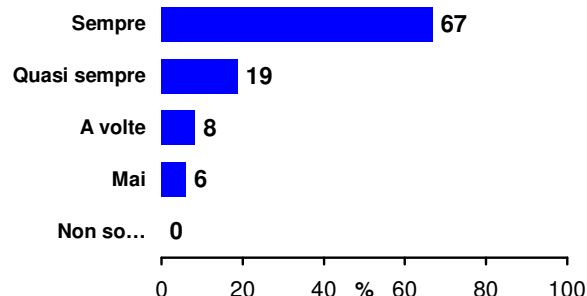
- In regione FVG il 94% degli intervistati ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (76%) o quasi sempre (18%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'84% dei casi (93% Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.



### Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

**Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 133 lavoratori) \***  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008

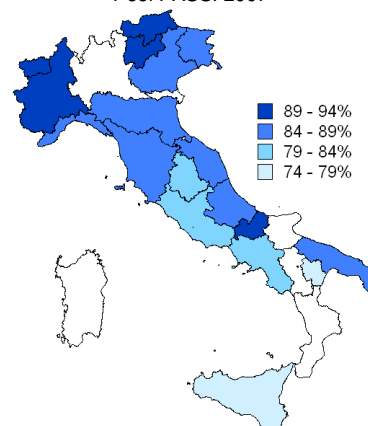
- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 86% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 14% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- In regione, tra i lavoratori intervistati, l'89% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (74%) o quasi sempre (15%).



\*chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

**% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro**  
Pool PASSI 2007

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'85% dei casi (88% nel Nord-Est), con un gradiente territoriale.



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella Azienda Sanitaria “Triestina” un elemento che desta preoccupazione è l’elevata prevalenza di fumatori in tutte le classi di età, dove almeno 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori e soprattutto nella classe di età più giovane, dove la prevalenza raggiunge il 36%. Va sottolineato anche che non sono state rilevate differenze per genere né per livello di istruzione.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono ancora pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all’ausilio di operatori sanitari aziendali; nessuno ha dichiarato di aver smesso grazie a farmaci o gruppi di aiuto. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l’offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l’attenzione al fumo passivo posta dall’entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

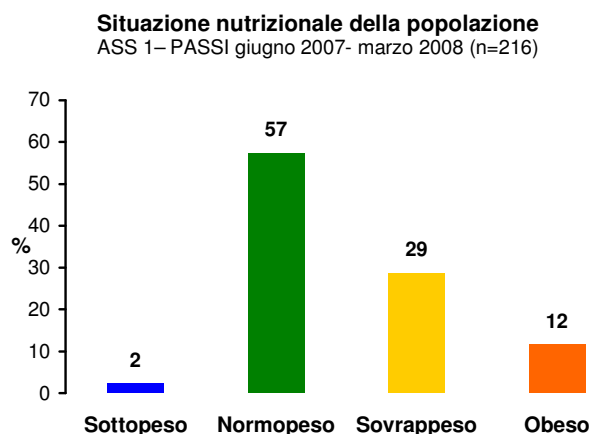
# Situazione nutrizionale

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, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30).

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 29% sovrappeso e il 12% obeso.
- Complessivamente, si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



## Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (53% vs 28%) e nelle persone con basso livello di istruzione, con differenze tutte statisticamente significative.
- Non si rilevano differenze significative per condizioni economiche.

**Eccesso ponderale**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=216)

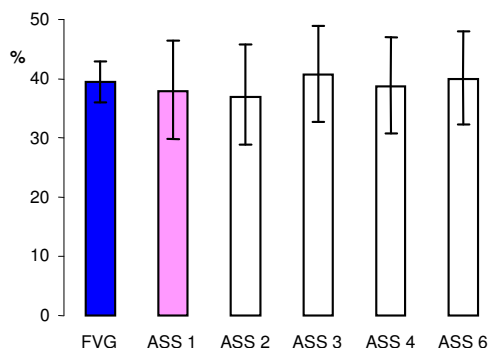
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
<b>Totale</b>	<b>40.3</b> (IC95% 33.7- 47.1)
<b>Classi di età<sup>#</sup></b>	
18 - 34	27.7
35 - 49	34.2
50 - 69	52.2
<b>Sesso<sup>#</sup></b>	
uomini	53.3
donne	27.5
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	48.3
alta	34.6
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	34.8
no	44.7

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea

<sup>#</sup> p<0.05

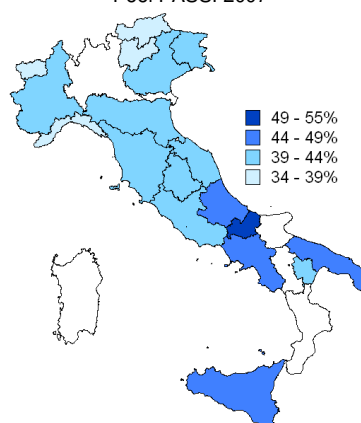
- Nelle ASS della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 37% dell'ASS 2 al 41% dell'ASS 3).

**Eccesso ponderale, per ASS**  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



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

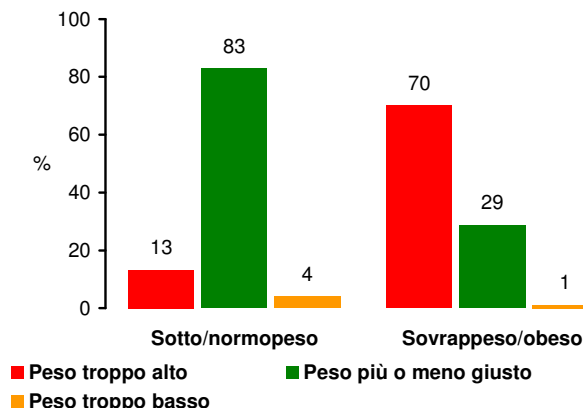
**% di persone in eccesso ponderale**  
Pool PASSI 2007



### Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso può condizionare la motivazione ad un cambiamento nello stile di vita.
- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Nella ASS 1 "Triestina" si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (83%), mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 70% ha una percezione coincidente.

**Percezione della propria situazione nutrizionale**  
ASS 1 – PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=216)



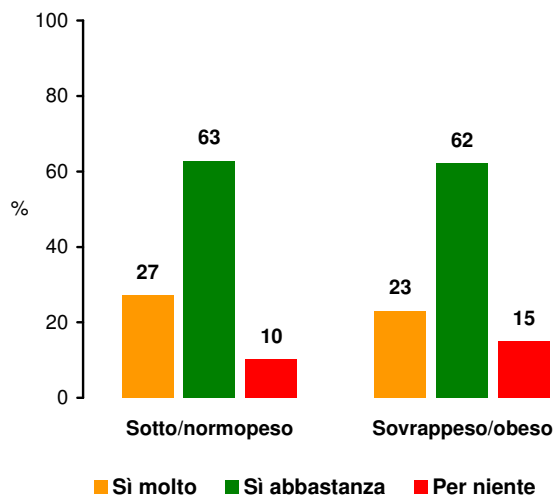
Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: considera il proprio peso

più o meno giusto, fra i sotto/normopeso, l'80% delle donne rispetto all' 88% degli uomini, e fra i sovrappeso/obesi il 13% delle donne rispetto al 37% degli uomini.

## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- L'88% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto"), in particolare:
  - il 63% dei sottopeso/normopeso,
  - il 62% dei sovrappeso/obesi.

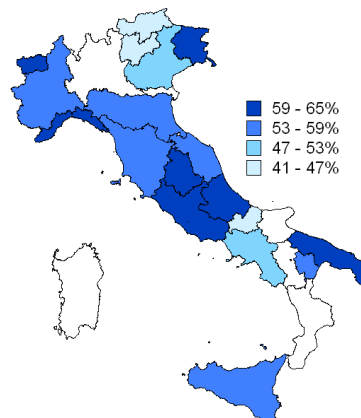
Quello che mangia fa bene alla sua salute?  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=216)



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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" solo il 56% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e l' 82% delle persone obese
- In regione FVG il 62% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare il 54% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 48% delle persone in sovrappeso e l'81%

% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario  
Pool PASSI 2007

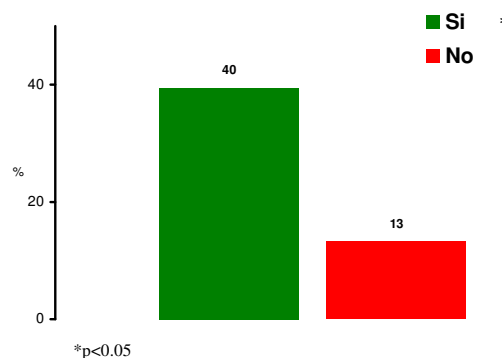


delle persone obese); nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 55%, 45% e 82%.

- Solo il 29% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta :
  - nelle donne (43% vs il 21% degli uomini)
  - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (40% vs 13%)

**Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario**

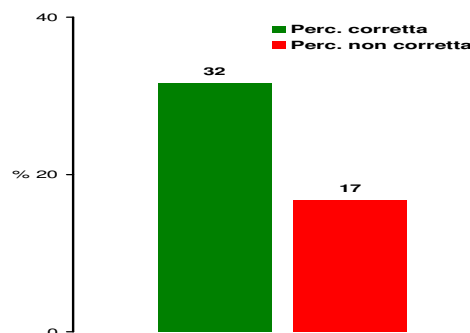
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=19)



- La proporzione è più alta, ma non significativamente, anche tra:
  - le persone obese (36%) rispetto a quelle in sovrappeso (26%), anche se non in modo significativo.
  - le persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come “troppo alto” (32%) rispetto a coloro che ritengono il proprio peso “giusto”(17%)

**Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso**

ASS 1- Passi giugno 2007- marzo 2008 (n=62)

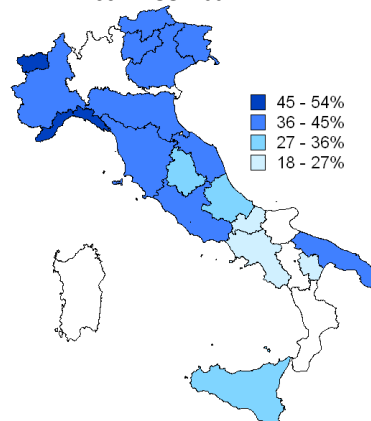


**Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?**

- Nella Azienda Sanitaria “Triestina” il 24% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (15% nei sovrappeso e 48% negli obesi).
- Il 43% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 35% delle persone in sovrappeso e il 59% di quelle obese.

- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 69% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 82% di chi non lo ha ricevuto. Le differenze rilevate non sono significative.

**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2007

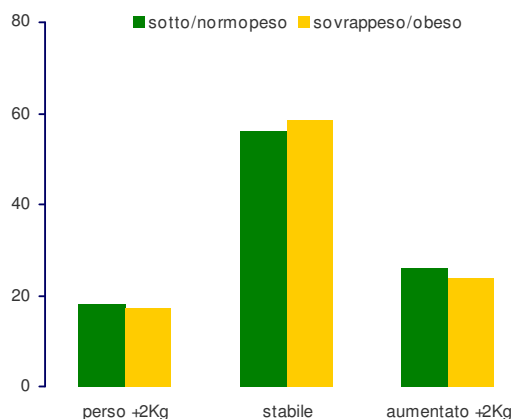


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 33% delle persone in sovrappeso e il 45% degli obesi; nel Nord-Est Italia i valori sono rispettivamente 39%, 35% e 48%.

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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 25% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è significativamente più elevata:
  - tra le donne (34% rispetto al 17% negli uomini).
- Non emergono differenze per classi di età e per stato nutrizionale (24% nei sovrappeso/obesi vs il 26% dei sottopeso/normopeso).

**Cambiamenti negli ultimi 12 mesi**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=216)



### Conclusioni e raccomandazioni

Nella Azienda Sanitaria "Triestina" l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. Nella fascia di popolazione con eccesso ponderale, emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 70% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 29% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (76%). I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

# Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

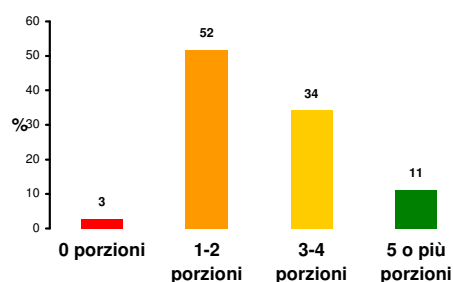
Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associate 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").

## Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'11% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 34% mangia 3-4 porzioni al giorno.

### Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno

ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=216)



### Consumo di frutta e verdura

ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=216)

Caratteristiche		Adesione al "5 a day"*(%)
<b>Totale</b>		<b>11.0</b> (IC95% 7.3-16.1)
<b>Classi di età</b>		
	18 - 34	9
	35 - 49	15
	50 - 69	9
<b>Sesso</b>		
	uomini	8
	donne	15
<b>Istruzione**</b>		
	bassa	10
	alta	12
<b>Difficoltà economiche</b>		
	sì	10
	no	12
<b>Stato nutrizionale</b>		
	sotto/normopeso	10
	sovrappeso/obeso	13

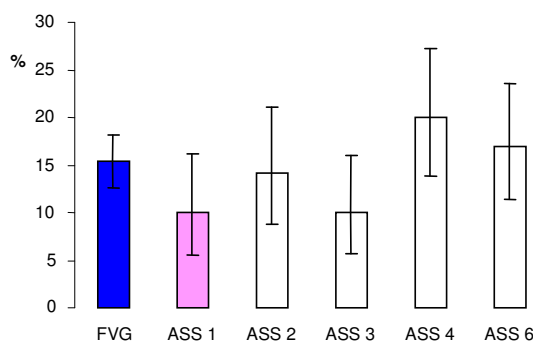
\* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea



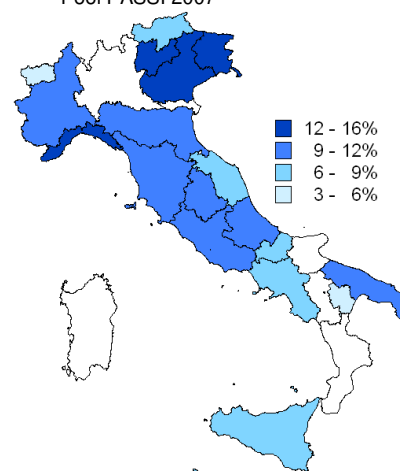
- Nelle ASS della regione FVG la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dal 10% delle ASS 1 e ASS 3 al 20% dell’ASS 4.

**Adesione al “5 a day”, per ASS**  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “five a day” il 10% del campione (13% nel Nord-Est Italia).

**% persone che aderiscono al “five a day”**  
Pool PASSI 2007



## Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: poco meno della metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l'11% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

# Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). L'alcol è inoltre considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

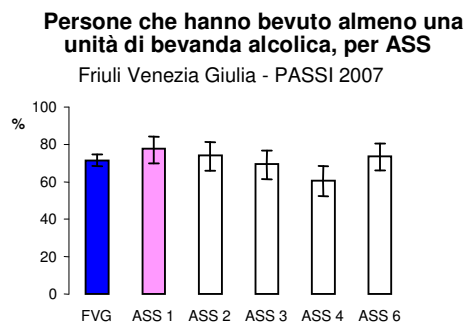
## Quante persone consumano alcol?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 74%.
- Non si sono osservate differenze per fascia di età
- La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 63% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 37% prevalentemente durante il fine settimana.

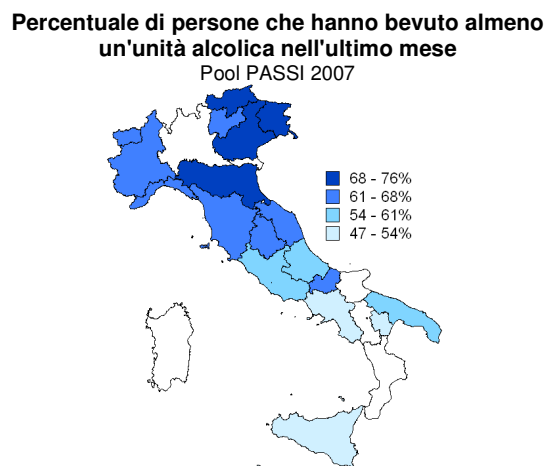
<b>Consumo di alcol (ultimo mese)</b>	
ASS 1 – PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=216)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*</b>
<b>Totale</b>	<b>74.4</b> (IC95%:68.8-80.1)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	72.3
35 - 49	75.6
50 - 69	74.4
<b>Sesso<sup>#</sup></b>	
uomini	86.8
donne	62.4
<b>Istruzione**</b>	
bassa	70.5
alta	77.2
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	68.1
no	78.9

\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.  
 \*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
<sup>#</sup> p< 0.01

- Nelle ASS della regione FVG emerge un minor consumo nell'ASS 4 ed uno maggiore nell'ASS 1 rispetto al dato medio regionale (range 69% -78%).

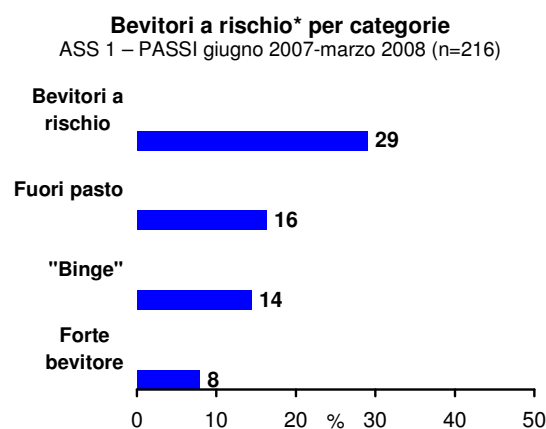


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 61%, mentre nel Nord-Est Italia sale al 70%; è presente un evidente gradiente territoriale



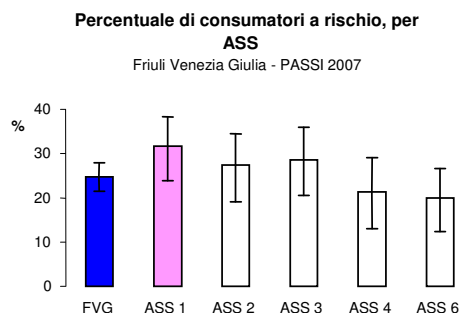
### Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 29% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 16% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 14% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- L'8% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

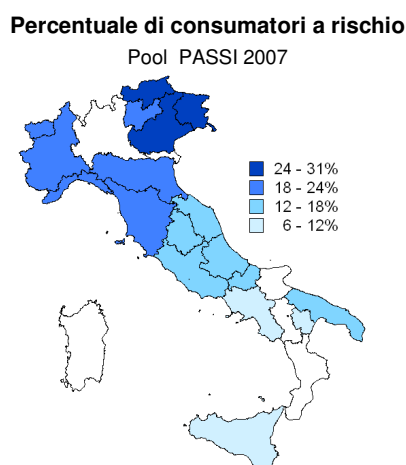


\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Nelle ASS regionali il range per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio varia dal 20% dell'ASS 6 al 32% dell'ASS 1.



- A livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 16% (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. Nel Nord-Est Italia si sale al 22% (6% consumo forte, 11% consumo binge, 12% consumo fuori pasto).



## Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

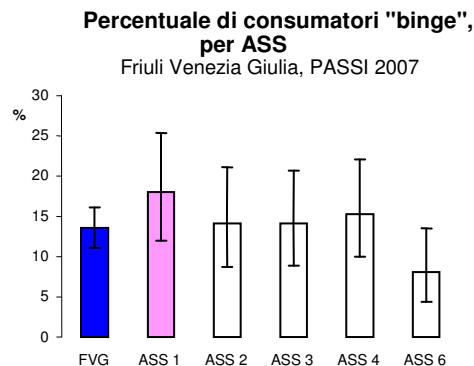
- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 14% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione, il livello economico e l'età.

**Consumo "binge" (ultimo mese)**  
ASS 1 – PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=216)

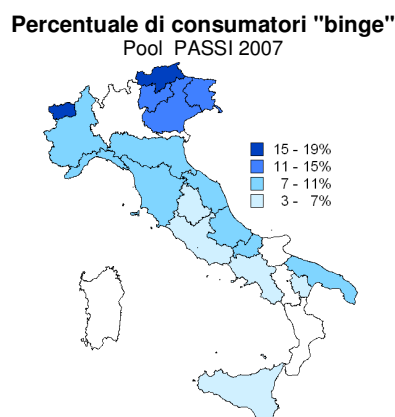
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
<b>Totale</b>	<b>14.4</b> (IC95%: 10.0-19.8)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	21.3
35 - 49	16.7
50 - 69	8.9
<b>Sesso#</b>	
uomini	23.6
donne	5.5
<b>Istruzione**</b>	
bassa	10.2
alta	17.3
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14.3
no	14.6

\*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione  
\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
# p<0.01

- Nelle ASS regionali la percentuale di consumatori “binge” presenta un range che va dall’ 8% dell’ASS 6 al 15% dell’ASS 4



- A livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 16% (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. Nel Nord-Est Italia si sale al 22% (6% consumo forte, 11% consumo binge, 12% consumo fuori pasto).

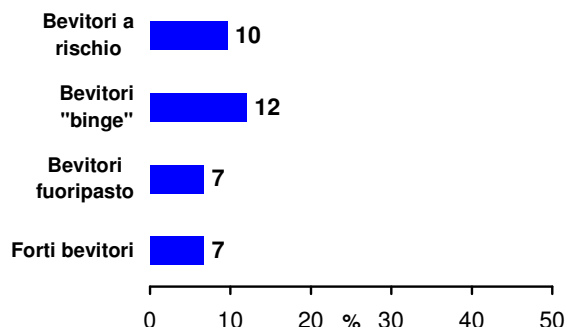


### ***A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?***

- Nella Azienda Sanitaria “Triestina” solo il 18% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 10%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 12% di bevitori “binge”, dal 7% di bevitori fuori pasto e dal 7% di forti bevitori.
- Tra le ASL regionali la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata del 19%.
- l’8% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno, in particolare: 12% dei bevitori binge, 5% dei bevitori fuori pasto, 8% dei forti consumatori.

**% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)**

ASS 1 – PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=174)

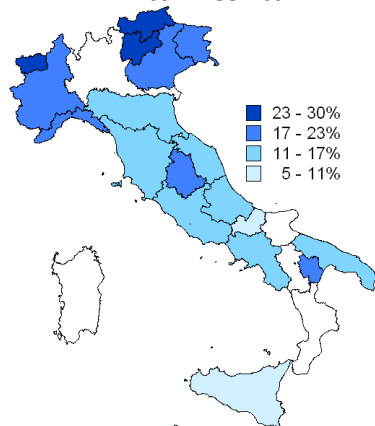


\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Nel pool di ASL partecipanti al sistema PASSI solo il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti relativi al consumo dell'alcol.
- Inoltre solo il 9% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario.

Nel Nord-Est Italia l'attenzione al problema è più alta: il 18% ha riferito l'attenzione dell'operatore sanitario alle proprie abitudini di consumo ed il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio

**Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol**  
Pool PASSI 2007



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella Azienda Sanitaria "Triestina" si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e poco più di un quarto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Il dato diventa drammaticamente preoccupante, se si considera che la prevalenza di consumo a rischio dichiarata nella nostra Azienda risulti doppia rispetto a quella ricavabili dall'intero pool PASSI nazionale.

I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo di rado si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale, sia fra gli operatori sanitari.

Il consiglio degli operatori sanitari si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentale relativi agli stili di vita.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nel tempo nell'ambito delle attività di informazione ed educazione, in particolare coinvolgendo famiglia, scuola e società, col supporto importante dei mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della legalità (es. limite dei 0,5 gr/litro di tasso alcolico nel sangue per la guida), della sicurezza per sé e per gli altri e dall'altro all'offerta di aiuto per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

# Sicurezza stradale

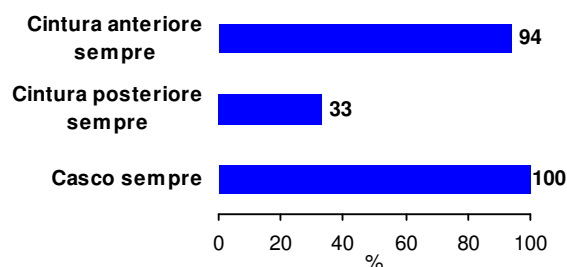
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Secondo i dati ISTAT, nel 2007 si sono verificati in Italia 230.871 incidenti stradali con 5131 morti e 325.850 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. Nella regione FVG nel 2007 gli incidenti stradali sono stati 5.022 con 124 morti e 6.737 feriti.

Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre la guida sotto l'effetto dell'alcol e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nella ASS 1 "Triestina", tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 94%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (33%)
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 100% riferisce di usare sempre il casco
- Tra le ASS della regione FVG, la percentuale di intervistati che ha dichiarato di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari a:
  - 91% per la cintura anteriore
  - 37% per la cintura posteriore
  - 99% per il casco
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore rispetto ai dati regionali ed a quelli della nostra Azienda, essendo dell' 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco; il Nord-Est Italia presenta valori sovrapponibili a quelli regionali (89%, 29%, 97%).

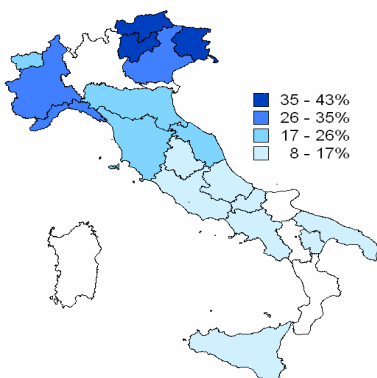
**Uso dei dispositivi di sicurezza**  
ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=216)



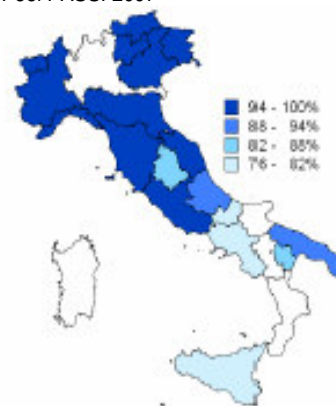
**% di persone che usano la cintura anteriore sempre**  
Pool PASSI 2007



**% di persone che usano la cintura posteriore sempre**  
Pool PASSI 2007



**% di persone che usano il casco sempre**  
Pool PASSI 2007



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

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 8% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 11%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Il 14% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Nella regione FVG la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, valore che non si discosta in modo significativo sul piano statistico da quello aziendale e da quello nazionale.

### Guida sotto l'effetto dell'alcol\*

ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=156)

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
<b>Totale</b>	<b>10.9</b> (IC95%: 6.5-16.9)
<b>Classi di età</b>	
18-34	2.9
35 - 49	12.1
50 - 69	14.1
<b>Sesso<sup>#</sup></b>	
uomini	16.3
donne	3.1
<b>Istruzione</b>	
bassa	12.1
alta	10.2
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	13.6
no	9.4

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

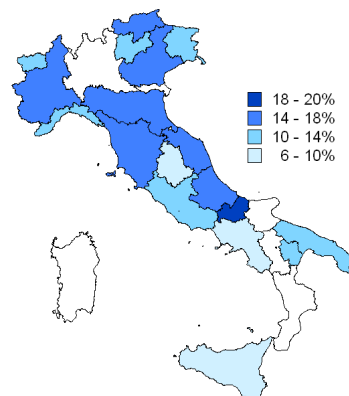
\*\* coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

<sup>#</sup> p<0.05



- Nel pool di ASL partecipanti al sistema la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 13% (16% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale

**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**  
Pool PASSI 2007



### ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nella Azienda Sanitaria "Triestina" si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza superiore rispetto al dato nazionale, ma non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema piuttosto diffuso.

Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, facendo particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

## Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le misclassificazioni sono molto frequenti.

La definizione di caso adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede: la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che questo si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata, infatti il 90% degli intervistati lo ritiene basso o assente; si rilevano differenze statisticamente significative per livello economico, mentre non si evidenziano particolari differenze per genere, classi di età e istruzione. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) non influenza la percezione del rischio.
- Tali dati non si discostano da quanto registrato a livello della Regione FVG, dove il 90% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente, senza differenze significative tra le diverse ASS.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91%(91% anche nel Nord Est Italia).

<b>Bassa percezione del rischio infortunio domestico</b>	
ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=216)	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico</b>
<b>Totale</b>	<b>88.9</b>
	<b>(IC 95%: 83.9-92.7)</b>
<b>Età</b>	
18 - 34	85.1
35 - 49	88.6
50 - 69	91.1
<b>Sesso</b>	
Uomini	88.8
Donne	89.0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	88.8
alta	89.0
<b>Difficoltà economiche<sup>#</sup></b>	
si	83.7
no	92.7
<b>Persone potenzialmente a rischio<sup>***</sup></b>	
si	83.1
no	91.7

\*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

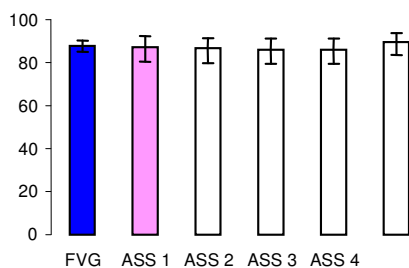
\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

<sup>#</sup>p<0.05

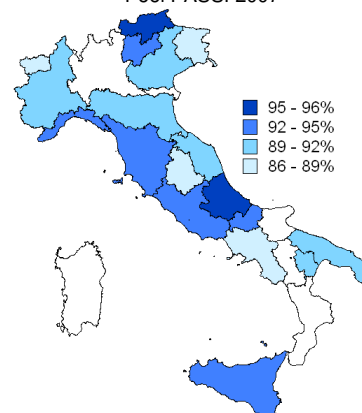
**Bassa possibilità di subire un incidente domestico, per ASS**

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



**% di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico**

Pool PASSI 2007



**Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?**

- Nella Azienda Sanitaria “Triestina” solo il 31% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare, la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto informazioni è più alta, ma non in maniera statisticamente significativa :
  - nella classe di età 50-69 anni
  - nelle donne
  - nelle persone con livello di istruzione basso
  - fra che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni

**Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi**

ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=216)

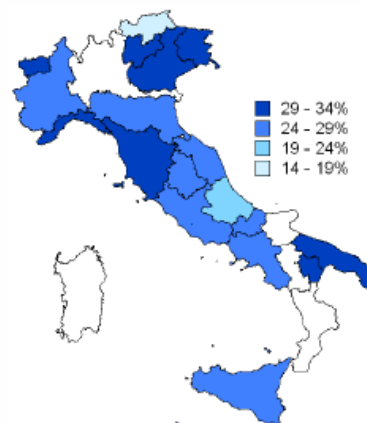
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
<b>Totale</b>	<b>30.6</b> (IC 95%: 24.5-37.2)
<b>Età</b>	
18 - 34	31.9
35 - 49	24.1
50 - 69	35.6
<b>Sesso</b>	
Uomini	27.1
Donne	33.9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	31.5
alta	29.9
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	30.4
no	30.9
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	28.2
no	31.7
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	45.8
bassa	28.6

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

- Nelle ASS della regione FVG non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici (range dal 28% dell'ASS 2 al 34% dell'ASS 6).

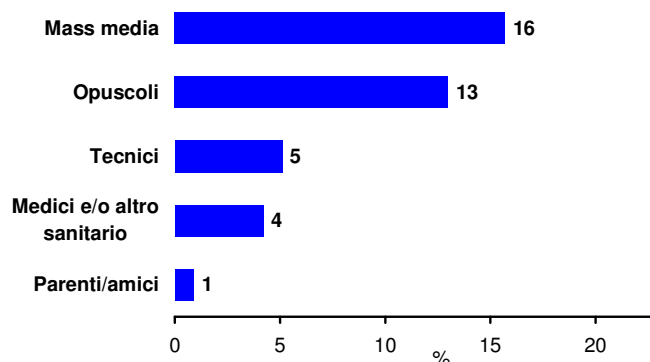
**% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**  
Pool PASSI 2007



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni è pari al 28% (29% Nord-Est Italia).

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media, meno il personale sanitario o i tecnici.

**Fonti di informazione**  
ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=216)



## Tra chi riferisce di aver ricevuto informazioni, sono state adottate misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Nella Azienda Sanitaria “Triestina” tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 28% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra gli uomini, le persone potenzialmente a rischio, quelle meno istruite e nelle classi di età più giovani, ma senza raggiungere la significatività statistica. Risulta invece significativamente maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio.
- Nelle ASS della regione FVG il 25% di coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura. L'aver adottato misure di sicurezza si associa all'età, all'istruzione, ad un'alta percezione del rischio ed alla presenza in casa di anziani e/o bambini.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30% (28% Nord-Est Italia).

### % persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione

ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=66)

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
<b>Totale</b>	<b>27.5</b>
	(IC 95%: 14.6-43.9)
<b>Età</b>	
18 - 34	54.5
35 - 49	16.7
50 - 69	17.6
<b>Sesso</b>	
Uomini	42.9
Donne	19.2
<b>Istruzione*</b>	
bassa	21.4
alta	30.8
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	27.8
no	27.3
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	44.4
no	22.6
<b>Percezione del rischio#</b>	
alta	62.5
bassa	18.8

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;

istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

# p<0.05

## Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella Azienda per i Servizi Sanitari Triestina le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non rientrano nel gruppo di età campionato dal PASSI e pertanto la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, poco più di un quarto ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

Si evidenzia quindi la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

# Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari; dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio positivamente correlati allo sviluppo di tali patologie.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

In questa sezione dello studio PASSI sono state indagate ipertensione, ipercolesterolemia e uso della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio CV.

## Iperensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

### ***A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?***

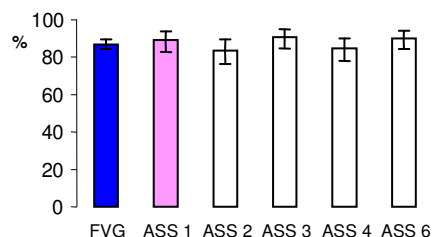
- Nella ASS 1 l'89% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e l'8% più di 2 anni fa. Il restante 3% non ricorda o non l'ha avuta.
- Non si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età, al sesso, al livello di istruzione.

<b>Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni</b>	
ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 216)	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>PA misurata negli ultimi 2 anni (%)</b>
<b>Totale</b>	<b>88.9</b> (IC 95%: 83.9-92.7)
<b>Età</b>	
18 - 34	87.2
35 - 49	88.6
50 - 69	90
<b>Sesso</b>	
Uomini	88.8
Donne	89.0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	91
alta	87.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	91.3
no	87.0

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

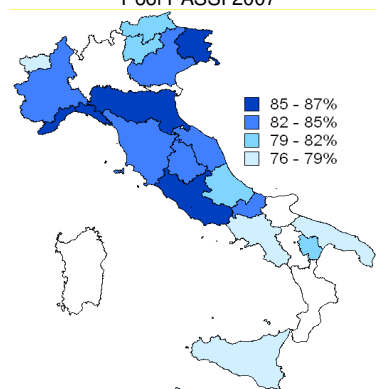
- Nelle ASS regionali non emergono differenze statisticamente significative rispetto alla misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni (range dall' 84% dell'ASS 2 al 91% dell'ASS 3)..

**Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, per ASS**  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83% (85% Nord-Est Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
Pool PASSI 2007



## Quante persone sono ipertese?

- Nella ASS 1 "Triestina" il 20 % degli intervistati, che hanno avuto misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni poco meno di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (30 %). Non emergono differenze significative per sesso, livello di istruzione e reddito.

### Ipertesi

ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 209)

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
<b>Totale</b>	<b>19.6</b> (IC 95%: 14.5-25.7)
<b>Età<sup>#</sup></b>	
18 - 34	11.6
35 - 49	12.8
50 - 69	29.5
<b>Sesso</b>	
Uomini	21.9
Donne	17.3
<b>Istruzione*</b>	
bassa	21.8
alta	18.0
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	22.0
no	17.1

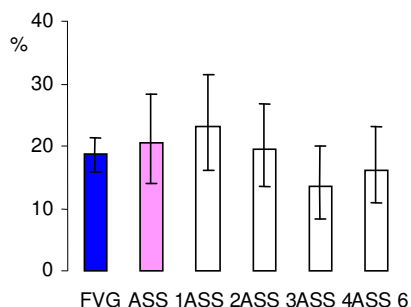
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

<sup>#</sup> p<0.01

- Tra le ASS regionali, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 13% dell'ASS 4 al 21% dell'ASS 1.

**Persone con ipertensione, per ASS (%)**

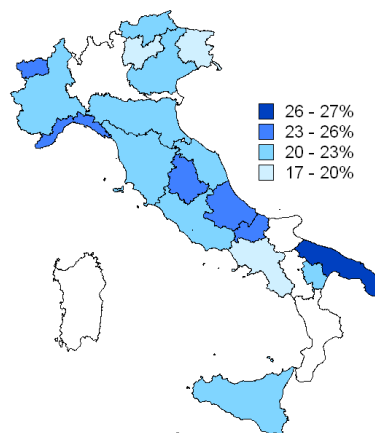
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22% (21% Nord-Est Italia).

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)**

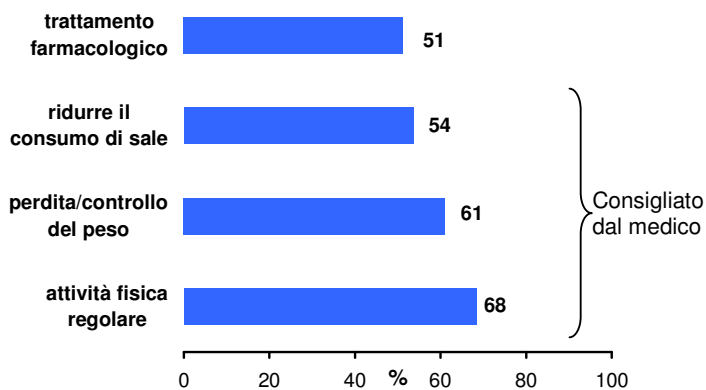
Pool PASSI 2007



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

**Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico \***  
ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 41)

- Il 51 % degli ipertesi nella ASS 1 "Triestina" riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (54%), ridurre o mantenere il peso corporeo (61 %) e svolgere regolare attività fisica (68 %).

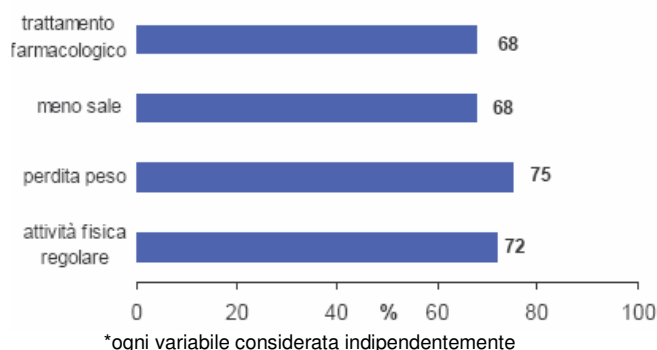


\* ognuno considerato indipendentemente



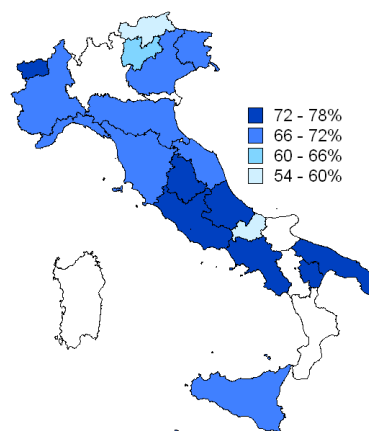
**Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico(%) \***  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007 (n=147)

- Tra gli intervistati ipertesi della regione, il 68% è in trattamento farmacologico è pari al 68% ipertesi nella ASS 1 "Triestina" riferisce di essere in trattamento farmacologico.



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 71% (70% Nord-Est Italia).

**Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci**  
Pool PASSI 2007



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella Azienda per i Servizi Sanitari N°1 "Triestina" si stima che sia iperteso circa il 20% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 30% degli ultracinquantenni e circa il 12% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti. Va evidenziato come nella popolazione dell'ASS 1 sembra esserci un sub- utilizzo del trattamento farmacologico per l'ipertensione arteriosa rispetto sia ai dati riferiti dagli ipertesi della regione FVG sia a quelli riportati a livello nazionale.

## Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica, sui quali è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

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

- Nella ASS 1 l'85% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 57 % riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 19 % tra 1 e 2 anni fa, il 9 % più di 2 anni fa, mentre il 15 % non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 70 % nella classe 18-34 anni al 96 % nei 50-69enni. Non sono emerse importanti differenze per sesso, livello di istruzione e reddito.

#### Colesterolo misurato almeno una volta

ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 216)

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
<b>Totale</b>	<b>84.7</b> (IC95%:79.2-89.2)
<b>Classi di età<sup>#</sup></b>	
18 - 34	70.2
35 - 49	81.0
50 - 69	95.6
<b>Sesso</b>	
uomini	83.2
donne	86.2
<b>Istruzione*</b>	
bassa	85.4
alta	84.3
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	83.7
no	85.4

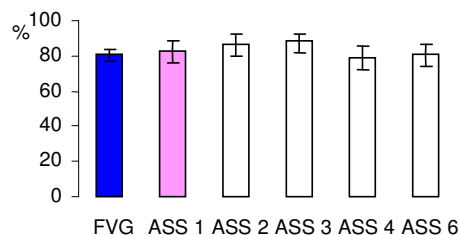
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea

<sup>#</sup> p< 0.01

- Tra le ASS regionali la % di persone a cui è stata controllata la colesterolemia presenta un range dal 79% dell'ASS 4 all'87% della ASS 3.

#### Misurazione della colesterolemia almeno una volta, per ASS

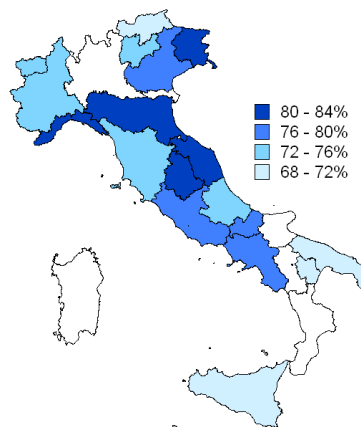
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



**Persone a cui è stato misurato  
almeno una volta il colesterolo (%)**

Pool PASSI 2007

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la % di persone controllate almeno una volta è pari al 77% (80% Nord-Est Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.



**Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?**

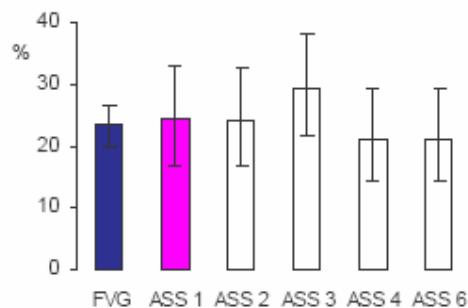
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 24% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte.

<b>Ipercolesterolemia riferita</b>	
ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 183)	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Ipercolesterolemia (%)</b>
<b>Totale</b>	<b>24.0</b> (IC95%:18.0-30.9)
<b>Classi di età<sup>#</sup></b>	
18 - 34	15.2
35 - 49	17.2
50 - 69	32.6
<b>Sesso</b>	
uomini	22.5
donne	25.5
<b>Istruzione*</b>	
bassa	26.3
alta	22.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	20.8
no	26.7

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea  
<sup>#</sup> p< 0.05

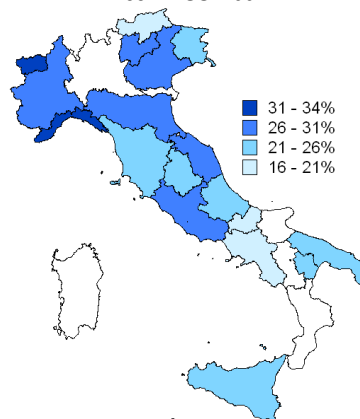
- Tra le ASS regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue anche per la limitata numerosità (range dal 21% dell'ASS 4 al 28% dell'ASS 3).

Persone con ipercolesterolemia, per ASS  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al **25%** (28% Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)  
Pool PASSI 2007

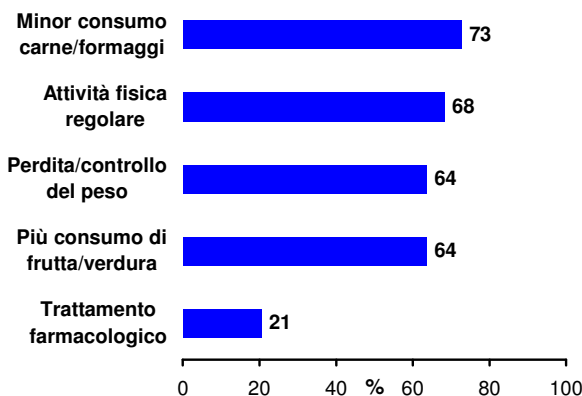


### Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 21% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il 73% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 64% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 64% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 68% di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico (%)\*

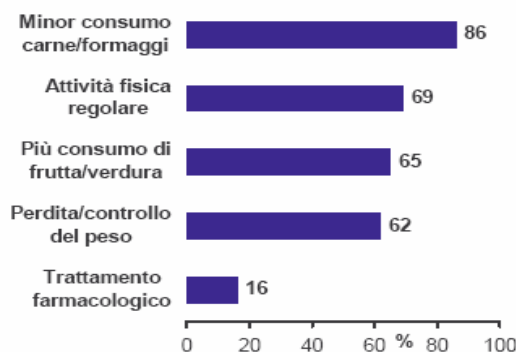
ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=44)



\*ogni variabile considerata indipendentemente

**Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico (%)\***  
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007 (n=161)

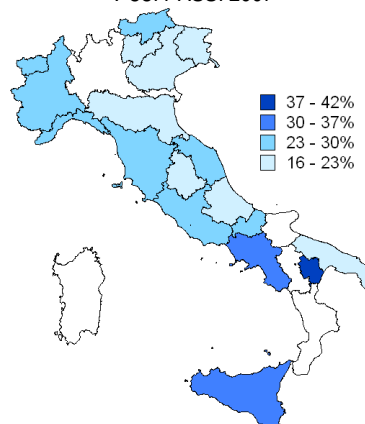
- Nella regione FVG il 16 % degli ipercolesterolemici ha riferito di essere in trattamento farmacologico.



\*ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 25% (22% Nord-Est Italia).

**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Pool PASSI 2007



### Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 15 % della popolazione di 18-69 anni della ASS 1 “Triestina” non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 24% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 33% tra le persone di 50-69 anni.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

# Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi prematuramente (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre a familiarità per la malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 4 %.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, ma non in modo statisticamente significativo.

**Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare**

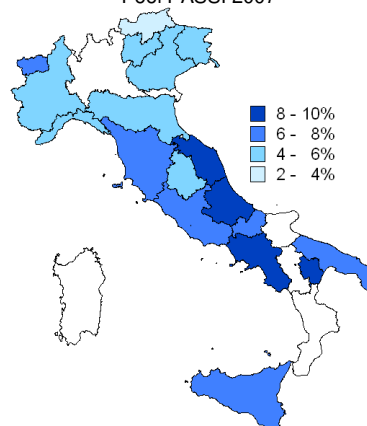
ASS 1 - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 161)

Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
<b>Totale</b>	<b>4.3</b> (IC 95%:1.8-8.8)
<b>Età</b>	
35 - 49	1.3
50 - 69	7.3
<b>Sesso</b>	
Uomini	3.8
Donne	4.9
<b>Istruzione</b>	
bassa	4.3
alta	4.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	3.2
no	4.1
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***</b>	
si	5.1
no	2.3

\*\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

- Anche in regione FVG solo il 5 % degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7% (5% nel Nord-Est Italia).

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



## **Conclusioni e raccomandazioni**

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella Azienda per i Servizi Sanitari “Triestina”.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

# Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

Si stima, che, nei paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

Pertanto è raccomandata soprattutto a soggetti per i quali l'influenza si può rivelare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

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

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 13% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute
- Non emergono differenze statisticamente significative legate al sesso. L'unica differenza di rilievo è legata alla assenza di difficoltà economiche
- A livello regionale la percentuale di persone di 18-69 anni vaccinate per influenza risulta del 9%

<b>Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)</b>	
ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=56)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>Vaccinati (%)</b>
<b>Totale</b>	<b>12.5</b> (IC95%:5.2-24.1)
<b>Età</b>	
18-34	0
35-49	13
50-64	19
<b>Sesso</b>	
uomini	15.4
donne	10.0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	5.6
alta	15.8
<b>Difficoltà economiche#</b>	
sì	0
no	18.2
<b>Patologia cronica</b>	
sì	25
no	9.1

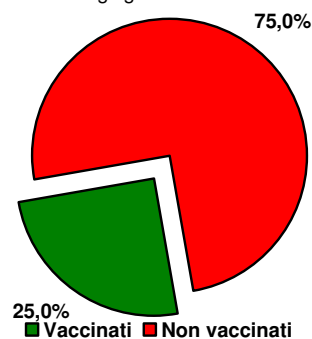
\*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
# p<0.05



- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 25% risulta vaccinato.
- Tale percentuale si registra anche a livello regionale di vaccinati fra gli intervistati di età inferiore ai 65 anni che presentano almeno una patologia cronica
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di vaccinati fra le persone di 18-64 anni è stata complessivamente del 12% e del 30% fra i portatori di una patologia cronica.

#### Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica

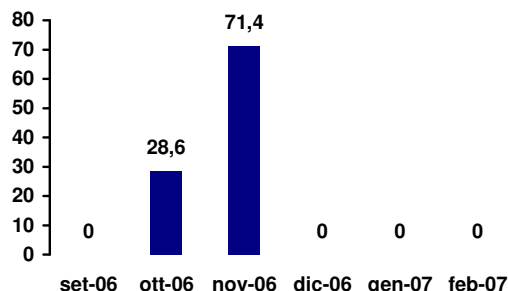
ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=12)



- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 70% dei vaccinati per influenza tra gli intervistati di età 18-64 anni riferisce di aver praticato la vaccinazione durante il mese di Novembre.

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

ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008 (n=7)



## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione FVG hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (62.6% nella campagna 2007/08 secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale), ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su quattro).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti ed altre istituzioni territoriali.

# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia.

Si stima che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 21 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- la percentuale di donne vaccinate cresce con l'età (passando dallo 0% tra 18-24 anni al 21% tra 35 -49 anni) e risulta significativamente maggiore fra le donne con livello più basso di istruzione.
- In regione FVG il 31% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia, anche se la differenza rilevata non raggiunge la significatività statistica.

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=62)

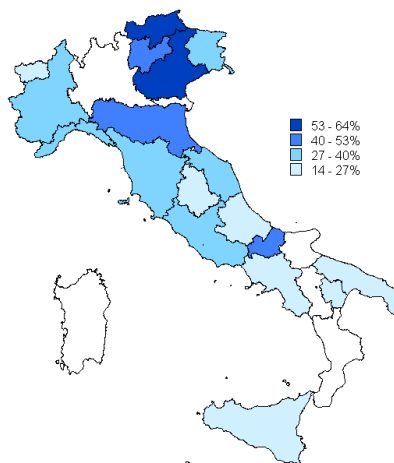
ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
<b>Totale</b>	<b>21.0</b> (IC95%: 11.7-33.2)
<b>Età</b>	
18-24	0.0
25-34	20.8
35-49	21.0
<b>Istruzione*#</b>	
bassa	42.9
alta	14.6
<b>Difficoltà Economiche</b>	
sì	20.6
no	21.4

\*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, diploma, laurea  
# p<0.05

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale stimata di donne vaccinate è del 32% (51% Nord-Est Italia).

### Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia Pool PASSI 2007



## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

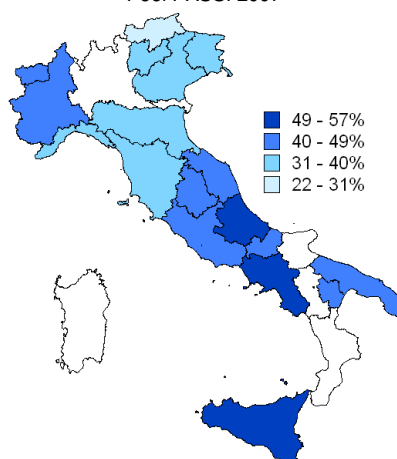
- Nella ASS 1 “Triestina” il 55% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (21%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (34%).
- Il 7% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 39% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Fra le ASS regionali il 3% delle donne di 18-49 anni è risultata suscettibile ed il 32% ha uno stato sconosciuto alla rosolia, mentre risulta immune il 65% (IC95%:58.7-71.3).
- La percentuale di donne di 18-49 anni immuni residenti nella ASS1 è significativamente più bassa rispetto a quella regionale.
- Fra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 44% (34% Nord-Est Italia).

### Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=62)

ASS 1 - PASSI giugno2007-marzo 2008

	%
<b>Immuni</b>	<b>54.8</b>
	(IC95%:32.5-58.3)
Vaccinate	21.0
Non vaccinate con rubeotest positivo	33.9
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>45.2</b>
	(IC95%:41.7-67.5)
Non vaccinate; rubeotest negativo	6.5
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	4.8
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	33.9

Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia  
Pool PASSI 2007



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello dell'ASS 1 “Triestina” il numero di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

# Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 morti ogni anno. Nella Regione FVG è al 15° posto per frequenza nel genere femminile, con circa 75 nuovi casi e 18 decessi all'anno (nel periodo 1995-2003).

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Friuli Venezia Giulia il programma di screening è a regime in tutte le ASS dal 1999. La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

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

- Nella ASS 1 circa l'84% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni; non si rilevano differenze significative per stato civile, stato di convivenza, livello di istruzione e stato economico.

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 74% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo.

<b>Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)</b>	
ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=91)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*</b>
<b>Totale</b>	<b>83.5%</b> (IC95%:74.3-90.5)
<b>Classi di età<sup>#</sup></b>	
25 - 34	83.3
35 - 49	97.4
50 - 64	65.5
<b>Stato civile</b>	
coniugata	88.8
non coniugata	78.0
<b>Convivenza</b>	
convivente	86.7
non convivente	77.4
<b>Istruzione**</b>	
bassa	75.9
alta	87.1
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	80.0
no	87.0

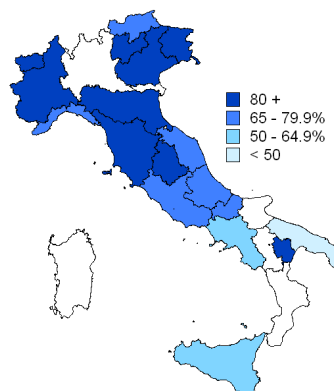
\* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

# p<0.01

- In regione FVG circa l'88% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.
- Tra il pool di ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni (85% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

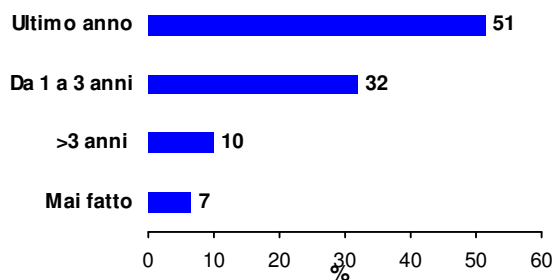
**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
Pool PASSI 2007



### Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:
  - il 51% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 32% da uno a tre anni
  - il 10% da più di tre anni.
- Il 7% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.
- Nella regione FVG il 4% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

**Pap test e periodicità\***  
ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008  
(n=91)

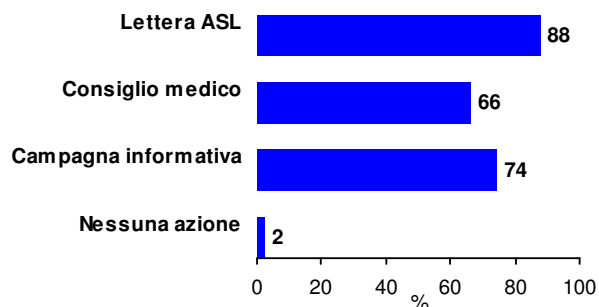


\* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

### Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ASS 1
  - l'88% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate\*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASS
  - il 74 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 66% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

**Promozione del Pap test**  
ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008



(n=91)

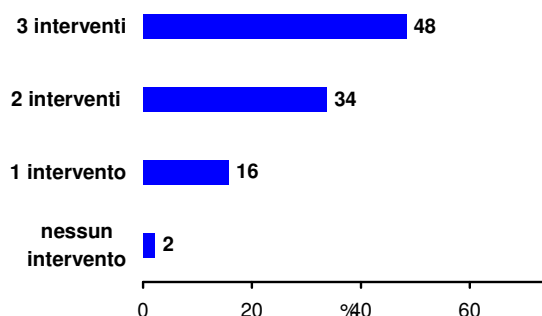
\* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 54% delle donne ha ricevuto la lettera dall'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 66% ha visto una campagna informativa.

## Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Il 48% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 34% due interventi di promozione, il 16% uno solo.
- Solo il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

**Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test**  
ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=91)

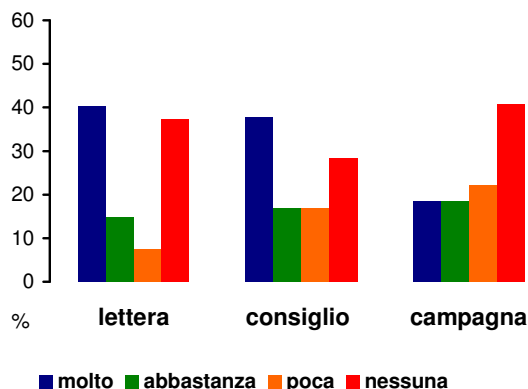


## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- Nella ASS 1 il 55% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (40% molta e 15% abbastanza), mentre l' 8% poca influenza sulla scelta e ben il 37% nessuna.
- Il 55% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (38% molta e 17% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta ed il 28% nessuna.
- Il 37% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (18.5% molta e 18.5% abbastanza), mentre il 22% poca influenza sulla scelta ed il 40% nessuna.

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test**

ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=91)

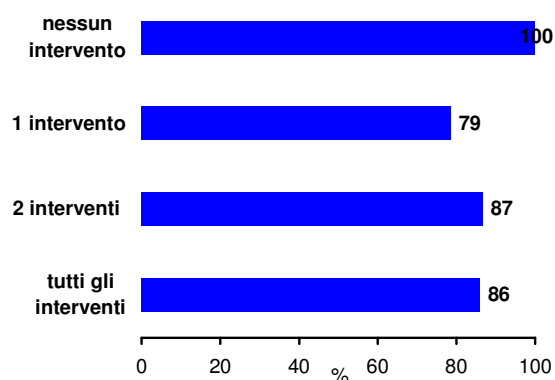


## Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ASS 1 parrebbe che il 100% delle donne di 25-64 anni che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; va tuttavia sottolineato come tale dato vada interpretato con cautela a causa del numero esiguo delle donne rappresentate in questa categoria (solo 2).
- Fra le donne che hanno ricevuto interventi di promozione, la percentuale passa dal 79% fra quelle che hanno ricevuto 1 intervento a circa l'86% tra chi ha ricevuto 2 o più interventi.
- A livello della regione FVG, la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni è solo del 50% tra quelle non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 92% tra quelle raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale si è rilevato lo stesso andamento.

### Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni

ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=91)

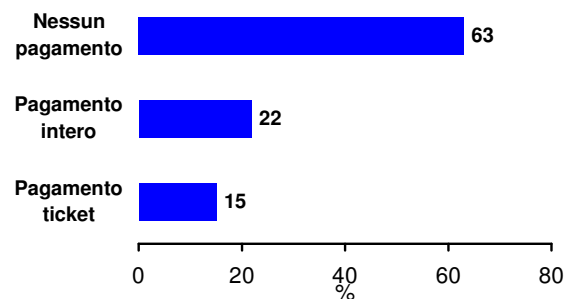


## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASS 1 il 63% delle intervistate ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 15% ha pagato solamente il ticket e il 22% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).
- A livello della Regione FVG il 59% ha riferito di non aver dovuto pagare il Pap-test, il 18% ha pagato il ticket ed il 23% ha pagato l'intero costo dall'esame.

### Costi del Pap test per le pazienti

ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=73)

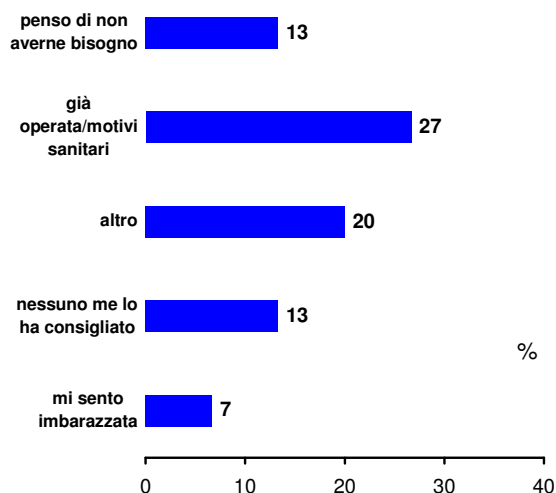


## Perché non è stato effettuato il Pap test a scopo preventivo?

- Nella ASS 1 il 7% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 10% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "penso di non averne bisogno" 13%
  - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 27%
  - "altro" 20%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 13%
  - "mi sento imbarazzata" 7%
  - "ho paura dei risultati dell'esame" 20%
- Nessuna donna ha risposto "è difficile prenotare l'esame" oppure "è fastidioso/ doloroso"
- Il 6% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

### Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti

ASS 1 - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=15\*)



\* in questo grafico sono esclusi dall'analisi i non so/non ricordo

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella Azienda Sanitaria "Triestina" la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap-test a scopo preventivo è alta, anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (85%) comprendendo, oltre le donne di 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma di screening regionale (63%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (37%).

Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 52% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 15% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella raccomandata per lo screening. Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti.



# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

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

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale. In Regione FVG il programma è stato attivato in tutte le ASS dal 2006.

## Quante donne hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida?

- Nella ASS 1 "Triestina" il 72% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- Non sono apparse differenze significative per nessuna delle principali variabili socio-demografiche indagate.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) l'85% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 38 anni).
- A livello regionale l'83% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni. Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 73% delle donne ha effettuato una mammografia preventiva.

<b>Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni)</b>	
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=46)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*</b>
<b>Totale</b>	<b>71.7</b> (IC95%:56.5-84.0)
<b>Classi di età</b>	
50- 59	66.7
60 -69	76.0
<b>Stato civile</b>	
coniugata	76.1
non coniugata	70.0
<b>Convivenza</b>	
convivente	75.0
non convivente	66.7
<b>Istruzione**</b>	
bassa	71.4
alta	72.2
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	70.6
no	72.4

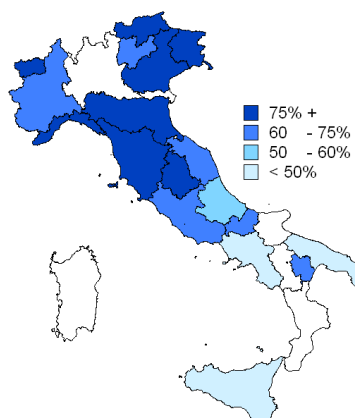
\* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (81% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

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

Pool PASSI 2007

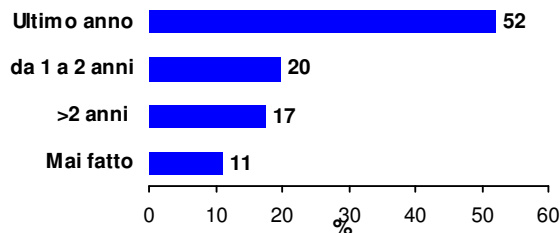


### Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- Rispetto all'ultima mammografia effettuata:
  - il 52% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 20% da uno a due anni
  - il 17% da più di 2 anni.
- L'11% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

#### Mammografia e periodicità\*

ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=46)



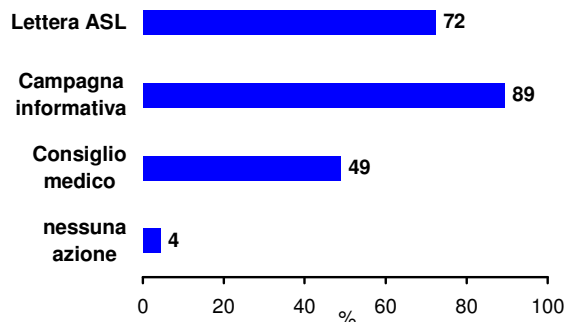
\* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

### Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina":
  - il 72% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
  - l'89 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 49% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.
- A livello della regione FVG , fra le donne di 50-69 anni, il 74% ha ricevuto la lettera ASL, l'83% ha visto o sentito una campagna informativa, il 66% è stata consigliata da un

#### Promozione della mammografia

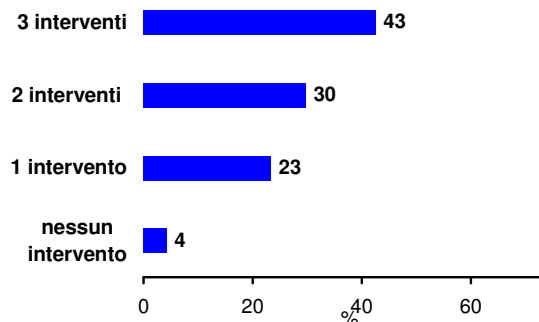
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=46)



operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.

- Il 43% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 30% due interventi di promozione, il 23% uno solo.
- Solo il 4% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

**Interventi di Promozione dell'ultima mammografia**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008

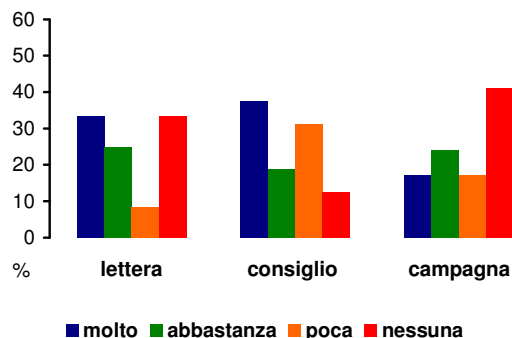


### Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" il 58% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (33% molta e 25% abbastanza), mentre il 8% poca influenza sulla scelta ed il 33% nessuna.
- Il 56% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (37% molta e 19% abbastanza), mentre il 31% poca influenza sulla scelta ed il 13% nessuna
- Il 41% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (17% molta e 24% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta ed il 41% nessuna.

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia**

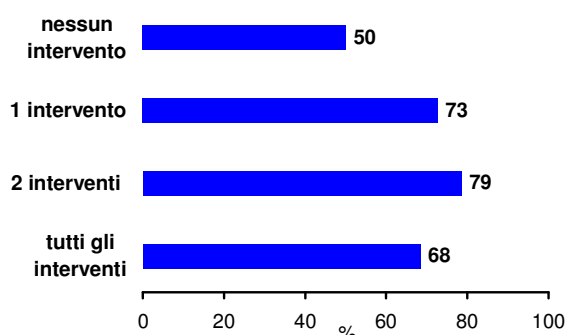
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASS 1 il 50% delle donne di 50-69 anni che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 73% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 79% con due interventi e scende al 68% con tutti e tre gli interventi; quest'ultimo dato va letto considerando la scarsa numerosità del campione considerato, nel quale non sono state trovate differenze significative all'interno dei gruppi studiati.
- A livello regionale solo il 44% delle donne non raggiunte da alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 83% nelle donne che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

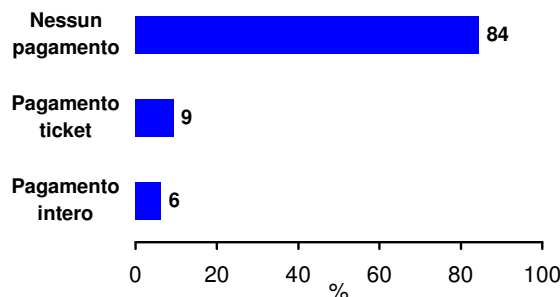
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=47)



## Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

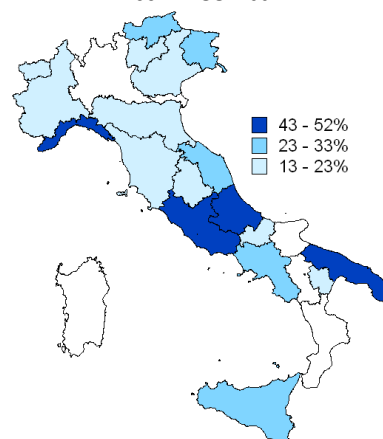
- Nella ASS 1 l'84% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Mammografia; il 9% ha pagato solamente il ticket e il 6% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).
- In regione FVG il 76% delle donne ha riferito di non aver dovuto pagare per l'ultima Mammografia; il 24% ha pagato o il ticket o l'intero costo dell'esame.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 27% delle donne

Costi della mammografia per le pazienti  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008  
(n=33)



intervistate ha riferito di aver effettuato la Mammografia a pagamento (19% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

**Donne di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Mammografia preventiva (%)**  
Pool PASSI 2007

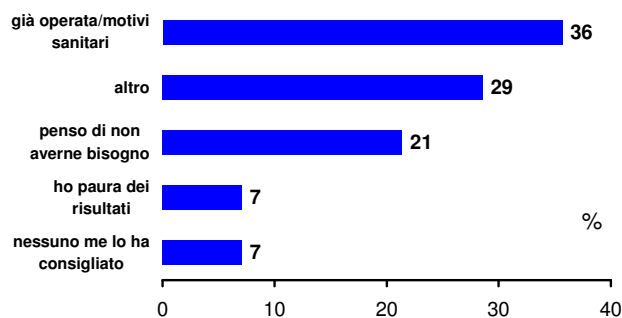


### **Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?**

- Nella Azienda Sanitaria “Triestina” 11% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e l’17% di averla effettuata oltre i 2 anni.
- Le motivazione della mancata effettuazione dell’esame secondo le linee guida sono:
  - “penso di non averne bisogno” 21%
  - “altro” 29%
  - “nessuno me lo ha consigliato” 7%
  - “ho paura dei risultati dell’esame” 7%
  - “è difficile prenotare l’esame” 10%
  - “sono già stata operata/per altri motivi sanitari” 36%
- Fra le donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida, nessuna ha risposto “è fastidioso/doloroso”, “è difficile prenotare”, “non so/ non ricordo”.

**Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida**

ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008  
(n=14\*)



\* in questo grafico sono esclusi dall’analisi i “non so/non ricordo”

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella Azienda per i Servizi Sanitari “Triestina” la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (79%) che ha effettuato almeno una mammografia nell’intervallo raccomandato di due anni; di queste circa la metà l’ha eseguita nel corso dell’ultimo anno. Secondo i risultati di PASSI, l’84% delle donne ha riferito di aver eseguito l’ultima mammografia all’interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 9% con una periodicità superiore e il 6% l’ha effettuata in

forma completamente privata. L'età media della prima mammografia di 44 anni indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 decessi.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Nella Regione FVG il programma regionale di screening non era ancora stato avviato nel 2007.

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

- Nella ASS 1 solo il 22% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 7% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- L'16% riferisce aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata non indica differenze significative per nessuno degli ambiti indagati.
- Nella regione FVG il 10% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata negli uomini; il 14% degli intervistati ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.
- A livello nazionale, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8% la colonscopia (rispettivamente 53% e 10% nel Nord-Est Italia); si osservano differenze statisticamente significative nel confronto

### Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

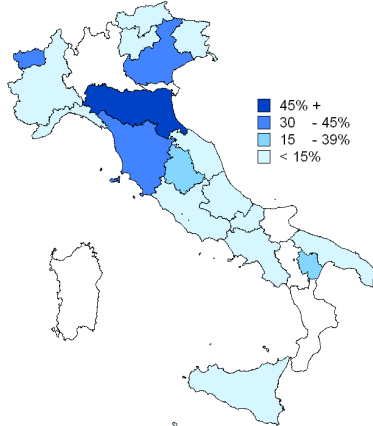
ASS 1-PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=90)

Caratteristiche	Sangue occulto fecale* % (IC95%)	Colonscopia* % (IC95%)
<b>Totale</b>	<b>6.7</b> (2.5-14.1)	<b>15.6</b> (8.8-24.7)
<b>Classi di età</b>		
50 - 59	4.8	16.7
60 - 69	8.5	14.6
<b>Sesso</b>		
uomini	9.5	11.6
donne	4.3	19.1
<b>Istruzione*</b>		
bassa	9.3	14.8
alta	2.9	16.7
<b>Difficoltà economiche</b>		
si	9.1	21.2
no	5.51	12.5

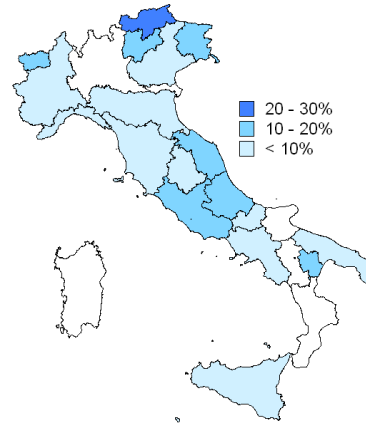
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

interregionale.

**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni(%)**  
Pool PASSI 2007



**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)**  
Pool PASSI 2007

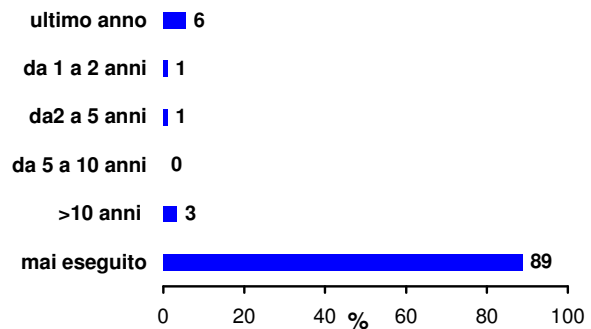


### Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- l'1% da uno a due anni
- l'2 a 5 anni
- il 3% da più di 10 anni% da
- L' 89% non ha mai eseguito il test.
- 

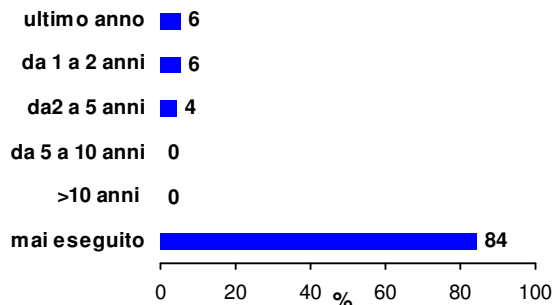
**Sangue occulto e periodicità\***  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008  
(n=90)



Rispetto alla colonscopia:

- il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 10% da uno a cinque anni
- lo 0% da sei o più anni
- il 84% non ha mai eseguito il test.

**Colonscopia e periodicità\***  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008  
(n=90)

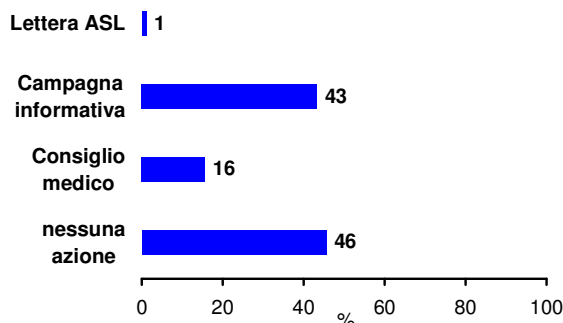




## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nella ASS 1 "Triestina":
  - solo l'1% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
  - il 16% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
  - il 43% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 22% delle persone intervistate con 50-69 anni ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

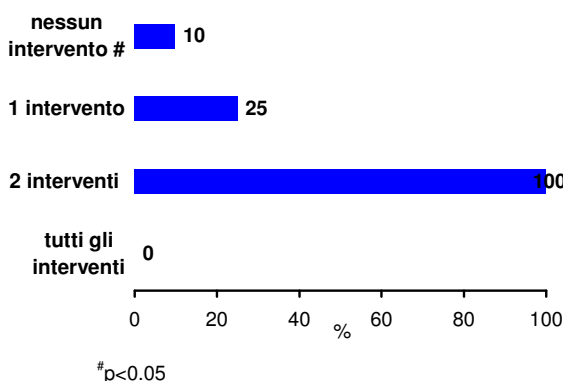
**Promozione dello screening coloretale**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=90)



## Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nella Azienda Sanitaria "Triestina" solo il 10% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 25% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 100% con due interventi; nessuno degli intervistati ha ricevuto tutti e tre gli interventi.  
Esiste sicuramente un'associazione fra numero di interventi ricevuti ed esecuzione dello screening, per cui si rileva una differenza significativa ( $p < 0.05$ ) fra chi non ha ricevuto interventi e chi ne ha avuto almeno 1, tuttavia l'interpretazione dei risultati va fatta tenendo conto dei piccoli numeri cui l'analisi si riferisce.

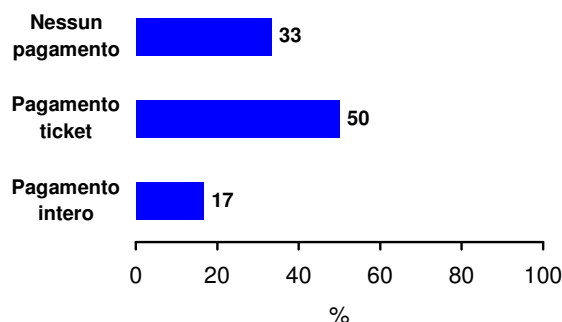
**Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=90)



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

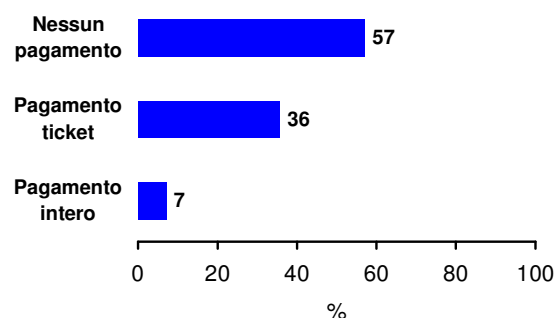
- Nella ASS 1 "Triestina" il 33% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 50% ha pagato solamente il ticket e il 17% ha pagato l'intero costo dell'esame.

**Costi della ricerca di sangue occulto**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008  
(n=6)



- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni, invece, il 57% non ha effettuato alcun pagamento, il 36% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 7% ha pagato per intero il costo dell'esame.

**Costi della colonscopia**  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008  
(n=14)



Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket), oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

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

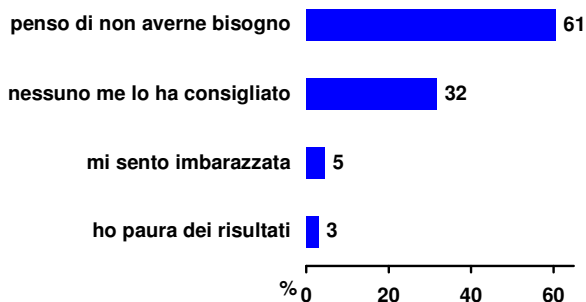
- Nella ASS 1 "Triestina" il 73% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening secondo le linee guida) sono:
  - "penso di non averne bisogno" 61%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 32%
  - mi sento imbarazzata/o 5%

- “ho paura dei risultati dell'esame” 3%.

- Fra gli intervistati, nessuno ha risposto “è difficile prenotare l'esame”, “sono già stata/o operata/o”, “per altri motivi sanitari”, “è fastidioso/ doloroso”, “non so/ non ricordo”, “altro”.

**Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida**

ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=66)



### **Conclusioni e raccomandazioni**

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. Dai risultati rilevati per L'Azienda per i Servizi Sanitari “Triestina” emerge la scarsa attenzione al problema del tumore del colon- retto da parte degli operatori sanitari: solo il 16% degli intervistati con più di 50 anni ha ricevuto il consiglio di fare lo screening da parte di un operatore sanitario; inoltre nel 2007 nella regione FVG la campagna di screening non era ancora avviata.

Si auspica che la scarsa adesione a questo programma di screening sia a livello aziendale che regionale si modifichi con l'avvio del programma organizzato a livello regionale; sarà così possibile in futuro valutare l'efficacia degli interventi atti a incrementare l'adesione della popolazione target.

---

# Sintomi di depressione

---

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali, al contrario, comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante tale diagnosi di questa condizione richiede una valutazione clinica approfondita.

## Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella Azienda Sanitaria “Triestina” l’8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell’arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
  - le più colpite siano le donne (quattro volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica; va tuttavia sottolineato come le differenze siano significative solo per genere.

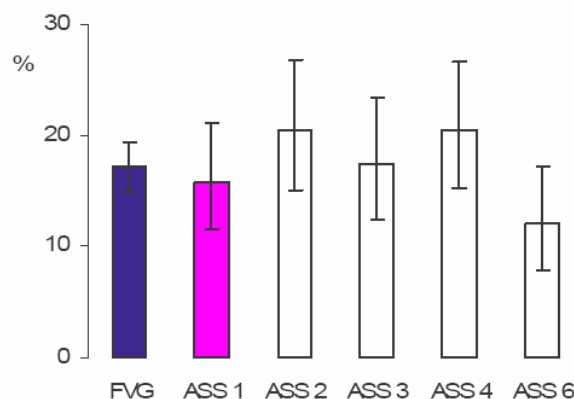
Sintomi di depressione	
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=216)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 $\geq 3$ )
<b>Totale</b>	<b>7.9%</b> (IC95%: 4.7-12.4)
<b>Classi di età</b>	
	6.4
	8.9
	7.9
<b>Sesso<sup>#</sup></b>	
uomini	2.8
donne	12.8
<b>Istruzione*</b>	
bassa	11.2
alta	5.6
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	12
no	4.9
<b>Stato lavorativo</b>	
Lavora	6.7
Non lavora	9.9
<b>Malattie croniche</b>	
Almeno una	11.1
Nessuna	7.1

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea  
<sup>#</sup> p< 0.01

- Tra le ASS regionali, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione è dell’ 8,4%; la probabilità di aver avuto sintomi di depressione è risultata significativamente più elevata nelle donne e nelle persone con difficoltà economiche.

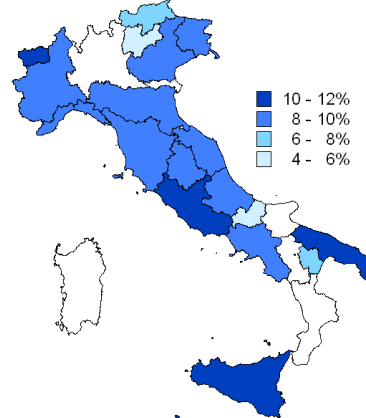
### Quanti riferiscono entrambi i sintomi, per ASS

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007



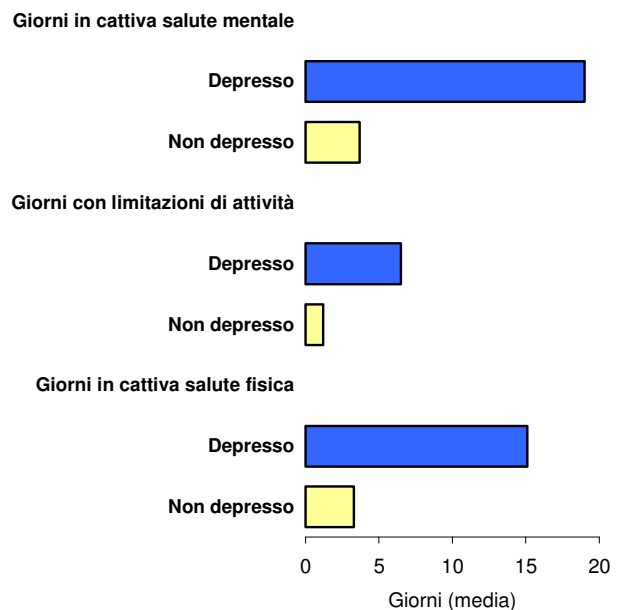
**Persone con sintomi di depressione (%)**  
Pool PASSI 2007

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 9% (8% nel Nord-Est Italia). Sono emerse differenze statisticamente significative nel confronto tra le regioni



**Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?**

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 29% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono”, versus il 71% delle persone non depresse, con differenze significative statisticamente ( $p < 0.01$ ).
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività è anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



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

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione  
ASS 1- PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=11)

- Nella ASS 1 "Triestina" su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta solo del 27%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, tre su quattro non ne hanno parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 18%.

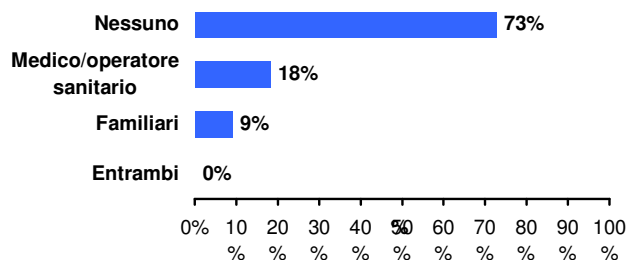
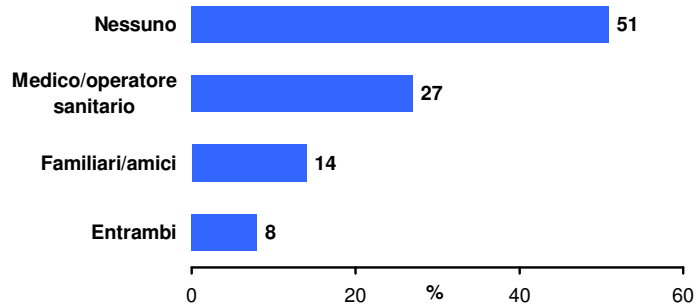


Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2007 (n=64)

- A livello regionale il 49% delle persone con sintomi di depressione ha dichiarato di essersi rivolto a figure di riferimento per risolvere questo problema.



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con più basso livello di istruzione, quelle con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi ancora significativa la parte del bisogno non trattato. Particolare attenzione va posta alla mancata comunicazione della sintomatologia da parte delle persone che si dichiarano depresse, che impedisce ogni possibile intervento da parte degli operatori sanitari.

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 delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

# Bibliografia

1. CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide [www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss)
2. Ministero della Salute: Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007
3. Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:  
[www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN\\_2006\\_08\\_28\\_marzo.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf)
4. David W. Hosmer, Stanley Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley, 2000
5. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT, Anno 2003
6. CDC - Healthy days methods 1989
7. Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005
8. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
9. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
10. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
11. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
12. Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEG, December 2003  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ebs\\_183\\_6\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf)
13. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
14. Healthy People 2010 [www.healthypeople.gov](http://www.healthypeople.gov)
15. Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm)
16. Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 disponibile presso il sito internet del Ministero:  
[http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN\\_2006\\_08\\_28\\_marzo.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf)
17. Ministero della Salute – Programma “Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari”  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)
18. Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
19. Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
20. Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002
21. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000
22. Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 : [www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it)
23. Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
24. Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Relazione annuale sul tabagismo 2008 ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))
25. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003
26. Valery L, Anke O, Inge KK, Johannes B. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. Eur J Cancer Prev. 2008 Nov;17(6):535-44.



27. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
28. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
29. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
30. Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992
31. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
32. <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
33. European Alcohol Action Plan 2000-2005, [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1)
34. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>
35. WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
36. Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
37. Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
38. Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)
39. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
40. Taggi F. et al., "Sistema SINIACA – La sicurezza domestica: dalla conoscenza alla prevenzione", documento ISS, O5/AMPP/RT/550, novembre 2005
41. Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
42. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
43. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
44. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
45. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Databse Syst Rev 2003
46. Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
47. Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101
48. Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ, 2003; 326 (7404): 1491
49. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control:main results of the PREMIER clinical trial JAMA 2003 30;289 (16):2083 - 93
50. Osservatorio Nazionale Screening Sesto rapporto
51. LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" –2002
52. ISTAT La mortalità per causa nelle regioni italiane 2000-2002 [www.istat.it](http://www.istat.it)
53. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
54. <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>

55. ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
56. "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
57. "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
58. "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
59. "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_it.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf))
60. "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - European Neuropsychopharmacology. 15 (2005): 357-376
61. "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH (*"European Study on the Epidemiology of Mental Disorders"*, realizzato nell'ambito della *WHO World Mental Health Survey Initiative*)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)