



## Lo **Studio PASSI** in provincia di Trieste:

risultati della sperimentazione di un sistema di sorveglianza dello stato di salute della popolazione fra i 18 ed i 69 anni di vita.



---

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Trieste, 22 marzo 2006



# Indice

<b>SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>IX</b>
<b>OBIETTIVI</b>	<b>X</b>
<b>METODI</b>	<b>XII</b>
<b>RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE</b>	<b>1</b>
<b>DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE</b>	<b>3</b>
Aspetti socio-demografici	3
Conclusioni e raccomandazioni	5
<b>PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE</b>	<b>7</b>
Buona percezione del proprio stato di salute	7
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	8
Conclusioni e raccomandazioni	8
<b>ABITUDINI ALIMENTARI</b>	<b>9</b>
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	9
Quanti conoscono il “5 a day”	10
Conclusioni e raccomandazioni	10
<b>COLESTEROLEMIA</b>	<b>11</b>
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	11
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	11
Come viene trattata l’ipercolesterolemia	12
Perché non si assumono farmaci	12
Conclusioni e raccomandazioni	12
<b>SITUAZIONE NUTRIZIONALE</b>	<b>13</b>
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	13
Quanti sono in eccesso ponderale	13
Conclusioni e raccomandazioni	14
<b>ATTIVITÀ FISICA</b>	<b>15</b>
Sedentari e attivi	15
Promozione attività fisica	16
Conclusioni e raccomandazioni	16
<b>IPERTENSIONE</b>	<b>17</b>
L’ultima misurazione della pressione arteriosa	17
Quanti sono ipertesi	18
Come viene trattata l’ipertensione	18
Conclusioni e raccomandazioni	19
<b>CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>21</b>
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	21
Conclusioni e raccomandazioni	22

<b>ABITUDINE AL FUMO</b>	<b>23</b>
Distribuzione dell'abitudine al fumo	23
Caratteristiche dei fumatori	24
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	24
Consigli sullo smettere di fumare	25
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	25
Esposizione al fumo in ambiente domestico	25
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	26
Conclusioni e raccomandazioni	26
<b>CONSUMO DI ALCOL</b>	<b>27</b>
Quante persone bevono	27
Quanti i bevitori a rischio	28
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	28
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	29
Conclusioni e raccomandazioni	29
<b>VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE</b>	<b>31</b>
Quanti si vaccinano	31
Conclusioni e raccomandazioni	32
<b>VACCINAZIONE ANTIROSOLIA</b>	<b>33</b>
Quante donne sono vaccinate	33
Quante donne sono suscettibili	34
Conclusioni e raccomandazioni	34
<b>SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO</b>	<b>35</b>
Quante hanno eseguito un pap test	35
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	36
Consigliato il pap test	36
Conclusioni e raccomandazioni	37
<b>SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA</b>	<b>39</b>
Quante hanno eseguito una mammografia	39
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	40
Consigliata la mammografia	41
Conclusioni e raccomandazioni	41
<b>SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO</b>	<b>43</b>
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	43
Conclusioni e raccomandazioni	44
<b>SICUREZZA STRADALE</b>	<b>45</b>
L'uso dei dispositivi di sicurezza	45
Quanti guidano in stato di ebbrezza	46
Conclusioni e raccomandazioni	46
<b>TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI</b>	<b>47</b>

## A cura di:

### **Riccardo Tominz e Daniela Germano- Coordinatori e Referenti per l'Azienda per i Servizi Sanitari n°1 "Triestina" dello studio PASSI**

Con la supervisione di Tolinda Gallo - Coordinatore regionale dello studio PASSI, Dipartimento di Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli, Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS ISS)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scarpetta (CNESPS ISS)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio ed in particolare al Gruppo PROFEA del (CNESPS ISS): Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito.

Si ringraziano altresì i Medici di Medicina Generale ed i Sindaci dei comuni dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita.

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori coinvolti nell'organizzazione dell'inchiesta e nell'esecuzione delle interviste:

#### **Campionamento**

Tominz Riccardo	Dipartimento di Prevenzione
Germano Daniela	Dipartimento di Prevenzione
Bovenzi Matteo	Dipartimento di Prevenzione

#### **Intervistatori**

Caussi Valentina	Dipartimento per le Dipendenze
Cosmini Silvia	Dipartimento di Prevenzione
Fedele Roberta	Dipartimento di Prevenzione
Gangale Alba Chiara	Dipartimento per le Dipendenze
Geretto Marilena	Dipartimento di Prevenzione
Meriggi Arianna	Distretto Sanitario N°1
Occoni Emanuela	Dipartimento di Prevenzione
Pemper Alessandra	Dipartimento di Prevenzione
Pighin Eleonora	Dipartimento per le Dipendenze
Pittino Ivana	Distretto Sanitario N°4
Steinbock Daniela	Dipartimento di Prevenzione
Tominz Riccardo	Dipartimento di Prevenzione

#### **Organizzazione interviste**

Tominz Riccardo	Dipartimento di Prevenzione
Germano Daniela	Dipartimento di Prevenzione

Si ringraziano inoltre tutte le persone che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

---

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:  
Riccardo Tominz e-mail: [riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it](mailto:riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it)



# Sintesi del rapporto aziendale

---

**Descrizione del campione aziendale:** Nella nostra Azienda sono state intervistate un campione casuale di 203 persone, selezionate dalla lista dell'anagrafe sanitaria dell'ASS 1. Il 54% degli intervistati è rappresentato da donne e il 46% da uomini con un'età media di 45 anni. Il 60% ha un livello di istruzione alto e oltre il 66% ha un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 26% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 49% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 13% del campione e solo il 21% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 42% dei casi i medici si informano e nel 38% consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** Il 32% si dichiara fumatore e il 25% ex fumatori. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e nessuno dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario. A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 67% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

**Abitudini alimentari:** Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 18-34 anni e negli uomini.

**Consumo di alcol:** Si stima che oltre tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e poco meno di un terzo abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 15% è forte bevitore o "binge"). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

**Sicurezza stradale:** Si osserva invece un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (92% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 29% degli intervistati.

Il 15% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 21% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Vaccinazione antinfluenzale:** In media solo il 20% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

**Vaccinazione antirosolia:** La percentuale delle donne suscettibili alla rosolia risulta essere molto lontano dal 95% necessario per eliminare la rosolia congenita; infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 62%.

**Ipertensione:** Si stima che sia iperteso quasi un quarto (il 22%) della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 50% sono sotto trattamento farmaceutico. Al 5% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

**Colesterolemia:** Il 29% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 18% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Più di uno su cinque dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

**Situazione nutrizionale:** È in sovrappeso il 24% del nostro campione e gli obesi sono il 6%. L'eccesso ponderale è trattato nel 41% dei casi con dieta e solo nel 29% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

**Carta di rischio cardiovascolare:** Ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare (solo nel 10% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 91% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e l'88% l'hanno eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 65% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (40%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

**Screening tumore del colon retto:** Appena il 13% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

# Introduzione

---

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio delle principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolti a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

# Obiettivi dello studio

---

## **Obiettivo generale**

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

## **Obiettivi specifici**

### **1. Aspetti socio-demografici**

- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati

### **2. 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

### **3. Abitudini alimentari**

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

### **4. Attività fisica**

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiari di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

### **5. Fattori di rischio cardiovascolare**

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia 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 popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione

### **6. Abitudine al fumo**

- stimare la prevalenza di fumatori, 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
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo

- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

#### **7. Consumo di alcol**

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori modesti e forti
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto)
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol
- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol

#### **8. Vaccinazioni in età adulta**

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-65 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

#### **9. Screening oncologici**

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuato all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening.

#### **10. 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

# Metodi

---

## ***Tipo di studio***

Studio trasversale di prevalenza puntuale, tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

## ***Popolazione in studio***

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASS 1 "Triestina" (aggiornato al 31.12.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASS e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## ***Strategie di campionamento***

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASS. La dimensione del campione è stata di 203 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

## ***Interviste***

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Sindaci di tutti i comuni.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da Assistenti Sanitarie del Dipartimento di Prevenzione, Infermiere dei Distretti Sanitari, Psicologhe e Tirocinanti di Psicologia del Dipartimento delle Dipendenze e da uno dei coordinatori aziendali. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

## ***Analisi delle informazioni***

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia per l'Azienda sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti livello nazionale senza il metodo della pesatura.

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 solo per la variabile principale.

## ***Etica e privacy***

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. E' stato richiesto la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.





RISULTATI





# Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 163.602 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASS di Trieste (ASS1 Triestina) al 31/12/2004.

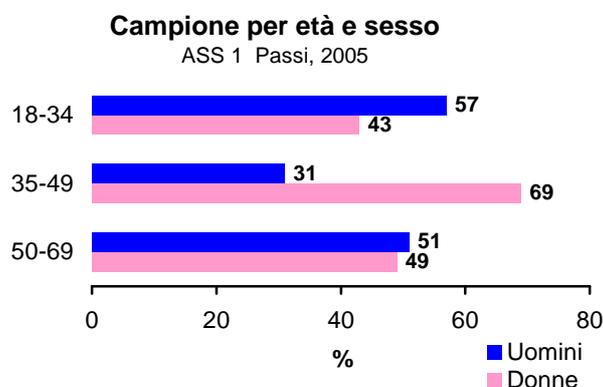
Le 203 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 12 operatori sanitari: 159 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 44 sono stati sostituite (22%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 7% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. Tra le ASL partecipanti si è registrato il 19% di sostituzioni ed il 6% di rifiuti.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 54% del campione intervistato è costituito da donne.
- il 27% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 30% in quella 35-49 e il 43% in quella 50-69.
- la distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale.



### Il titolo di studio

Nell'ASS 1 Triestina:

- lo 0,5% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 2% ha la licenza elementare, il 38% la licenza media inferiore, il 41% la licenza media superiore, il 18% è laureato.
- questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.

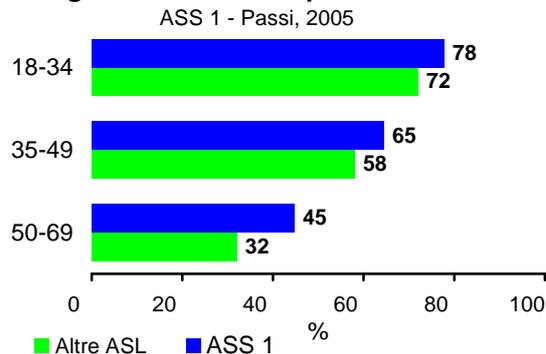


## Il livello di istruzione

Nell'ASS 1 Triestina il 60% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.

Nelle ASL partecipanti all'indagine il 50% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.

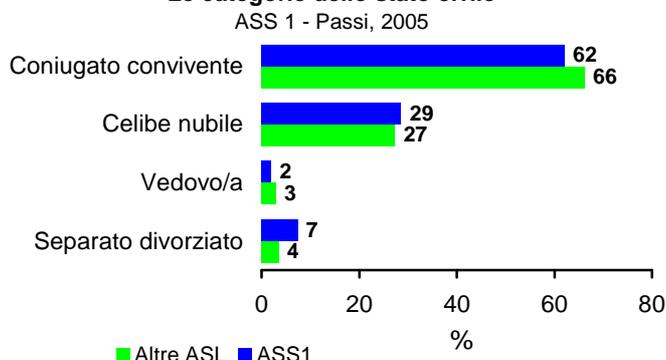
### Alto grado d'istruzione per classe d'età



## Lo stato civile

- Nell'ASS 1 Triestina coniugati/conviventi rappresentano il 62%, celibi/nubili il 29%, vedovi/e il 2%, separati/divorziati il 7%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti.

### Le categorie dello stato civile



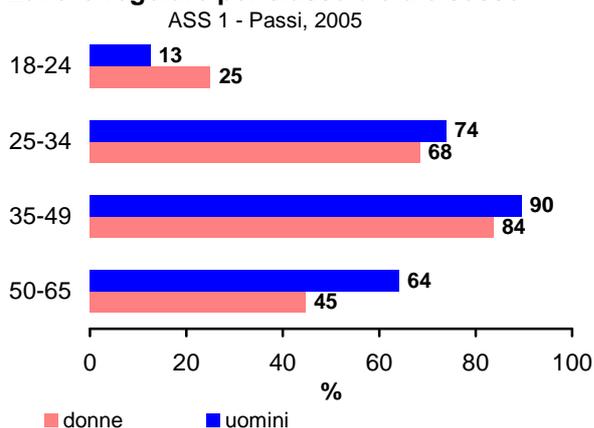
## Il lavoro

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 66% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- le donne risultano complessivamente poco meno occupate rispetto agli uomini (64% vs.67%).

Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 51% delle donne vs. il 74% degli uomini.

### Lavoro regolare per classe d'età e sesso



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Il campione nell'ASS 1 Triestina è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta a livello aziendale una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.



# 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.

## Quanti cittadini hanno una buona percezione del proprio stato di salute ?

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 74% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- in particolare:
  - si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona le persone senza patologie severe, per le quali la differenza è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) rispetto a quelle con malattia severa presente.
  - risulta piuttosto simile la percezione di buona salute nelle diverse fasce di età, così come le differenze non sono significative a seconda del sesso o del livello di istruzione.

Nelle ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

### Stato di buona salute percepito

ASS 1- Passi, 2005

Caratteristiche Demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>74 (IC95%: 67-80)</b>
<b>Età</b>	
18 - 34	79,6
35 - 49	72,6
50 - 69	71,3
<b>Sesso</b>	
M	78,7
F	69,7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	68,3
alta	77,4
<b>Patologia Severa**</b>	
presente	48,6
assente	79,2

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

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

## **Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese?**

Nell'ASS 1 Triestina:

- le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e di 5 per motivi psicologici. Le attività abituali sono limitate per poco più di 1 giorno al mese.
- il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia 50-69 anni. Le donne lamentano più giorni in cattiva salute sia per motivi fisici ( $p < 0,05$ ), sia per motivi psicologici ( $p < 0,01$ ), senza che questo però le limiti nelle abituali attività.

Nelle ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici e 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 giorni al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

**Giorni in cattiva salute percepita**  
ASS 1- Passi, 2005

Caratteristiche Demografiche	N°gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
<b>Totale</b>	<b>3,1</b>	<b>4,8</b>	<b>1,4</b>
<b>Età</b>			
18 - 34	2,5	3,4	1,9
35 - 49	3,1	5,7	0,9
50 - 69	3,6	5	1,5
<b>Sesso</b>			
M	2,3	3,4	1,4
F	3,8	6,0	1,4

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con l'indagine multiscope 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. 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 e nelle donne.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'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.

# Abitudini alimentari

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia 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 riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

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

Nella ASS 1 Triestina:

- il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- solo l'11% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- questa abitudine è più diffusa tra le persone con più di 50 anni e tra le donne, ma tali differenze non risultano statisticamente significative.

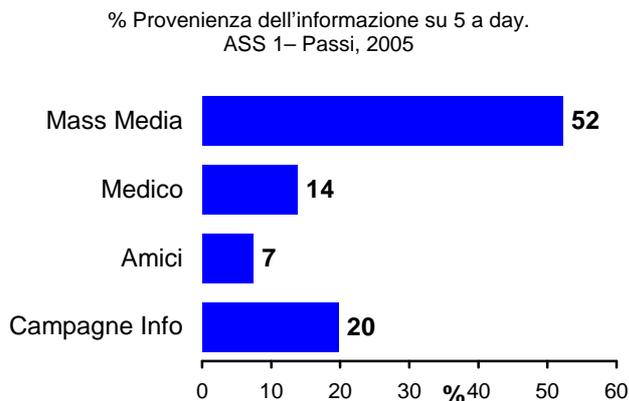
Anche nelle ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e fra le donne. In questo caso le differenze risultano statisticamente significative.

Abitudini alimentari	
ASS 1- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" <sup>**</sup> (%)
<b>Totale (n=203)</b>	<b>11 (IC95%:7-17)</b>
<b>Età</b>	
18 - 24	8
25 - 34	7
35 -49	10
50 - 69	15
<b>Sesso</b>	
uomini	10
donne	13
<b>Istruzione**</b>	
bassa	10
alta	13

\* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura  
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,038)

## Quanti conoscono il “5 a day”? E da chi ne hanno sentito parlare?

- Il 59% degli intervistati nell' ASS 1 conosce il “5 a day “(rispetto al 56% nelle ASL partecipanti).
- questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 14% dei casi da un medico (dato sovrapponibile al valore del 19% nelle altre ASL).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 la maggior parte delle presone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo poco più di 1 persona su 10 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti poco più della metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

# Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia (generalmente misurata come livello serico) e coronarosclosi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

## Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 78% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Solo il 57% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni e nelle donne. Questa percentuale non si differenzia in modo statisticamente significativo per istruzione.

Nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita è pari al 79%.

### Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo

ASS 1 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale (n=203)</b>	<b>78 (IC95%:72-84)</b>
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	57
35 - 49	87
50 - 69	85
<b>Sesso*</b>	
M	71
F	84
<b>Istruzione</b>	
bassa	83
alta	75

<sup>^</sup> p=0,0001

\* p<0,05

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Nell'ASS 1 Triestina:

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 29% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi né per grado di istruzione.

Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile.

### Ipercolesterolemici

ASS 1 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale (n=158)</b>	<b>28,5 (IC 95%22-36)</b>
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	13
35 - 49	26
50 - 69	37
<b>Sesso<sup>o</sup></b>	
M	33
F	25
<b>Istruzione**<sup>o</sup></b>	
bassa	36
alta	23

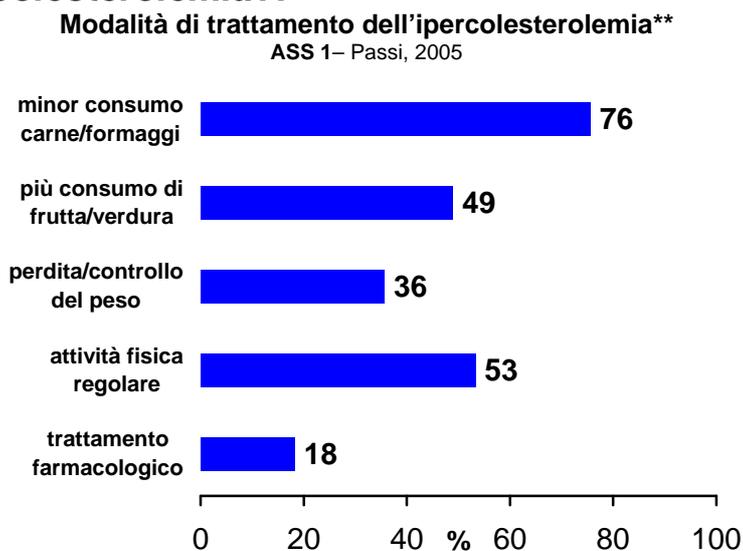
<sup>^</sup> p=0,0001

p<0,05

<sup>o</sup>statisticamente non significativo

## Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

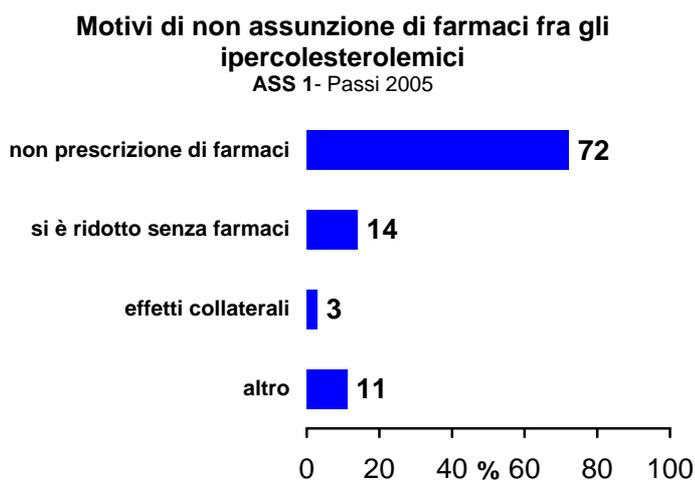
- Il 18% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici trattano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (76%), aumentando il consumo di frutta e verdura (49%), controllando il proprio peso corporeo (36%) e svolgendo regolare attività fisica (53%).



\* \* ognuna considerata indipendentemente

## Quali sono i motivi per cui una parte degli ipercolesterolemici non assume farmaci ?

- Il 72% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 14% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- il 3% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nel 22% della popolazione dell'ASS 1 non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa tre persone su 10 della popolazione totale tra 18 e 69 anni e quasi 4 su 10 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia; tali percentuali, pur se non in maniera statisticamente significativa, sono maggiori alle medie regionali, ed in linea con quelle rilevate nelle altre ASL partecipanti.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi dichiarano di aver perso peso o fanno attività fisica. Inoltre, sebbene molti possono trarre beneficio da un controllo non-farmacologico, le pratiche di prescrizione correnti andrebbero riesaminate, tenendo conto della presenza di altri fattori di rischio e del controllo raggiunto usando metodi non-farmacologici.

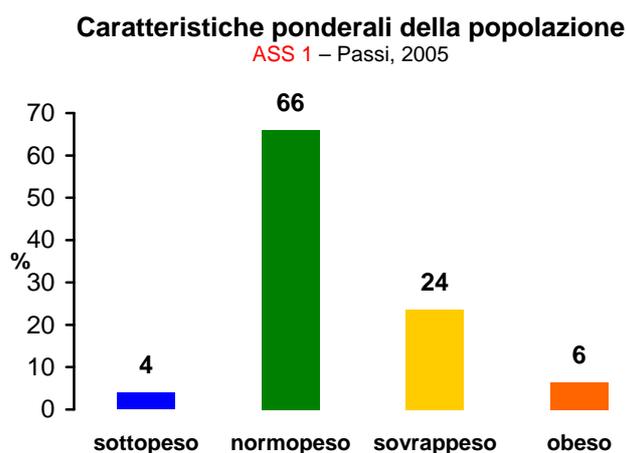
# Situazione nutrizionale

L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato.

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'ASS 1 il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 66% normopeso, il 24% sovrappeso ed il 6% obeso.



## Quante persone sono in eccesso ponderale e cosa fanno per perdere peso?

Nell'ASS 1 Triestina:

- si stima che il 30% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 44% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 41% svolge una dieta e il 30% fa attività fisica per perdere peso.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% segue una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso.

<b>Popolazione con eccesso ponderale <sup>^</sup></b>	
ASS 1– Passi , 2005	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>30 (IC 95%24-37)</b>
<b>Età, anni*</b>	
18 – 24	25
25 – 34	12
35 – 49	24
50 – 69	44
<b>Sesso*</b>	
Uomini	39
Donne	22
<b>Istruzione * °</b>	
bassa	42
alta	22

<sup>^</sup> popolazione in sovrappeso od obesa  
\* le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)  
°istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; differenze non significative

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASS 1 Triestina si stima che il 30% della popolazione sia in eccesso ponderale, dato inferiore a quello delle altre ASS della regione Friuli Venezia Giulia e, ai limiti della significatività statistica, con quello di tutte le ASL partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale il 41% segue una dieta (contro il 23% della media del FVG, dato statisticamente significativo) e il 30% fa attività fisica per perdere peso.

Appaiono pertanto opportuni interventi che favoriscano un'attività fisica regolare e abitudini alimentari corrette. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

# Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 21% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 66% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 13% è completamente sedentario.
- i completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione, ma le differenze riscontrate nella nostra ASS non risultano statisticamente significative.

Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 58% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

<b>Sedentarietà</b>	
<b>ASS 1- Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Sedentari, %*</b>
<b>Totale</b>	<b>13 (IC95%:9-18)</b>
<b>Età</b>	
18 - 34	7
35 - 49	18
50 - 69	13
<b>Sesso</b>	
uomini	11
donne	15
<b>Istruzione**</b>	
bassa	10
alta	15

\* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

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

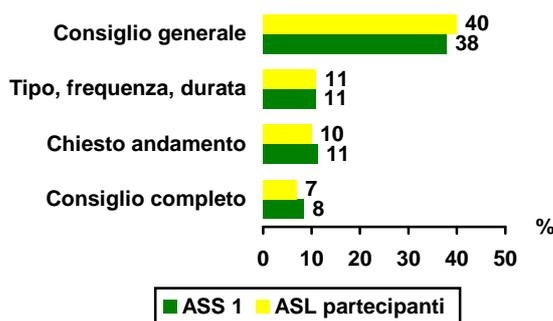
## ***Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro pazienti?***

Nell'ASS 1 Triestina:

- Le persone intervistate riferiscono che il 42% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 38% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo l'11% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e all'11% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo l'8% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.

Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla. L'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata dell'attività proposta. Il 10% degli intervistati riferisce una verifica da parte del curante, in occasione di visite successive, dell'attività fisica effettuata. La percentuale di persone che aveva ricevuto i consigli completi era del 7%.

Attività fisica e consigli dei medici  
ASS 1- 2005



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che circa 13% della popolazione nell'ASS 1 conduce uno stile di vita sedentario e che il 66% non pratica sufficiente attività fisica; pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle altre ASL partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

In meno della metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale che danno consigli più dettagliati si aggira intorno al 10%.

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, scuola ecc.).

# Ipertensione

L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso. Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione non diagnosticata o scarsamente controllata, 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.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati richiede un trattamento farmacologico; anche 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.

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

Nell'ASS 1 Triestina:

- l'87% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 8% più di 2 anni fa, mentre il 5% non ricorda o non l'ha avuta.
- la percentuale di persone controllate cresce nella fascia di età 35-49 anni, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.

I dati locali sono in linea con i dati delle ASL partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

**% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni**  
ASS 1 – Passi, 2005

<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% *</b>
<b>Totale</b>	<b>87(IC95%:81-91)</b>
<b>Età, anni°</b>	
18 - 34	78
35 - 49	94
50 - 69	87
<b>Sesso°</b>	
uomini	87
donne	86
<b>Istruzione°</b>	
bassa	92
alta	84

\* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

° le differenze non risultano statisticamente significative

## Quanti sono ipertesi?

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 22% degli intervistati riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- la percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su tre è ipertesa (33%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

		Ipertesi	
		ASS 1 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche		% *	
<b>Totale</b>		<b>22 (IC95%:16-28)</b>	
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	18 - 34	12	
	35 - 49	15	
	50 - 69	33	
<b>Sesso</b>	uomini	24	
	donne	20	
<b>Istruzione**</b>	bassa	30	
	alta	16	

\* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

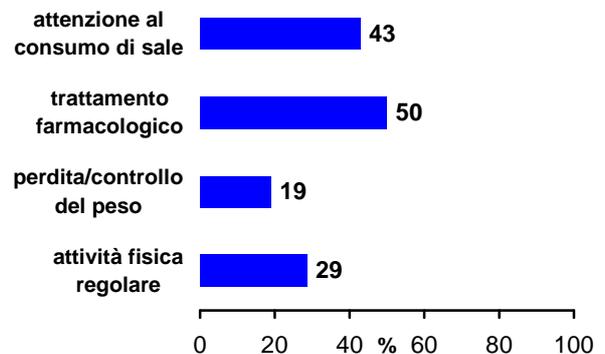
<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

## Come viene trattata l'ipertensione?

- Il 50% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (43%), controllando il proprio peso corporeo (19%) e svolgendo regolare attività fisica (29%).

### Modalità di trattamento dell'ipertensione\*

ASS 1 – Passi, 2005



\* ognuna considerata indipendentemente

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASS 1 si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, un terzo degli ultracinquantenni e 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 12 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi, si può controllare l'ipertensione attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, ma questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.



# Carta di 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 (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 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 alla familiarità alla 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 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.

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

Nell'ASS 1:

- la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 10%.
- non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è sovrapponibile (9%).

<b>Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare</b>	
<b>ASS 1 – Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>10 (IC95%:5-16)</b>
<b>Età, anni</b>	
40 - 49	5
50 - 59	7
60 - 69	18
<b>Sesso</b>	
uomini	13
donne	7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	15
alta	5

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia nella ASS 1 sia nelle ASL partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

# L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico - degenerative (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.

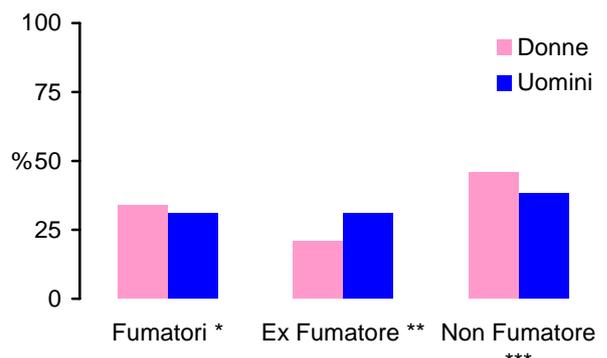
## Come è distribuita l'abitudine al fumo?

Nell'ASS 1 Triestina:

- i fumatori sono pari al 33%, gli ex fumatori al 25%, e i non fumatori al 42%.
- l'abitudine al fumo è più alta tra le donne che tra gli uomini (34% versus 31%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (46% versus 38%).

Tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

**Abitudine al fumo ASS 1- Passi, 2005**



\*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 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.

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

Nell'ASS 1:

- si osservano tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra le donne e nelle persone con basso livello di istruzione.
- l'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 19 anni.
- in media si fumano circa 12 sigarette al giorno.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori ASS 1 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>33</b> (IC95%:26-39)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	42
25 - 34	38
35 - 49	34
50 - 69	28
<b>Sesso</b>	
M	31
F	34
<b>Istruzione**</b>	
bassa	33
alta	32

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

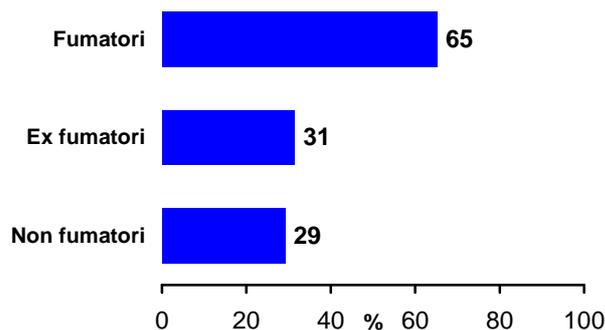
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

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

Nell'ASS 1 Triestina:

- circa un operatore sanitario su due (41%) si informa sui comportamenti dei propri pazienti in relazione all'abitudine al fumo.
- riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 65% dei fumatori, il 31% degli ex fumatori e il 29% dei non fumatori. La differenza è statisticamente significativa ( $p=0,0008$ )

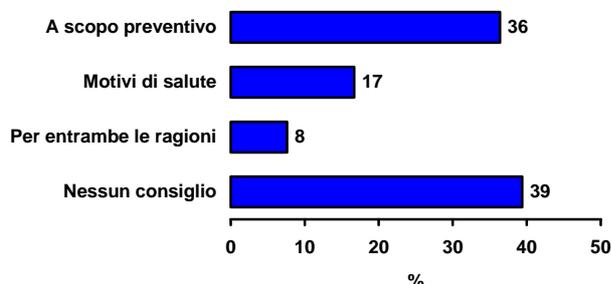
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – ASS 1, 2005



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

- il 61% 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 (36%)
- il 39% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

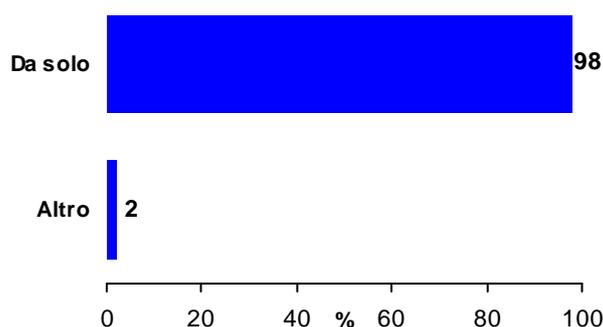
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione ASS 1, 2005



## Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- il 98% degli ex fumatori dell'ASS 1 ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

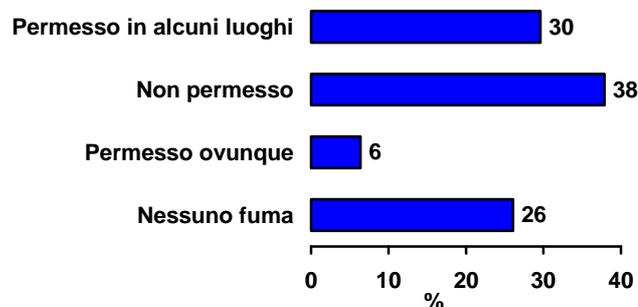
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASS 1, 2005



## Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- gli intervistati nell'ASS 1 dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 64% dei casi (38% non permesso; 26% nessuno fuma); nel restante 36% dei casi si fuma ovunque o in parte.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa: ASS 1, 2005



## Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 67% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nell'ASS 1 l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori superiore rispetto a quella delle altre ASL, ma tale differenza non risulta statisticamente significativa. 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 comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. 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.

# Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto 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 ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

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 prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono 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 coloro 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 bevono?

Nell'ASS 1 Triestina:

- la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 77%.
- si sono osservati tassi più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

Consumo di alcol ASS 1 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
<b>Totale</b>	<b>77 (IC95%:70-83)</b>
<b>Età, anni°</b>	
18 - 24	83
25 - 34	76
35 - 49	74
50 - 69	78
<b>Sesso^</b>	
uomini	88
donne	67
<b>Istruzione***</b>	
bassa	79
alta	75

\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

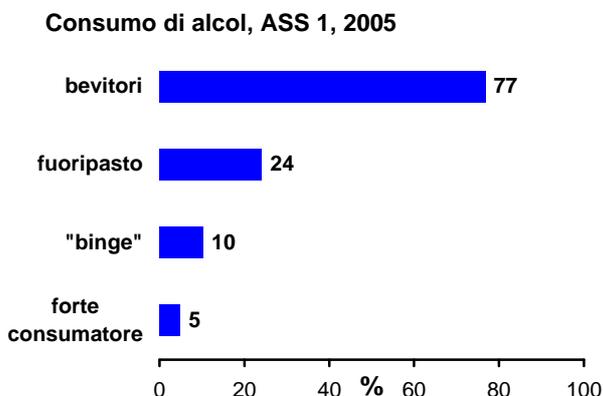
°le differenze non risultano statisticamente significative  
^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

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

## Quanti sono bevitori a rischio?

Nell'ASS 1 Triestina:

- in un mese il 24% degli intervistati riferisce di avere bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- il 10% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- il 5% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- complessivamente il 39% può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge").



Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

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

- questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

<b>Bevitori "binge"</b> ASS 1- Passi, 2005	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Bevitori "binge"*** (n=28)</b>
<b>Totale</b>	<b>10(95% CI 7-15)</b>
<b>Età, anni°</b>	
18 - 24	17
25 - 34	19
35 - 49	5
50 - 69	9
<b>Sesso^</b>	
M	18
F	4
<b>Istruzione**°</b>	
bassa	7
alta	12

\* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore. ;

°le differenze non risultano statisticamente significative

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

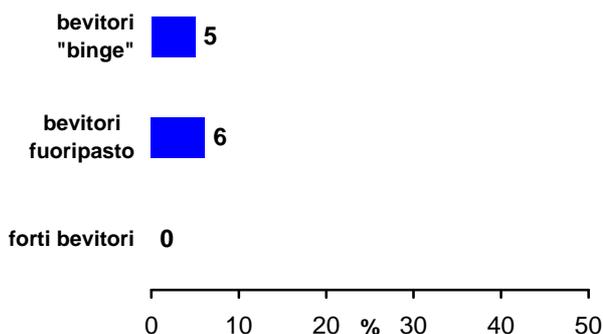
^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

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

Nell'ASS 1Triestina:

- solo il 15% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 5% dei "binge", il 6% di chi beve fuori pasto e nessuno dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

**Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi).**  
**ASS 1, Passi, 2005**



Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuori pasto e al 11% dei forti bevitori.

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASS 1 si stima che oltre i tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e che un terzo abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono superiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine, probabilmente a causa della cultura stessa del Friuli Venezia Giulia e più in generale del Nord Est in cui l'alcol, il vino, più che in altre zone, ha una accettabilità molto elevata, permeando la vita di tutti i giorni, senza assumere connotazione negativa, senza essere riconosciuto come elemento di trasgressione.

Come nelle altre ASL anche nell'ASS 1 gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderare il consumo dell'alcol.

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 negli operatori sanitari.



# 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).

La frequenza con cui insorgono i casi di influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività.

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata a persone con età maggiore di 64 anni e a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie.

## Quanti si vaccinano per l'influenza?

Nell'ASS 1:

- Il 15% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 64% tra i 65-69 anni. La differenza fra i soggetti con meno di 65 anni e quelli con 65 o più anni è significativa ( $p < 0,0001$ ).
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 19,4% risulta vaccinato.

Tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

### Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)

ASS 1 Passi, 2005

Caratteristiche demografiche		Vaccinati
<b>Totale</b>		15 (IC95%:11-21)
<b>Età</b>		
	≥65	64
	<65	12
	<65 con almeno una patologia cronica	19
<b>Sesso<sup>^</sup></b>		
	uomini	17
	donne	14
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	18
	alta	8

\*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie mediante la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie solo una su cinque risulta vaccinata e la copertura per il gruppo di età 65-69 anni richiede un miglioramento. Risulta pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. 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?

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 16% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia. Tale percentuale è nettamente inferiore alla media regionale (28%, IC95%: 25-35) ed a quella nazionale (31%).
- la percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 50% tra 18-24 anni all'11% tra 25-34 anni per poi risalire nella fascia 35-45 anni) ed è inversamente correlata al livello di istruzione. Fra le 55 donne intervistate con livello d'istruzione basso (durata degli studi  $\leq 8$  anni) nessuna risultava vaccinata.

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=55) ASS 1 Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
<b>Totale</b>	<b>16</b> (IC95%: 8 – 29)
<b>Età</b>	
18-24	50
25-34	11
35-45	16
<b>Istruzione*</b>	
bassa	0
alta	22

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

Le differenze non sono statisticamente significative

In regione risulta vaccinato il 23% delle donne con scolarità bassa ed il 30% di quelle con scolarità alta.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

Nell'ASS 1 Triestina:

- tra le donne non vaccinate il 37% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- è possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 38% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (16%) o con un rubeotest positivo (22%).
- il 9% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- nel rimanente 43% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Si può quindi stimare che nell'ASS 1 "Triestina" sia suscettibile alla rosolia il 62% delle donne (9% sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo; nel rimanente 53% lo stato immunitario non è conosciuto). Data la ridotta numerosità della popolazione considerata, non si può affermare che vi sia una differenza reale tra i valori delle diverse Aziende Sanitarie.

<b>Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni; n=55) ASS 1 Passi, 2005</b>	
<b>Immuni</b>	<b>38</b>
Vaccinate	16
Non vaccinate con rubeotest positivo	22
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>62</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	9
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	0
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	53

## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia a livello aziendale sia su scala nazionale 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, ginecologi e ostetriche).

# Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. 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 nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

## Quante donne hanno eseguito un pap test?

Nell'ASS 1 Triestina:

- il 91% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono poco più elevate fra i 35 e i 49 anni. Non si osservano differenze significative per stato civile, età e livello d'istruzione.
- l'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 28 anni.

Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

### Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)

ASS 1 Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *
<b>Totale</b>	<b>91 (IC95%:83-96)</b>
<b>Età</b>	
25 - 34	89
35 - 49	93
50 - 64	90
<b>Stato civile</b>	
coniugata	94
non coniugata	84
<b>Istruzione**</b>	
bassa	84
alta	95

\* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi

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

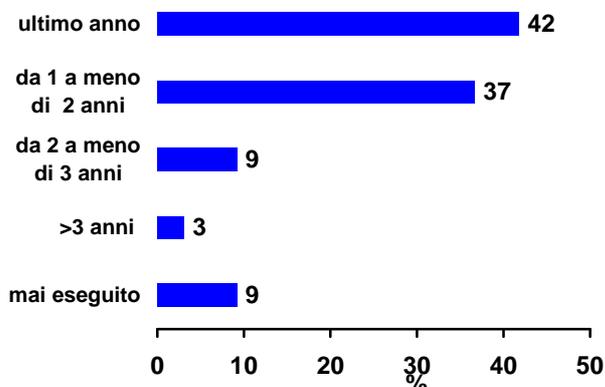
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

Nell'ASS 1 Triestina:

- l'ultimo pap test è stato eseguito dal 88% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- il 42% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- il 9% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.

Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.

**Pap test e periodicità**  
ASS 1 - Passi, 2005



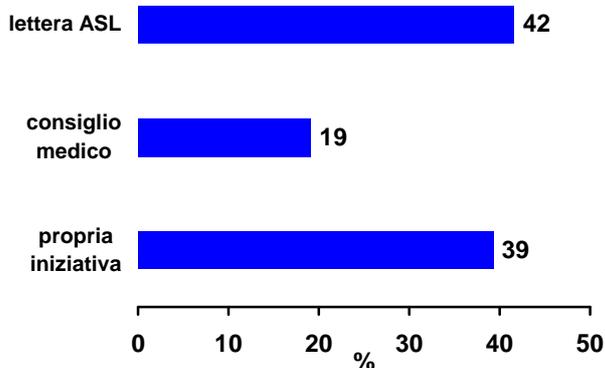
## Viene consigliato il pap test alle donne?

Nell'ASS 1 Triestina:

- L'84% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e l'91% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (42%), su consiglio medico (19%) e di propria iniziativa (39%).

Tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL 9 nel 25%.

**Pap test: consigli e motivo dell'esecuzione**  
ASS 1 - Passi, 2005



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASS 1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è alta, e tale sarebbe probabilmente anche in assenza di programmi organizzati. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); più della metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Considerando l'insieme dell'offerta, dentro e fuori dai programmi organizzati, si può stimare che siano numerose le donne che effettuano il pap test ad intervalli più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati.



# Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi 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 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

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.

## Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

Nell'ASS 1:

- Il 65% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi.

L'esiguità del sottocampione esaminato (43 donne sul totale dei 203 intervistati) rende però opportuno l'utilizzo dei dati regionali.

Screening cancro della mammella ( ≥50 anni)		
ASS 1 Passi, 2005		
	Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*
<b>Totale</b>		<b>65 (IC95%:49- 79)</b>
<b>Età<sup>^</sup></b>		
	50 - 59	68
	60 - 69	61
<b>Stato civile<sup>^</sup></b>		
	coniugata	59
	non coniugata	82
<b>Istruzione<sup>**^</sup></b>		
	bassa	74
	alta	55

\*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative

In Regione Friuli Venezia Giulia:

- l'81% delle donne di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito almeno una mammografia nella vita in assenza di segni e sintomi. Non si apprezzano differenze in base all'età e al livello d'istruzione e lo stato civile.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa pertanto rispetto a quella raccomandata per la mammografia periodica (50 anni).

Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

### Screening cancro della mammella ( ≥50 anni - n=180)

Friuli Venezia Giulia - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia <sup>^</sup>
Totale	81,3 (IC95%:75 - 87)
Età	
50 - 59	82
60 - 69	81
Stato civile	
coniugata	82
non coniugata	81
Istruzione <sup>♦</sup>	
bassa	83
alta	76

<sup>^</sup> le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

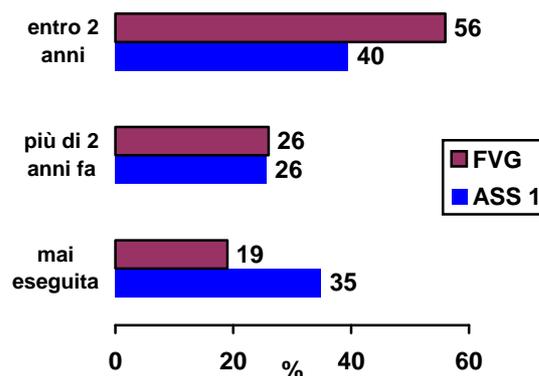
<sup>♦</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

### Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nell'ASS 1 il 40% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 26% più di 2 anni fa. Il 35% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- In Friuli Venezia Giulia il 56% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 26% più di 2 anni fa. Il 19% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

### Mammografia e periodicità

ASS 1 e FVG: Passi, 2005



## Viene consigliata la mammografia alle donne?

Nell'ASS1:

- Il 47% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 19% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 41% su consiglio medico, nel 48% di propria iniziativa e nell'11% in seguito ad una lettera di invito.

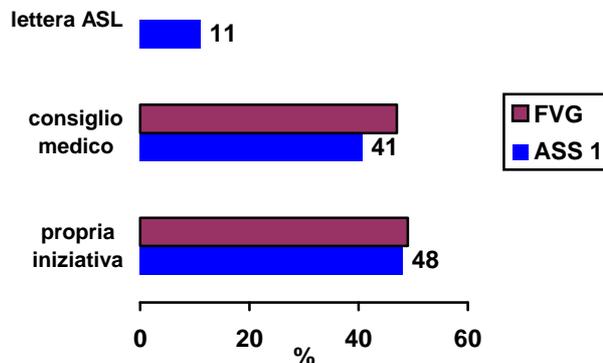
In FVG:

- Il 69% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia.
- Il consiglio viene dato al 79% delle donne dell'ASS 4 "Medio Friuli", al 71% delle donne dell'ASS 6 "Friuli Occidentale" e al 47% delle donne dell'ASS 1 "Triestina"
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 47% su consiglio medico, nel 49% di propria iniziativa.

Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% riferisce di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% di propria iniziativa.

### Mammografia: consigli e motivo dell'esecuzione

ASS 1 FVG – Passi, 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

Al momento delle interviste non era ancora attivo un programma regionale ed aziendale di offerta attiva.

L'esame mammografico è stato eseguito almeno una volta solo dal 65% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 40% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di iniziare un programma per l'offerta attiva della mammografia, analogamente a quanto avviene col pap test: i dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.



# Screening tumore del colon-retto

Il tumore del colon retto rappresenta 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 ammalano di carcinoma colon-rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi).

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

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

## Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto?

Nell' ASS 1:

- Il 13% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 6% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.

Screening cancro colon retto (≥50 anni)	
ASS 1- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
<b>Totale</b>	<b>13 (IC95%:7-22)</b>
<b>Età<sup>^</sup></b>	
50 - 59	9
60 - 69	18
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	14
donne	12
<b>Istruzione<sup>**^</sup></b>	
bassa	10
alta	15

\* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative

In Friuli Venezia Giulia:

- il 16% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 9% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.

Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Screening cancro colon retto (≥50 anni)	
Friuli Venezia Giulia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test <sup>^</sup> per motivi preventivi
<b>Totale</b>	<b>16 (IC95%:12,4-20,7)</b>
<b>Età</b>	
50 - 59	16
60 - 69	17
<b>Sesso</b>	
M	21
F	12
<b>Istruzione<sup>♦</sup></b>	
bassa	15
alta	18

<sup>^</sup> sangue occulto o sigmoidoscopia

<sup>♦</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colonrettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia, mentre a livello aziendale non esiste alcuna indicazione operativa. Appare opportuno iniziare a pianificare questo programma di screening sul territorio e a prevedere campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

# Sicurezza stradale

Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

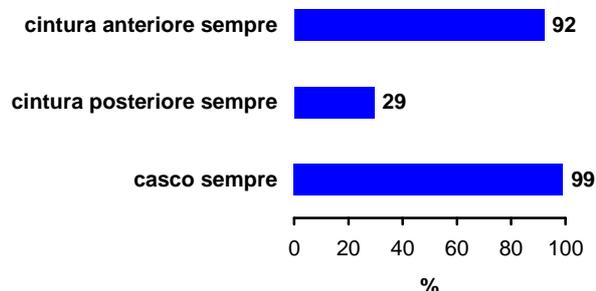
Nell'ASS 1:

- la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 92%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (29%).
- tra coloro che vanno in moto o in motorino oltre il 99% riferisce di usare sempre il casco.

Nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

### Uso dei dispositivi di sicurezza

ASS 1 Passi - 2005



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

Nell' ASS 1 Triestina:

- il 15% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani, negli uomini e nelle persone con livello alto di istruzione.
- il 21% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari al 11%. La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza ASS 1– Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
<b>Totale</b>	<b>15 (IC95%:10-20)</b>
<b>Età **</b>	
18 - 24	33
25 - 34	33
35 - 49	13
50 - 69	5
<b>Sesso **</b>	
M	23
F	7
<b>Istruzione **</b>	
bassa	5
alta	22

\*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

\*\*le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,01$ )

\*\* le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,01$ )

## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 Triestina si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta più diffuso nell' ASS 1 rispetto alle ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 34 anni.

Alla luce di queste considerazioni risulta importante continuare e rafforzare 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, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

# Tabelle riassuntive dello studio PASSI

Campione	Stima ASS 1	Stima Regione FVG	ASL partecipanti allo studio
età media (anni)	45	45	44
donne, %	54	53	52
titolo di studio, %			
<i>laurea</i>	18	11	11
<i>media superiore</i>	41	38	40
<i>media inferiore</i>	38	38	31
<i>elementare</i>	2	12	16
<i>nessuno</i>	1	1	1
livello di istruzione *, %			
<i>alto</i>	60	50	52
stato civile, %			
<i>coniugati/conviventi</i>	62	68	66
<i>celibi/nubili</i>	29	25	27
<i>vedovi/e</i>	2	2	3
<i>separati/divorziati</i>	7	5	4
lavoro regolare **, %	66	64	63

\* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

\*\* Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Stima ASS 1	Stima Regione FVG	ASL partecipanti allo studio
	(%)	(%)	(%)
salute molto-buona/buona, %	74	69	64
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3	3	3
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	5	4	3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1	1	2

<b>Abitudini alimentari</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	91	93	91
conosce il 5 a day ^	59	54	56
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11	13	13
da chi ne hanno sentito parlare:			
<i>mass media</i>	52	48	45
<i>medico</i>	14	12	19
<i>campagne informative</i>	20	11	12

^ mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

<b>Ipercolesterolemia</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
misurazione colesterolo almeno una volta	78	82	79
Ipercolesterolemici^	29	23	25
come viene trattata l'ipercolesterolemia:			
<i>trattamento farmacologico</i>	18	23	24
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	76	79	77
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	49	54	58
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	36	44	42
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	53	48	39

^ sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

<b>Stato nutrizionale</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
popolazione con eccesso ponderale	30	40	44
<i>sovrappeso</i>	24	31	33
<i>obeso</i>	6	9	11
come viene trattato l'eccesso ponderale:			
<i>dieta</i>	41	23	28
<i>svolgimento di attività fisica</i>	30	18	23

<b>Attività fisica</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico	21	22	19
popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>	13	15	23
consigli dei medici: <sup>^^^</sup>			
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	42	39	38
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	38	39	40
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	11	10	10
<i>verificato andamento in altre visite</i>	11	8	10
<i>ricevuto consigli completi</i>	8	7	7

<sup>^</sup> 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

<sup>^^</sup> chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

<sup>^^^</sup> consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

<b>Iipertensione arteriosa</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	87	84	81
Iipertesi*	22	20	23
come viene trattata l'ipertensione:			
<i>trattamento farmacologico</i>	50	66	69
<i>riduzione consumo di sale</i>	43	66	71
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	19	44	37
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	29	39	35

\* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

<b>Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
popolazione cui è stato calcolato il punteggio #	10	9	9

# coloro che hanno risposto "non so" o "non ricordo" sono inclusi nel denominatore

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>Stima ASS 1 (%)</b>	<b>Stima Regione FVG (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
fumatori *	33	27	27
<i>uomini</i>	31	32	32
<i>donne</i>	34	22	22
ex fumatori **	25	23	20
non fumatori ***	42	50	54
come hanno smesso gli ex fumatori:			
da solo	98	98	94
aiuto del medico	0	1	2
consigli dei medici:			
<i>chiesto se fuma (in generale)</i>	41	40	39
<i>chiesto se fuma (ai fumatori)</i>	65	62	65
<i>consigliato di smettere di fumare (a fumatori)</i>	61	63	62
permesso di fumare in ambiente domestico:			
<i>non permesso</i>	38	38	37
<i>nessuno fuma</i>	26	30	25
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):			
<i>sempre</i>	67	69	58
<i>a volte/mai</i>	16	12	16

\* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno

\*\* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

\*\*\* meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano

<b>Consumo di alcol</b>	<b>Stima ASS 1 (%)</b>	<b>Stima Regione FVG (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese $\diamond$	<b>77</b>	<b>76</b>	64
bevitori fuoripasto $\diamond\diamond$	24	25	12
bevitori binge $\diamond\diamond\diamond$	10	11	8
forti bevitori $\diamond\diamond\diamond\diamond$	5	6	6
chiesto dal medico sul consumo	15	18	14

$\diamond$  una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

$\diamond\diamond$  in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana

$\diamond\diamond\diamond$  nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

$\diamond\diamond\diamond\diamond$  più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

<b>Vaccinazione antinfluenzale</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
vaccinati 18-69 anni	15	11	15
vaccinati ≥ 65	64	43	51
vaccinati <65 con almeno una patologia	19	20	28

<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 – 45 anni)</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
vaccinate	16	28	31
hanno eseguito rubeotest *	37	43	41
Immune**	38	55	53

\* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano

\*\* % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo, calcolata su tutte le donne 18-45 anni

<b>Screening cancro cervice uterina ^ (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
eseguito almeno un pap test	91	93	78
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	88	87	70
viene consigliato pap test periodico	84	82	70
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	91	88	56
ultimo pap test è stato eseguito per <i>invito attivo dell'ASL</i>	42	40	25
<i>consiglio medico</i>	19	26	31
<i>propria iniziativa</i>	39	33	44

^ eseguito a scopo preventivo

<b>Screening cancro della mammella (donne 50 – 69 anni) ◇,◇◇</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
eseguita almeno una mammografia	65	81	75
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	40	56	57
viene consigliata mammografia periodica	47	69	66
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	19	10	58
ultima mammografia è stata eseguita per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>	11 (?)		39
<i>consiglio medico</i>	41	48	29
<i>propria iniziativa</i>	48	49	32

◇ valori ASS partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

<b>Screening cancro colon retto (50 - 69 anni) #</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	13	16	14
eseguito negli ultimi due anni	6	9	8

# eseguita a scopo preventivo

<b>Sicurezza stradale</b>	<b>Stima ASS 1</b>	<b>Stima Regione FVG</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
cintura anteriore sempre	92	90	83
cintura posteriore sempre	29	30	20
casco sempre #	99	96	88
guida in stato di ebbrezza ##	15	19	11
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ###	21	19	12

# calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

## aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

### nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

# Bibliografia

---

## **Generale**

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide [www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss)
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
  
- *Salute e qualità di vita percepita*
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

## **Attività fisica**

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- 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/>

## **Fumo**

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
- 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.
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- 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))
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

## **Alimentazione**

- 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
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- 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)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

### **Alcol**

- 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  
<http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
- 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)
- 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>

### **Sicurezza stradale**

- 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
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, *The Lancet*, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- 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.)

### **Rischio cardiovascolare**

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. *Ital Heart J*; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 2003; 326 (7404): 1491
- 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

### **Screening oncologici**

- LILT- Dossier “Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione” – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito [www.istat.it](http://www.istat.it)
- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- 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)



