

Rapporto PASSI

2006



A cura di

Tolinda Gallo *Coordinatore regionale dello studio PASSI - Dipartimento di Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli"*

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio a livello nazionale

Nancy Binkin, Alberto Perra (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)
Giuliano Carrozi, Marco Cristofori, Giuseppina De Lorenzo, Daniela Lombardi, Maria Miceli, Paolo Niutta, Pierluigi Piras, Mauro Ramigni, Gaia Scavia (*Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio a livello regionale

Ezio Beltrame *Assessore alla Salute e Protezione Sociale - Regione Friuli Venezia Giulia*
I Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia
I Medici di Medicina Generale 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

Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina"

Daniela Germano, Riccardo Tominz (*coordinatori*)
Barbara Ban, Simon Crocco, Silvia Cosmini, Roberta Fedele, Marilena Geretto, Emanuela Occoni, Luisa Ripa, Reana Ritossa, Bruna Skabar, Daniela Steinbock (*intervistatori*)

Azienda per i Servizi Sanitari n° 2 "Isontina"

Maria Teresa Padovan (*coordinatore*)
Adriana Blazica, Marisa Bortolossi, Cinzia Braida, Margherita Longobardi, Maura Nappa, Renato Sdrigotti (*intervistatori*)

Azienda per i Servizi Sanitari n° 3 "Alto Friuli"

Andrea Iob (*coordinatore*)
Monica Cecon, Giuliana Copetti, Denise Di Bernardo, Mariarita Forgiarini, Paola Fuccaro, Tiziana Pallober, Manuela Ridolfo, Sabrina Seravalli (*intervistatori*)

Azienda per i Servizi Sanitari n° 4 "Medio Friuli"

Tolinda Gallo (*coordinatore*)
Marina Adotti, Donatella Belotti, Daniela Del Fabro, Anna Fabbro, Maria Rosa Liani, Silvia Monticolo, Maria Grazia Pellizzon, Margherita Zanini (*intervistatori*)

Azienda per i Servizi Sanitari n° 5 "Bassa Friulana"

Massimo Zuliani (*coordinatore*)
Patrizia Bernardis, Rosella Malaroda, Liliana Roppa, Gabriella Stolf (*intervistatori*)

Azienda per i Servizi Sanitari n° 6 "Friuli Occidentale"

Ilva Osquino (*coordinatore*)
Patricia Belletti, Rosanna Coden, Rita Collostide, Augusta Corazza, Daniela Fabbro, Ada Oro, Ilva Osquino, Viviana Pighin, Sandra Polese, Manola Sgrulletti, Silvana Widmann (*intervistatori*)

Un sincero ringraziamento per i preziosi suggerimenti a:

dott. Luciano Ciccone per la sezione "Attività fisica"
dott.ssa Marcella Di Fant per la sezione "Sicurezza stradale"
dott.ssa Daniela Gnesutta per la sezione "Vaccinazione antinfluenzale"
dott. Hamid Kashanpour per i commenti alla sezione "Abitudine al fumo"
dott.ssa Cecilia Savonitto e dott. Aldo Savoia per le sezioni "Situazione nutrizionale e abitudini alimentari" e "Sicurezza alimentare"
dott. Diego Vanuzzo per i commenti alla sezione "Rischio cardiovascolare"

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:

Tolinda Gallo 0432 553211/3203 - linda.gallo@ass4.sanita.fvg.it
U.O. di Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione - Via Chiusaforte 2 - 33100 Udine

Questo è il secondo rapporto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) della Regione Friuli Venezia Giulia condotto in tutte le sei Aziende Sanitarie. L'obiettivo dichiarato dall'indagine è la sorveglianza dello stato di salute della popolazione tra 18 e 69 anni, grazie ad un monitoraggio continuo delle abitudini e degli stili di vita, per modificare i comportamenti a rischio, associati alle principali cause di mortalità e morbilità, con interventi che promuovono la salute. Attraverso le interviste effettuate ad un campione rappresentativo della popolazione regionale è stato possibile raccogliere informazioni sui fattori di rischio comportamentali e sugli interventi di prevenzione attivati per il loro contenimento. Il rapporto contiene molte sezioni del tutto sovrapponibili a quelle relative all'indagine effettuata nel 2005, ma anche alcune sezioni nuove e, soprattutto, alcune possibilità di confronto molto interessanti, sia tra le ASS regionali sia con altre realtà nazionali.

Questo rapporto fornisce anche dati importanti su argomenti non trattati precedentemente e per i quali non ci sono flussi informativi: per esempio una sezione sulla sicurezza alimentare ed una sugli infortuni domestici.

Ne emerge un quadro molto interessante, tale da costituire una preziosa fonte informativa per delineare il profilo di salute della popolazione e per impostare e valutare i programmi di sanità pubblica.

I contenuti di questo documento sono, infine, una fonte importante di informazioni da restituire alla collettività e alle sue rappresentanze istituzionali, in termini di "bisogni" di salute e di risultati ottenuti.

Un documento che ha in sé il valore aggiunto di essere stato costituito attraverso il contributo diretto dei cittadini, interpellati in prima persona per esprimersi sulla propria salute e sui propri comportamenti.

L'Assessore alla salute e protezione sociale
Dott. Ezio Beltrame

INTRODUZIONE

Secondo l'OMS le patologie definite non trasmissibili (malattie cardio-vascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono attualmente responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa e consumano in media il 77% del budget per la salute dei paesi membri.

Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che queste patologie sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli "stili di vita", come alimentazione, fumo, consumo di alcol, attività fisica. Tutte le strategie a medio e lungo termine, come quella recentemente indicata dall'OMS, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente monitorare da una parte i fattori comportamentali di rischio e dall'altra la penetrazione delle attività di prevenzione all'interno della popolazione.

Questa consapevolezza è andata rafforzandosi anche nel nostro Paese e alla fine del 2004 il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) e le Regioni facenti parte della Commissione "Mattoni" per il Nuovo Sistema Sanitario hanno dato l'incarico al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS, ISS) di testare, in alcune ASL, metodi e procedure in vista di un'eventuale sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione che coinvolgesse tutte le regioni e le ASL italiane.

Una prima volta nel 2005, il CNESPS, con il suo gruppo PROFEA, ha progettato e realizzato il PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno studio trasversale che ha utilizzato un questionario standardizzato somministrato telefonicamente a un campione di popolazione di 18-69 anni rappresentativo delle ASL o regioni partecipanti. Tale studio ha misurato fattori di rischio comportamentali con strumenti già ampiamente usati e validati in altri Paesi (USA, Australia, Finlandia, studi DG SANCO in Europa) testando alcune modalità di campionamento e procedure di coinvolgimento dei gruppi di interesse. L'interesse destato da questa iniziativa nella realtà sanitaria italiana è testimoniato dalla partecipazione di 117 ASL che si sono aggiunte volontariamente (singolarmente o con la propria regione) alle 6 selezionate inizialmente per lo studio. Questo entusiasmo si può giustificare con l'interesse e l'utilità di poter disporre in prospettiva di una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati.

La stessa base di dati permetterebbe inoltre al livello regionale (e centrale) di confrontare le diverse realtà aziendali fra di loro e seguirne l'evoluzione nel tempo.

Dall'inizio del 2005, tuttavia, non solo sono stati segnati dei progressi dal punto di vista tecnico-scientifico, ma contestualmente le strutture politiche e amministrative del Paese hanno gettato delle basi sempre più solide per la messa a regime di una sorveglianza di popolazione. I segni in tal senso sono inequivocabili: il nuovo Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) indica la sorveglianza PASSI come un obiettivo operativo da raggiungere per le regioni italiane e il CCM ha cominciato attraverso il CNESPS un progetto biennale di sperimentazione e sostegno alla messa a regime della sorveglianza di popolazione; la conferenza degli Assessori alla sanità ha approvato la sperimentazione di tale sistema per i prossimi 2 anni (2007-2008).

Lo studio PASSI, nella sua versione 2006 ha modificato alcuni moduli (attività fisica, alimentazione) e aggiunto alcuni di nuovi (sicurezza domestica, sicurezza alimentare, sintomi di depressione).

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, infortuni domestici, sicurezza alimentare, sintomi di depressione, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Lo studio realizzato ha prodotto molti dati che possono essere usati per una migliore comprensione dei problemi di salute e per una migliore definizione dei gruppi a rischio. In questo rapporto tuttavia sono documentati solo i risultati che sono più pertinenti a un'attività di sorveglianza.

Indice

SINTESI DEL RAPPORTO	V
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2006	X
OBIETTIVI	XIX
METODI	XXII
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE	1
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	5
ATTIVITÀ FISICA	8
ABITUDINE AL FUMO	12
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	17
CONSUMO DI ALCOL	24
SICUREZZA STRADALE	29
INFORTUNI DOMESTICI	32
SICUREZZA ALIMENTARE	37
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	41
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	43
SINTOMI DI DEPRESSIONE	52
SCREENING NEOPLASIA DEL COLON RETTO	56
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO	58
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA	62
BIBLIOGRAFIA	66

SINTESI DEL RAPPORTO

Descrizione del campione regionale

E' stato intervistato un campione di 1103 persone di 18-69 anni, estratto con campionamento casuale semplice dalla lista assistiti delle Aziende Sanitarie regionali. Il 52% degli intervistati è rappresentato da donne. L'età media è di 46 anni. Il 51% ha un livello di istruzione alto ed il 71% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato che lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

In Friuli Venezia Giulia il 68% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni) e le persone con alto livello d'istruzione.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle classi di età più avanzate e nelle donne.

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica auspicabile alla popolazione: un buon livello è effettuato da chi fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; un livello moderato da chi fa almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti viene classificato nella categoria livello scarso o assente.

In Friuli Venezia Giulia il 55% degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, ma il 24% riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Il 48% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 35% ha ricevuto un consiglio generico a svolgere attività fisica. Risulta, pertanto, importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (prevalentemente a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo e sui benefici dell'astensione e della disassuefazione.

L'entrata in vigore della norma del divieto di fumo nei locali pubblici rappresenta, inoltre, un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo, importante causa documentata di morbosità.

Un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

In Friuli Venezia Giulia i fumatori rappresentano il 33% degli intervistati, gli ex fumatori il 21% e i non fumatori il 46%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori nella classe 18-25 anni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più basso. Il 69% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere.

La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente.

Risulta, pertanto, opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 21% tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi, dichiara che il divieto sul luogo di lavoro non viene rispettato.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

L'eccesso alimentare e la dieta sbilanciata sono cause rilevanti di malattia e morte nei paesi industrializzati, rappresentando un importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari, ipertensione, alcuni tipi di neoplasia, obesità e diabete. È riconosciuta, invece, l'efficacia protettiva di frutta e verdura di cui se ne raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni al giorno ("five a day").

In Friuli Venezia Giulia la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (95%), anche se solo un'esigua parte (14%) consuma le 5 o più porzioni giornaliere consigliate, tuttavia quasi la metà (45%) consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno.

L'eccesso di peso, definito sulla base del valore del body mass index (BMI), aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete) fino alla morte prematura.

In Friuli Venezia Giulia il 31% degli intervistati è in sovrappeso e il 10% è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.

Nella categoria degli obesi il 93% considera il proprio peso troppo alto, mentre poco più della metà (54%) tra le persone sovrappeso lo considera alto.

Appaiono opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

Consumo di alcol

L'alcol, insieme a fumo, attività fisica e alimentazione, sta assumendo un'importanza sempre maggiore in ambito preventivo a causa delle conseguenze che il suo uso eccessivo può avere in termini di mortalità, morbosità, ripercussioni sulle famiglie e la collettività. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, attraverso interventi rivolti principalmente alle persone a rischio (i forti consumatori, coloro che bevono fuori pasto ed i consumatori 'binge').

In Friuli Venezia Giulia si stima che il 29% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Solo il 18% degli intervistati riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

Sicurezza stradale

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

In Friuli Venezia Giulia il 97% degli intervistati utilizza sempre il casco e il 92% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (32%).

Il 26% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 16% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici

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

In Friuli Venezia Giulia il 22% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.

Per l'86% di questi è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 13% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza necessità di ricovero.

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 52% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto informazione su come si prevengono gli infortuni domestici è limitata al 27%.

Sicurezza alimentare

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità.

Limitatamente alle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%), spesso accompagnati da gastroenteriti, sono provocate da comportamenti inidonei presso gli stessi ambienti domestici, scarsamente studiati, che generalmente sfuggono alla valutazione del rischio o a sorveglianza.

In Friuli Venezia Giulia 66% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti (prevalentemente dolci al cucchiaio, carne e insaccati freschi, pesce e frutti di mare). Il 17% ha consumato più di tre tipi di cibi crudi.

Sulle pratiche di preparazione degli alimenti, il 62% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti.

Oltre il 72% degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette, il 91% la data di scadenza, mentre solamente il 47% la data di produzione, il 36% le modalità di conservazione e il 39% le istruzioni per l'uso.

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 vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata alle persone sopra ai 65 anni, a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie e agli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari). In Friuli Venezia Giulia, si registra una buona copertura (>70%) nelle persone sopra i 65 anni. Il PASSI non fornisce tuttavia informazioni sugli ultrasessantenni.

Maggiori problemi emergono invece per quanto riguarda la copertura nelle persone sotto i 65 anni portatrici di patologie croniche: solo il 26% degli intervistati nella fascia 18-64 anni, con almeno una patologia cronica, dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza.

Iperensione

L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare, molto diffuso nella popolazione e responsabile di cospicui costi sia in termini di salute, sia economici.

In Friuli Venezia Giulia si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni (39% sopra i 50 anni); di questi il 65% riferisce di essere in trattamento con farmaci.

La percentuale di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è del 14%.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia costituisce uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare.

L'eccesso di rischio aumenta in presenza di altri fattori di rischio come ipertensione, fumo e diabete.

In Friuli Venezia Giulia il 21% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo.

Tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 27% dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (37% sopra ai 50 anni), di cui il 18% riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Punteggio di rischio cardiovascolare

Il punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice ed obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, in base al valore di questi sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Solo all'14% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non è ancora largamente utilizzato da parte dei medici.

Sintomi di depressione

L'OMS prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce il 7% dei cittadini con età superiore ai 18 anni ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi.

In Friuli Venezia Giulia il 17% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentir-

si giù di morale, depressi o senza speranze. La quasi totalità di costoro hanno riferito anche impedimenti alla realizzazione delle normali attività negli ultimi 30 giorni. Fra tutti coloro che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, solo il 24% si è rivolto a un medico e il 21% ha intrapreso un trattamento farmacologico.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo quello del polmone negli uomini e della mammella nelle donne. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci o gli esami endoscopici (colonscopia) da eseguirsi ogni due anni nelle persone di 50-69 anni.

In Friuli Venezia Giulia non esiste un programma di screening organizzato: solo il 32% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: l'16% ha effettuato uno dei due accertamenti negli ultimi due anni. La ricerca del sangue occulto nelle feci effettuato negli ultimi due anni come raccomandato è stato effettuato solo dal 12% degli ultracinquantenni.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. Lo screening, tramite esecuzione del Pap test, si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati; l'esecuzione del test è raccomandata nelle donne di 25-64 anni ogni tre anni.

In Friuli Venezia Giulia il 82% delle donne di 25-64 anni ha eseguito un Pap test preventivo negli ultimi tre anni così come raccomandato dalle linee guida. Il ruolo delle informazioni nel facilitare l'esecuzione dell'ultimo Pap test è fondamentale: il 71% di chi ha ricevuto sia la lettera invito che il consiglio del medico ha effettuato il pap test, contro il 14% di chi ha ricevuto solo la lettera e 9% di chi ha ricevuto solo il consiglio di un medico.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, 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.

In Friuli Venezia Giulia il 70% delle donne di 50-69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni.

La lettera di invito associata al consiglio di un medico ha portato all'effettuazione della mammografia nel 37% dei casi. Solo la lettera d'invito dell'ASS il 12% e solo il consiglio medico il 33%.

TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2006

Descrizione del campione regionale	Regione FVG (%)
<i>donne</i>	51,5
<i>età media</i>	45,7 anni
<i>distribuzione per classe d'età</i>	
18-34	24,8
35-49	35,0
50-69	40,1
<i>titolo di studio</i>	
nessuno	0,6
elementare	14,2
media inferiore	34,6
media superiore	40,2
laurea	10,4
<i>livello di istruzione *</i>	
alto	50,6
<i>stato civile</i>	
coniugati/conviventi	68,1
celibi/nubili	23,0
separati/divorziati	5,1
vedovi/e	3,9
<i>lavoro regolare **</i>	71,3

* *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	Regione FVG (%) gg
<i>risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute,</i>	68,3
<i>giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)</i>	3,3
<i>giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)</i>	4,6
<i>giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)</i>	1,4

Attività fisica	Regione FVG (%) gg
<i>livelli di attività fisica secondo linee guida ^</i>	
<i>buono</i>	55,1
<i>moderato</i>	24,7
<i>scarso o assente</i>	20,2
<i>chi resta seduto molte ore ^^</i>	24,0
<i>consigli dei medici</i>	
<i>chiesto se fa attività fisica</i>	47,7
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	35,4
<i>verificato andamento in altre visite</i>	20,0

^ *buono*: fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; *moderato*: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti *scarso o assente*

^^ 6 ore o più trascorse ogni giorno restando seduti

Abitudine al fumo	Regione FVG (%)
<i>fumatori *</i>	32,6
<i>uomini</i>	35,4
<i>donne</i>	29,9
<i>ex fumatori **</i>	21,1
<i>non fumatori ***</i>	46,4
<i>consigli dei medici:</i>	
<i>chiesto se fuma</i>	43,8
<i>ai fumatori</i>	69,1
<i>consigliato di smettere di fumare</i>	46,0
<i>come hanno smesso gli ex fumatori:</i>	
<i>da solo</i>	94,6
<i>aiuto del medico</i>	0,1
<i>rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):</i>	
<i>sempre</i>	79,3
<i>a volte/mai</i>	20,6

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi

** 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

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	Regione FVG (%)
<i>popolazione con eccesso ponderale</i>	
<i>sovrappeso</i>	31,1
<i>obeso</i>	9,8
<i>percezione del proprio peso</i>	
<i>obesi</i>	
<i>troppo alto</i>	92,7
<i>giusto</i>	5,7
<i>sovrappeso</i>	
<i>troppo alto</i>	53,7
<i>giusto</i>	44,4
<i>consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario</i>	
<i>obesi</i>	83,4
<i>sovrappeso</i>	45,2
<i>come viene trattato l'eccesso ponderale:</i>	
<i>obesi</i>	
<i>dieta</i>	34,9
<i>svolgimento di attività fisica</i>	9,6
<i>sovrappeso</i>	
<i>dieta</i>	23,1
<i>svolgimento di attività fisica</i>	29,6
<i>principali modifiche nell'alimentazione</i>	
<i>meno carboidrati</i>	27,0
<i>meno grassi</i>	30,1
<i>più frutta e verdura</i>	22,8
<i>meno sale</i>	18,3
<i>frutta e verdura almeno 1 volta al giorno</i>	94,8
<i>5 porzioni di frutta e verdura al giorno</i>	14,1

Consumo di alcol	Regione FVG (%)
<i>bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ⁺</i>	73,0
<i>bevitori fuoripasto ⁺⁺</i>	15,8
<i>bevitori binge ⁺⁺⁺</i>	16,0
<i>forti bevitori ⁺⁺⁺⁺</i>	6,1
<i>chiesto dal medico sul consumo</i>	18,3

⁺ una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

⁺⁺ in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana

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

⁺⁺⁺⁺ più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

Sicurezza stradale	Regione FVG (%)
<i>casco sempre [*]</i>	97,3
<i>cintura anteriore sempre</i>	92,4
<i>cintura posteriore sempre</i>	32,1
<i>guida in stato di ebbrezza ^{**}</i>	25,9
<i>trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{***}</i>	16,2

^{*} 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

Infortuni domestici	Regione FVG (%)
<i>persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno</i>	21,8
<i>che assistenza sanitaria è stata necessaria:</i>	
<i> solo medicazione in casa</i>	86,1
<i> ricorso al pronto soccorso</i>	13,4
<i> ricovero ospedaliero</i>	0,6
<i>percezione del rischio (basso o assente)</i>	52,3
<i>quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni</i>	27,2

Sicurezza alimentare	Regione FVG (%)
<i>quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni) [^]</i>	16,8
<i>quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto ^{^^}</i>	62,3
<i>quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati ^{^^^}</i>	72,3
<i>più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi</i>	12,1
<i>rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)</i>	38,1

[^] consideriamo alto comportamento a rischio chi ha assunto più di 3 cibi crudi nell'ultimo anno

^{^^} a temperatura ambiente

^{^^^} sempre o spesso

Vaccinazione antinfluenzale	Regione FVG (%)
<i>vaccinati 65-69 anni</i>	17,7
<i>vaccinati <65 anni</i>	12,5
<i>vaccinati <65 con almeno una patologia cronica</i>	25,7

Ipertensione arteriosa	Regione FVG (%)
<i>misurazione P.A. negli ultimi 2 anni</i>	85,7
<i>ipertesi *</i>	24,0
<i>come viene trattata l'ipertensione:</i>	
<i>riduzione consumo di sale</i>	73,5
<i>trattamento farmacologico</i>	64,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	67,3
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	65,3

* 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

Colesterolemia	Regione FVG (%)
<i>misurazione colesterolo almeno una volta</i>	79,0
<i>ipercolesterolemici ^</i>	27,1
<i>consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:</i>	
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	84,0
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	58,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	55,5
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	62,5
<i>trattamento farmacologico</i>	18,1

^ 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

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Regione FVG (%)
<i>popolazione cui è stato calcolato il punteggio #</i>	13,9

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

Sintomi di depressione	Regione FVG (%)
<i>2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi *,**</i>	17,2
<i>figure di ricorso per sintomi di depressione:</i>	
<i>nessuno</i>	51,6
<i>famigliari/amici</i>	10,3
<i>medico di famiglia</i>	16,9
<i>medico specialista</i>	6,7
<i>altro</i>	14,4
<i>assunzione farmaci</i>	21,3

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Screening neoplasia del colon retto (50 - 69 anni) #	Regione FVG (%)
<i>eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta nella vita</i>	31,7
<i>eseguito negli ultimi due anni</i>	15,6
<i>eseguito ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni</i>	12,3

eseguita a scopo preventivo

OBIETTIVI

Screening neoplasia del collo dell'utero # (donne 25 - 64 anni)	Regione FVG (%)
<i>ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni</i>	82,3
<i>influenza delle informazioni ricevute per fare l'ultimo Pap test</i>	
<i>lettera ASL</i>	14,2
<i>consiglio medico</i>	9,4
<i>lettera + consiglio</i>	70,6
<i>niente</i>	5,8
<i>costi Pap test</i>	
<i>nessuno</i>	58,2
<i>pagamento intero</i>	24,7
<i>pagamento ticket</i>	17,1

eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) #	Regione FVG (%)
<i>ultima mammografia eseguita da non più di due anni</i>	69,6
<i>influenza delle informazioni ricevute per fare l'ultima mammografia</i>	
<i>lettera ASL</i>	11,9
<i>consiglio medico</i>	33,3
<i>lettera + consiglio</i>	36,8
<i>niente</i>	17,9
<i>costi mammografia</i>	
<i>nessuno</i>	69,8
<i>pagamento intero</i>	11,0
<i>pagamento ticket</i>	19,2

eseguita a scopo preventivo

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. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano un livello di attività fisica buono o moderato;
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà (chi sta seduto più di 6 ore al giorno) ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la proporzione di persone beneficiarie di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari.

4. 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 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;

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- stimare la proporzione di popolazione che è convinta di avere consumi alimentari corretti;
- 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;
- stimare la proporzione di persone che hanno modificato le proprie abitudini alimentari e quale sia il tipo di cambiamento;
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura).

6. 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.

7. 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.

8. Infortuni domestici

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver subito infortuni in casa;
- stimare il numero di infortuni domestici e il tipo di intervento sanitario effettuato;
- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico e l'ambiente in cui è più facile subire un infortunio grave;
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

9. Sicurezza alimentare

- stimare la proporzione di persone che mangiano cibi crudi o poco cotti e che utilizzano modalità scorrette di scongelamento del cibo;
- stimare la frequenza della lettura delle etichette dei cibi acquistati;

- stimare la percentuale di persone che dichiara di aver avuto almeno un episodio di diarrea, la percentuale di quanti si sono rivolti ad un operatore sanitario e la prevalenza di persone a cui è stato prescritto l'esame delle feci.

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-69 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

11. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa e la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione.

12. Sintomi di depressione

- stimare la percentuale della popolazione che riferisce di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività;
- stimare la percentuale della popolazione che ha fatto ricorso a qualche figura per aiuto;
- stimare la percentuale di persone che assumono farmaci e di quali principali tipi.

13. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 25-69 anni che hanno effettuato almeno un Pap test a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno di un programma di screening;
- 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 persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia.

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 della regione Friuli Venezia Giulia (aggiornato al 31.12.2005). 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 regionale. La dimensione del campione è stata di 1.103 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 autoriferiti 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 sanitari del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 26 minuti. La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori.

La formazione, 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 a livello regionale è stata condotta utilizzando il metodo della pesatura in quanto cinque Aziende Sanitarie hanno

effettuato un campionamento per la rappresentatività aziendale, di fatto un sovracampionamento, che potrebbe influenzare le stime rispetto al campionamento regionale inizialmente progettato.

La pesatura migliora la precisione delle stime in termini di accuratezza, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale, e la procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza.

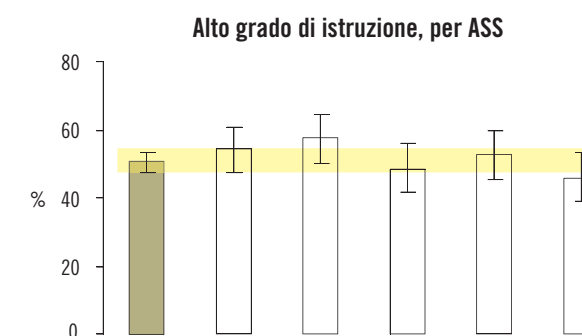
Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza solo per la variabile principale.

I confronti tra le Aziende Sanitarie regionali sono stati fatti solo per le cinque Aziende Sanitarie che hanno effettuato 200 interviste ciascuna in quanto il campione permette di ricavare stime attendibili a livello aziendale ed è possibile fare dei confronti.

In alcuni casi sono stati utilizzati grafici (vedi esempio sotto riportato) che mettono a confronto il dato regionale con le cinque Aziende Sanitarie (ASS 1 "Triestina", ASS 2 "Isontina", ASS 3 "Alto Friuli", ASS 4 "Medio Friuli" e ASS 6 "Friuli Occidentale"), introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza per la variabile considerata.

L'intervallo di confidenza considerato è al 95% (IC 95%) che mi esprime la probabilità del 95% che l'intervallo trovato includa la vera caratteristica della popolazione.

La fascia orizzontale colorata esprime l'IC 95% della variabile considerata a livello regionale.



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. È stata data 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 gli obiettivi dello studio, i vantaggi e gli 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.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE

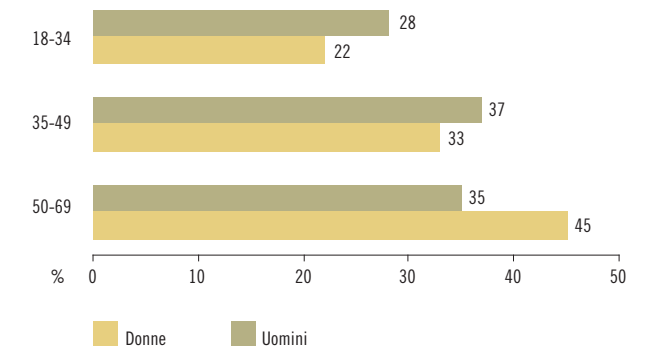
La popolazione in studio è costituita da 819.913 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria delle Aziende per i Servizi Sanitari del Friuli Venezia Giulia al 31/12/2005. Le Aziende per i Servizi Sanitari "Triestina", "Isontina", "Alto Friuli", "Medio Friuli" e "Friuli Occidentale" hanno partecipato all'indagine con un campione di 200 interviste ciascuna (campione che permette di ricavare stime attendibili a livello aziendale), mentre l'ASS 5 "Bassa Friulana" ha contribuito ad incrementare la numerosità del campione regionale, con un numero di interviste proporzionali alla dimensione della sua popolazione. Sono state selezionate 1.103 persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dalle liste di anagrafe sanitaria delle Aziende del Friuli Venezia Giulia.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

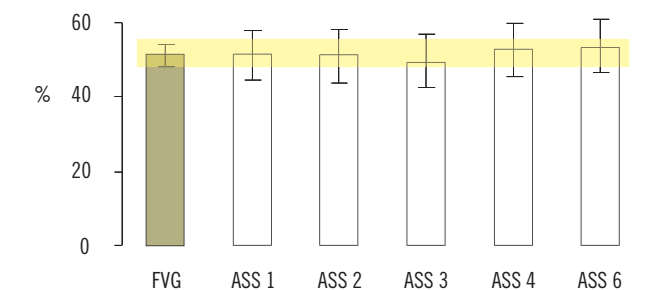
- In Friuli Venezia Giulia il 52% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 25% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 40% in quella 50-69.
- Nella fascia d'età più vecchia la percentuale di donne è poco più alta di quella degli uomini.

Distribuzione del campione per sesso e classi di età



- Non emergono differenze statisticamente significative nella composizione percentuale per sesso tra le aziende regionali (range della componente femminile della popolazione dal 49% dell'ASS 3 "Alto Friuli" al 54% dell'ASS 6 "Friuli Occidentale").

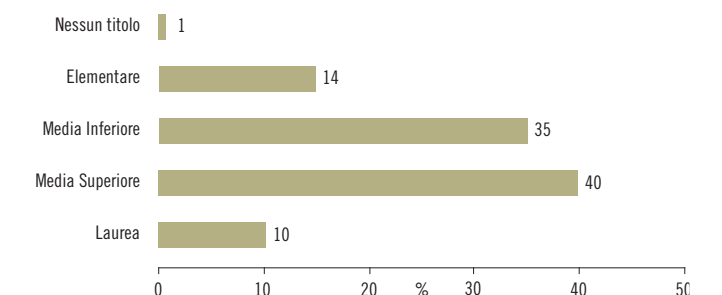
Percentuali di donne, per ASS



Il titolo di studio

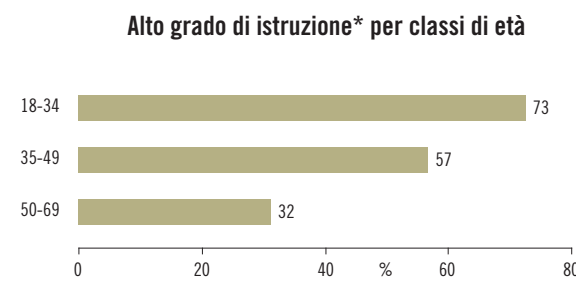
- Il 14% del campione ha come titolo di studio la licenza elementare, il 35% la licenza media inferiore, il 40% la licenza media superiore, il 10% è laureato.

Distribuzione del campione per titolo di studio



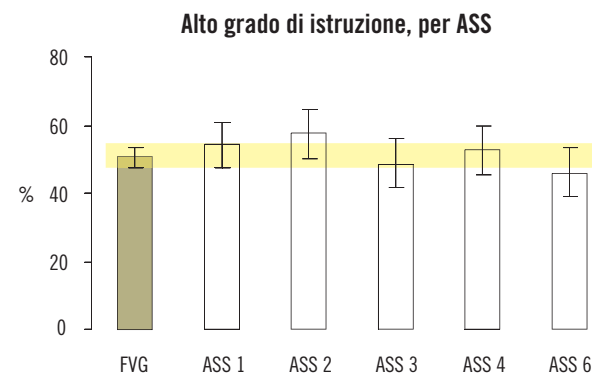
Il livello di istruzione

- Il 51% del campione osservato in Friuli Venezia Giulia 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 (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).



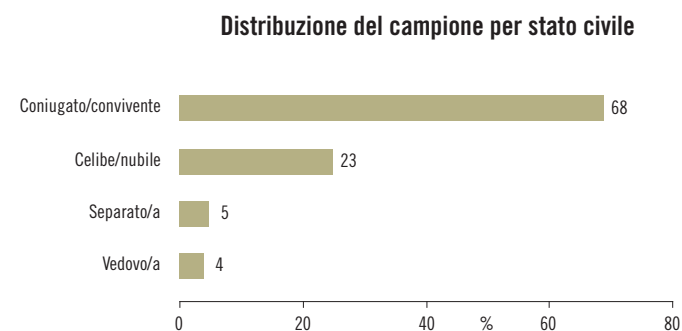
* *istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea*

- Il confronto tra le percentuali relative all'alto grado di istruzione non mostra differenze statisticamente significative (range dal 46 % dell'ASS 6 "Friuli Occidentale al 48 % dell'ASS 2 "Isontina").



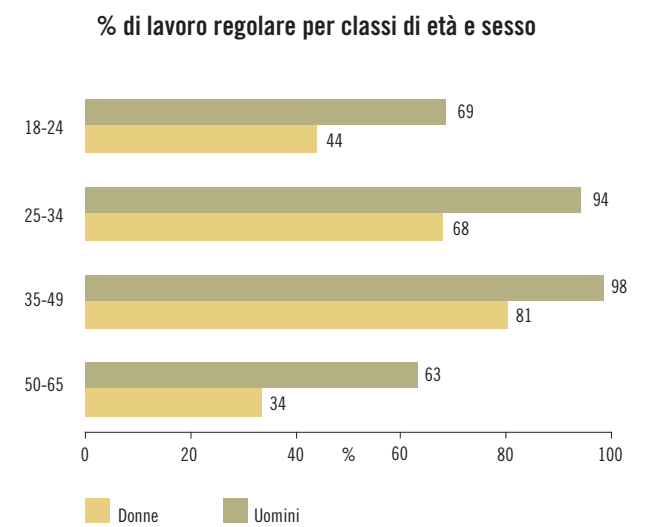
Lo stato civile

- In Friuli Venezia Giulia i coniugati/ conviventi rappresentano il 68%, i celibi/nubili il 23%, i separati/divorziati il 5%, i vedovi/e il 4%.

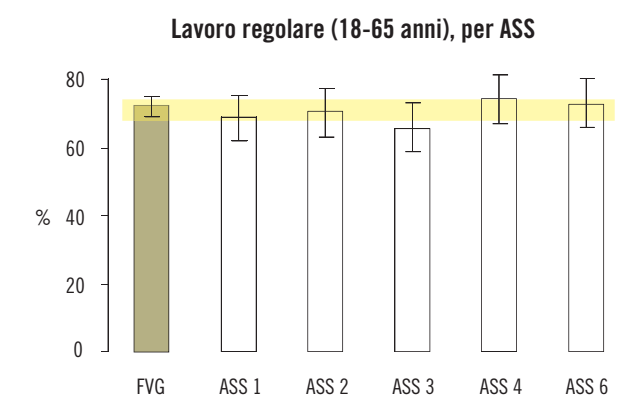


Il lavoro

- Il 71% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (58% contro 85%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze (44%). Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.



- La percentuale di intervistati che riferisce di avere un lavoro regolare è più bassa nell'ASS 3 "Alto Friuli".



Conclusioni

Il campione regionale è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale. I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la bontà del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità.

Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici, e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Friuli Venezia Giulia il 68% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute.
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i 18-34enni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza patologie severe

Stato di salute percepito positivamente [^]		
Caratteristiche		%
Totale		68,3 (IC95%: 65,4-71,0)
Classi di età [#]	18 - 34	87,0
	35 - 49	70,1
	50 - 69	55,1
Sesso [#]	M	75,7
	F	61,3
Istruzione ^{*#}	bassa	58,9
	alta	77,8
Patologia severa ^{+#}	presente	44,6
	assente	73,8

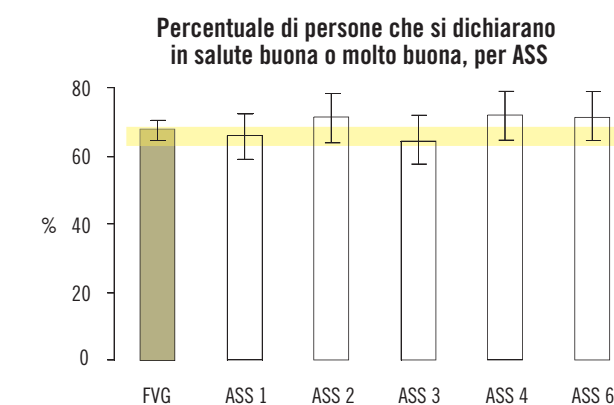
[^] persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

^{*} *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

[#] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Le cinque ASS della Regione partecipanti con campione rappresentativo non presentano differenze statisticamente significative. La percentuale più bassa di intervistati che ha una percezione buona o molto buona del proprio stato di salute si ha nell'ASS 3 "Alto Friuli" (64%).



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

- Le persone intervistate riferiscono una media di 3 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e 4 giorni e mezzo per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1 giorno e mezzo al mese.
- Le donne lamentano sempre più giorni in cattiva salute.

Caratteristiche		Giorni in cattiva salute percepita		
		N° gg/mese per		
		Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale		3,3	4,6	1,4
Classi di età				
	18 - 34	2,4	4,1	1,3
	35 - 49	2,9	4,1	1,3
	50 - 69	4,2	5,3	1,6
Sesso	<i>M</i>	2,0	3,1	0,9
	<i>F</i>	4,5	6,0	1,8

Si osservano differenze statisticamente significative per età e sesso riguardo il numero medio di giorni percepiti in cattiva salute per motivi fisici e per sesso per motivi psicologici e limitazione dell'attività

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello regionale valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando 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 forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASS, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, per esempio per quella dei sintomi di depressione, alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute.

L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è talvolta indispensabile per il trattamento di patologie conclamate.

Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

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

Per lo Studio PASSI, è stato utilizzato lo schema di classificazione internazionale IPAQ basato sulla frequenza e la durata della attività fisica vigorosa e moderata e del camminare per suddividere la popolazione in tre gruppi: buono, moderato, e scarso o assente. Le persone che fanno almeno un'ora al giorno di attività moderata o vigorosa o che camminano a lungo vengono classificate come impegnate in buoni livelli di attività fisica; chi effettua almeno mezz'ora di attività moderata o vigorosa in più giorni è classificato come impegnato nei livelli moderati. Il resto della popolazione viene classificato nella categoria "scarsa" o "assente".

È importante che i medici raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) si sono infatti dimostrati utili nell'incrementare l'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti attivi fisicamente?

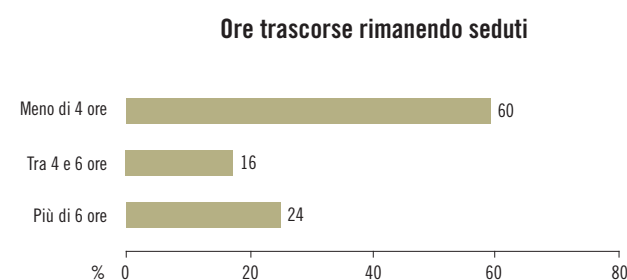
- In Friuli Venezia Giulia il 55% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il 25% svolge una moderata attività fisica; il restante 20% non svolge del tutto attività fisica o comunque ne fa troppo poca.



* buono: almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; moderato: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti scarso o assente

Chi resta seduto molte ore?

- Un quarto della popolazione riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno (27% maschi e 20% femmine) e un altro 16% sta seduto per almeno 4 ore.
- Tra i 18-34enni e i 35-49enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore sale al 28%; mentre il 18% dei 50-69enni sta seduto più di 6 ore. Questa differenza risulta statisticamente significativa.
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 37% sta seduto più di 6 ore rispetto al gruppo con un basso livello di istruzione (11%). Anche questa differenza risulta statisticamente significativa.
- Anche le differenze tra uomini e donne rispetto a questa caratteristica risultano significative.



Chi è che non fa attività fisica o ne fa troppo poca?

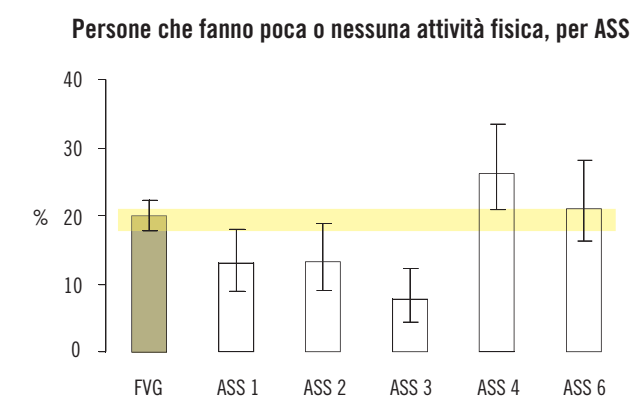
- Dall'analisi dei dati emergono differenze statisticamente significative per coloro che percepiscono la propria salute come non buona e per chi è in sovrappeso/obeso.
- Appaiono tuttavia meno attive le donne, le persone di 50-69 anni e le persone con livello di istruzione basso.
- Tra le persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica i sovrappeso/obesi e gli ipertesi sono i meno attivi.

Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica		
Caratteristiche		%
Totale		19,6 (IC95%: 17,8-22,7)
Sesso	M	18,6
	F	20,5
Classi di età	18 - 34	17,0
	35 - 49	18,3
	50 - 69	22,2
Istruzione *	bassa	20,4
	alta	18,7
Salute percepita #	buona	17,5
	non buona	24,2
Condizioni particolari sovrappeso/obesità #		22,2
	ipertensione	22,2
	ipercolesterolemia	19,4
	depressione	20,7

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

le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Tra le persone intervistate la più bassa percentuale di soggetti che riferisce una attività scarsa o assente si ha nell'ASS 3 "Alto Friuli", la più alta (27%) nell'ASS 4 "Medio Friuli". Queste differenze appaiono significative.

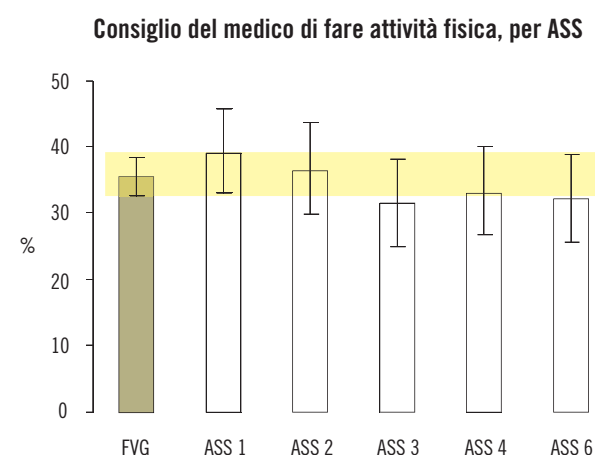


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti

- Il 48% delle persone intervistate dichiara che il medico ha chiesto se svolgono attività fisica e nel 35% dei casi di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Soltanto al 20% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- La percentuale di chi raggiunge un livello desiderabile di attività fisica è leggermente più alta tra le persone a cui viene chiesto anche in successivi controlli se svolgono l'attività fisica loro consigliata (55%), rispetto a coloro che non vengono più seguiti una volta ricevuto il primo consiglio (46%).



- Non emergono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica (range dal 39% nell' ASS 1 "Triestina" al 31% nell' ASS 3 "Alto Friuli").



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Friuli Venezia Giulia il 55% della popolazione raggiunga un livello buono di attività fisica, mentre il 20% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico. La frazione di popolazione che non svolge esercizio fisico o comunque non ne fa abbastanza è più alta tra le persone che ne beneficerebbero di più (obesi o in sovrappeso, ipertesi). Un quarto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è più diffusa tra i 18-34enni, i 35-49enni e tra le persone con livello alto di istruzione. Questi gruppi dovrebbero godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti a sostenere l'attività fisica nella popolazione. I medici promuovono l'attività fisica in un terzo dei loro pazienti: il loro consiglio, quando poi viene rinforzato in occasione di visite successive, aiuta le persone a raggiungere un livello adeguato di attività fisica.

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.

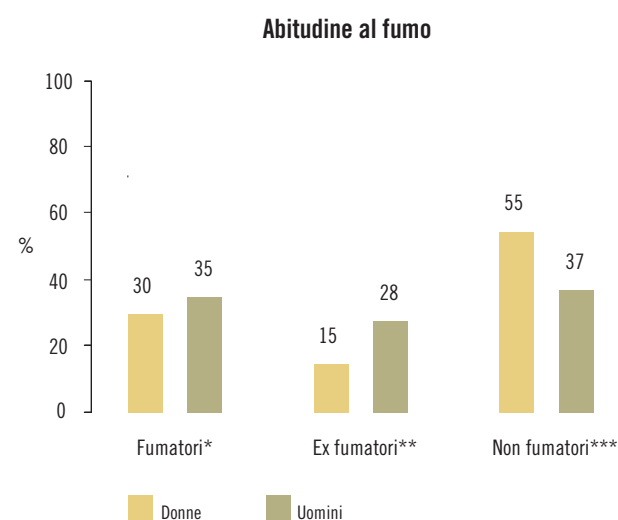
I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

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 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?

- In Friuli Venezia Giulia i fumatori sono pari al 33%, gli ex fumatori al 21%, e i non fumatori al 46%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini che tra le donne; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne.

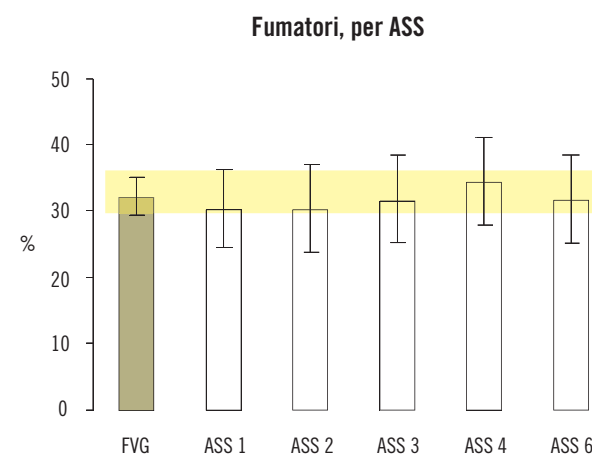


* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma.

** *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.

- Nelle cinque ASS della regione con campionamento significativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale i fumatori.



Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si osservano tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani (18-24), tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- In media si fumano circa 13 sigarette al giorno.

		Fumatori
	Caratteristiche	% Fumatori ^
Totale		32,6 (IC95%: 29,8-35,5)
Classi di età #	18 - 24	47,1
	25 - 34	40,1
	35 - 49	34,3
	50 - 69	24,9
Sesso #	M	35,4
	F	29,9
Istruzione #*	bassa	33,2
	non buona	32,0

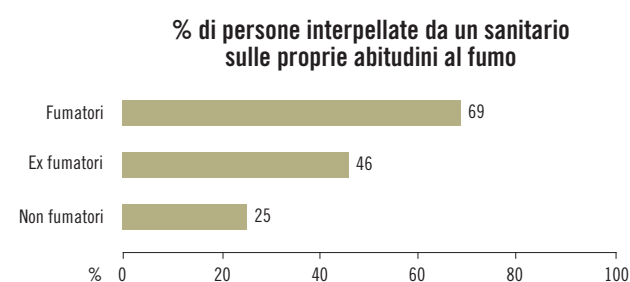
^ *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma

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

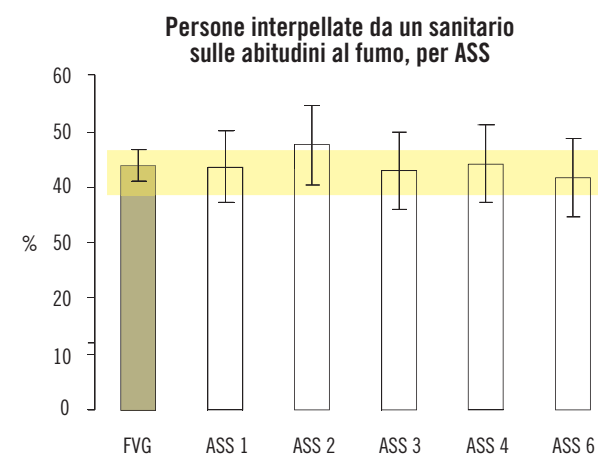
le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

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

- In Friuli Venezia Giulia circa un intervistato su due (44%) dichiara di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 69% dei fumatori e 46% degli ex fumatori.

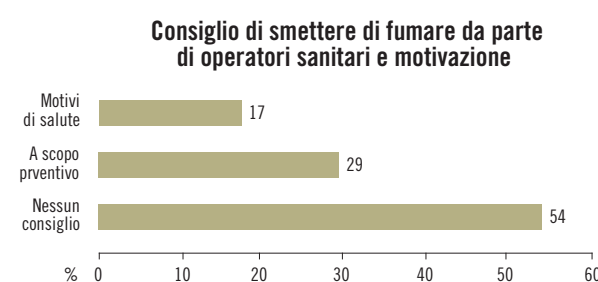


- Non emergono differenze statisticamente significative tra le ASS regionali.



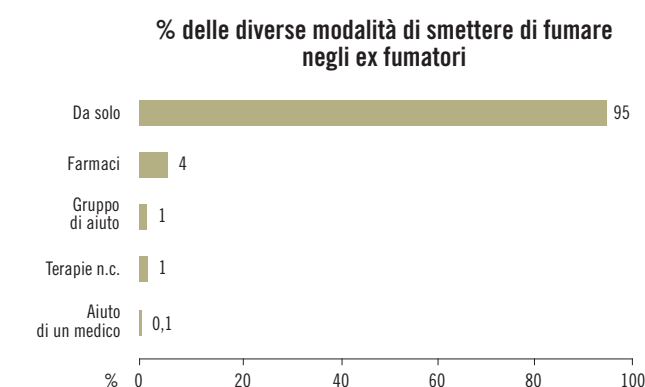
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Il 46% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (29%).
- Più della metà dei fumatori dichiara di non ricordare aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.



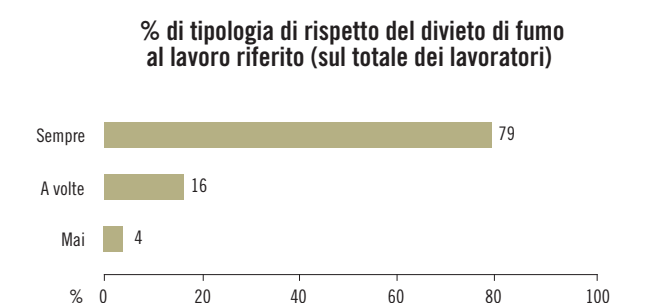
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 95% degli ex fumatori in Friuli Venezia Giulia ha smesso di fumare da solo.
- Il 4% riferisce di aver assunto farmaci per smettere



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

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nel 79% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 18- 24enni, dove 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori. Il 46% 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 nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici. Alcuni degli indicatori utilizzati nel PASSI sono sufficientemente sensibili al cambiamento da poter essere utilizzati nella sorveglianza dell'abitudine al fumo nelle aziende sanitarie. L'evidenza scientifica a nostra disposizione indica che gli interventi di migliore efficacia nel modificare l'abitudine al fumo sono quelli integrati e continui nel tempo.

SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, body mass index- BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI ≥ 30).

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati.

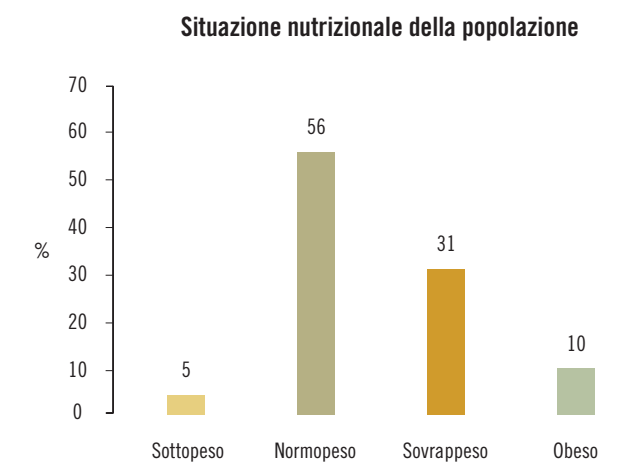
Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura.

Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Il 56% delle persone intervistate risulta normopeso, il 41% è in sovrappeso o obeso.



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

- In Friuli Venezia Giulia si stima che il 41% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce significativamente con l'età, ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

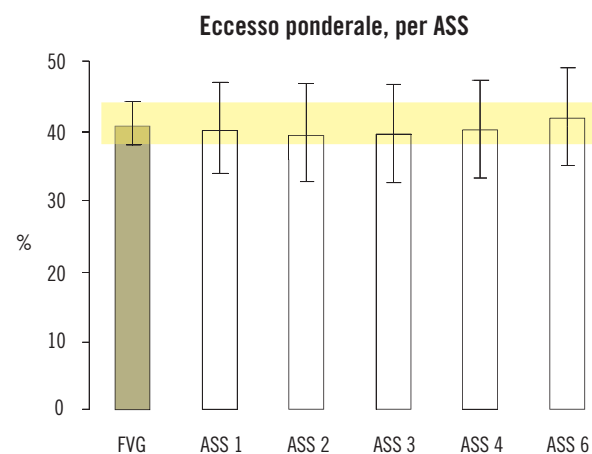
Popolazione con eccesso ponderale [^] (n=478)		
	Caratteristiche	%
Totale		40,9 (IC95%: 38-43,9)
Classi di età[#]	18 - 34	26,0
	35 - 49	37,8
	50 - 69	52,9
Sesso[#]	M	53,1
	F	29,4
Istruzione^{**}	bassa	46,2
	alta	35,8

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

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

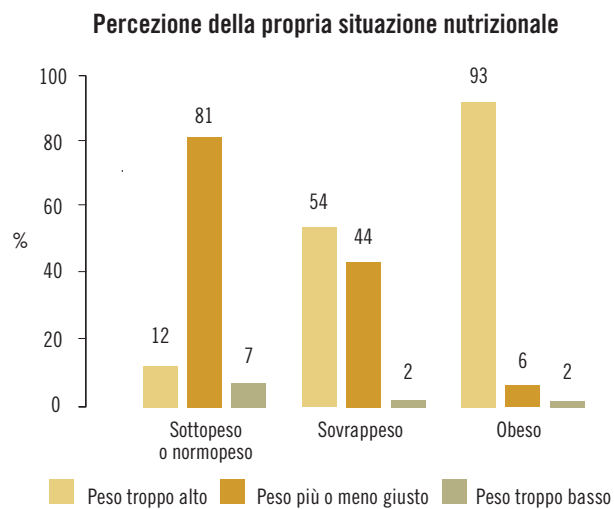
[#] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Nelle cinque ASS della regione con campionamento rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 39,5 % dell'ASS 2 "Isontina" e ASS 3 "Alto Friuli" al 42% dell'ASS 6 "Friuli Occidentale") rispetto all'eccesso ponderale.



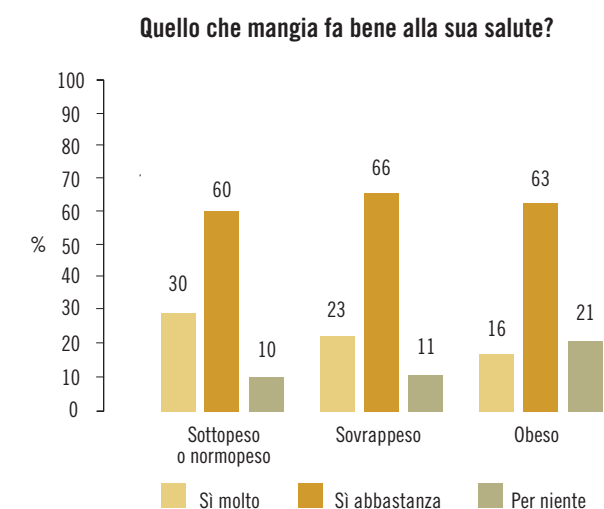
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Solo nella categoria degli obesi si constata una maggiore consapevolezza del proprio stato nutrizionale (93%), mentre la metà delle persone in sovrappeso percepisce il proprio peso come troppo alto.
- Inoltre l'81% dei normopeso ha una percezione coincidente con il BMI.



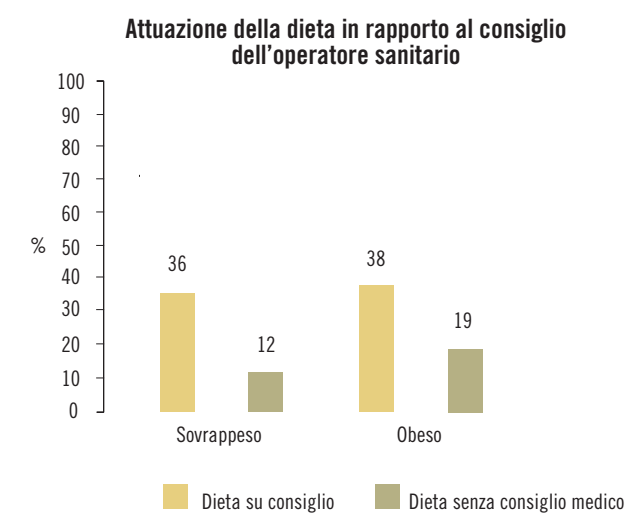
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Mediamente l'89% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione buona per la propria salute e, più in dettaglio, il 90% dei normopeso, l'89% dei sovrappeso e il 79% degli obesi.



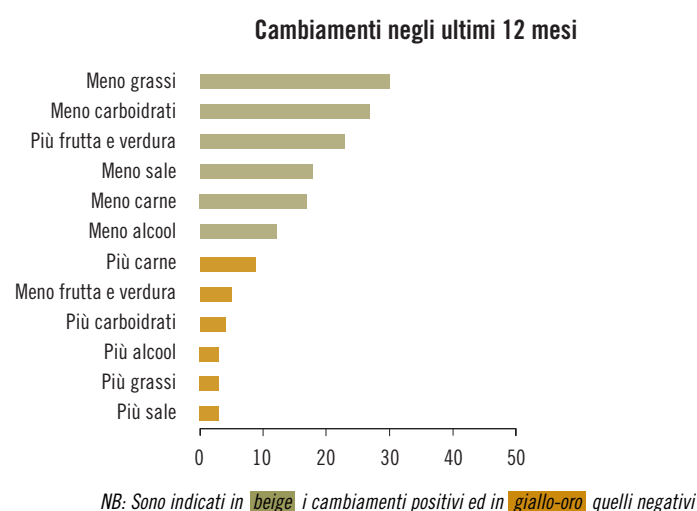
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli sulla propria situazione nutrizionale dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Friuli Venezia Giulia il 45% delle persone in sovrappeso e il 83% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare positivamente l'attuazione della dieta (36% vs 12% nei sovrappeso e 38% vs 19% negli obesi).
- Tra chi effettua un buon livello di attività fisica il 40% è in eccesso ponderale.



Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

- Le persone intervistate riferiscono che negli ultimi 12 mesi hanno modificato le proprie abitudini alimentari, i cambiamenti principali riferiti sono prevalentemente in positivo.



Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

Nella tabella a fianco vengono riportati i dettagli sui quattro cambiamenti principali osservati. Le donne hanno riferito una tendenza maggiore degli uomini alla riduzione di carboidrati e all'aumento di frutta e verdura.

Caratteristiche	Meno carboidrati	Meno grassi	Più frutta e verdura	Più sale
Totale	27,0 (IC 95%: 24,4-29,8)	30,1 (IC 95%: 27,4-32,9)	22,8 (IC 95%: 20,4-25,4)	18,3 (IC 95%: 16,1-20,8)
Classi di età #				
18 - 24	33,8	27,5	31,8	17,2
25 - 34	30,0	27,7	24,8	16,8
35 - 49	26,9	28,0	21,7	16,9
50 - 69	24,5	33,5	21,0	20,7
Sesso #				
M	21,2	27,8	19,3	15,0
F	32,6	32,2	26,1	21,4
Istruzione *				
bassa	25,1	31,2	20,8	19,1
alta	29,0	29,0	24,6	17,5

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

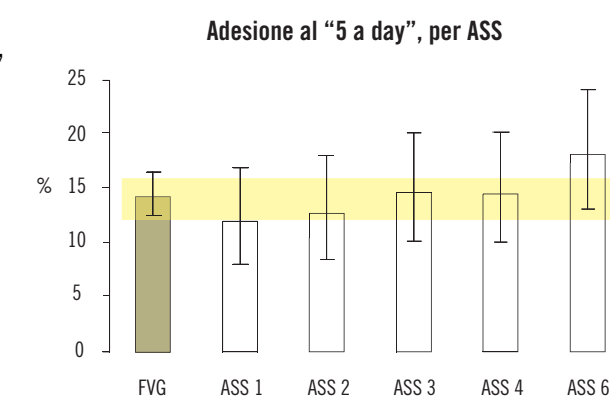
Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

- In Friuli Venezia Giulia il 95% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 14% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di 5 o più porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se il 36% mangia da 3 a 4 porzioni al giorno e il 45% da 1 a 2 porzioni al giorno
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone fra i 35 e i 69 anni. Si osservano invece differenze statisticamente significative per sesso.
- L'assunzione di frutta e verdura è maggiore nelle persone con istruzione bassa.

Consumo di frutta e verdura	
Caratteristiche	% adesione al "5 a day" [^]
Totale	14,1 (IC95%: 12,1-16,4)
Classi di età #	
18 - 34	9,2
35 - 49	14,5
50 - 69	16,8
Sesso #	
M	11,3
F	16,9
Istruzione *	
bassa	15,6
alta	12,7

[^] coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
* *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; *istruzione alta*: da scuola media superiore
le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

Nelle cinque ASS regionali con campionamento significativo, la più alta percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" si ha nell'ASS 6 (18%), anche se non emergono differenze statisticamente significative tra le varie ASS.



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente la metà dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto 1 persona obesa su 5 considera la propria alimentazione non idonea. Una dieta è praticata solamente dal 26% delle persone in eccesso ponderale.

La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, poco meno della metà ne assume oltre 3 porzioni, mentre 1 persona su 7 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

Anche se circa la metà della popolazione in eccesso ponderale dichiara di aver ricevuto consigli sulla propria situazione nutrizionale da parte del personale sanitario, si ritiene comunque opportuno operare per migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione, con interventi di promozione della salute di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendo l'evoluzione della situazione nutrizionale e delle abitudini alimentari.

Infine sebbene i dati dell'indagine siano a favore di una maggiore propensione a cambiare le proprie abitudini alimentari, bisogna sottolineare che la percezione sulla quantità è spesso ingannevole e secondo l'esperienza non corrispondono quasi mai ai diari alimentari.

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.

Secondo l'OMS, 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.

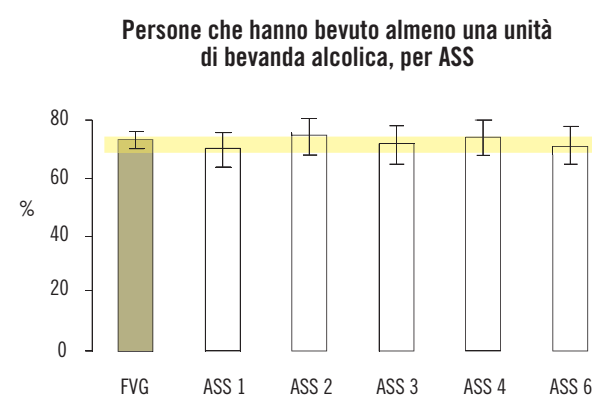
Quante persone consumano alcol?

- La percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 73%.
- Si osservano tassi più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.

Consumo di alcol (ultimo mese)		
Caratteristiche	% che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica ^	
Totale	73,0 (IC95%: 70,2-75,6)	
Classi di età #	18 - 24	78,8
	25 - 34	76,0
	35 - 49	73,9
	50 - 69	69,7
Sesso #	M	84,0
	F	62,6
Istruzione *	bassa	70,7
	alta	75,2

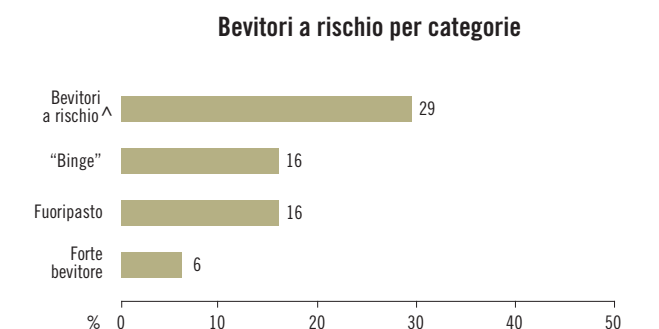
^ una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.
 * istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
 # le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Nelle ASS regionali con campionamento rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative (range dal 70% dell'ASS 1 al 74,9% dell'ASS 2).



Quanti sono i bevitori a rischio?

- Complessivamente il 29% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 16% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 16% è un bevitore "binge" (ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 6% può essere considerato un forte consumatore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).



^ I bevitori a rischio possono essere contati più volte nelle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

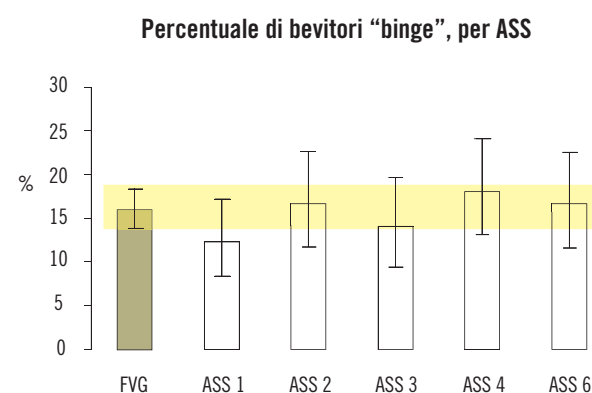
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani (18-24 anni), negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.

Bevitori "binge"		
Caratteristiche demografiche	% bevitori "binge" ^ (n=175)	
Totale	16,0 (IC95%: 13,9-18,3)	
Classi di età #	18 - 24	30,8
	25 - 34	27,4
	35 - 49	14,1
	50 - 69	10,0
Sesso #	M	27,4
	F	5,3
Istruzione *	bassa	11,9
	alta	20,3

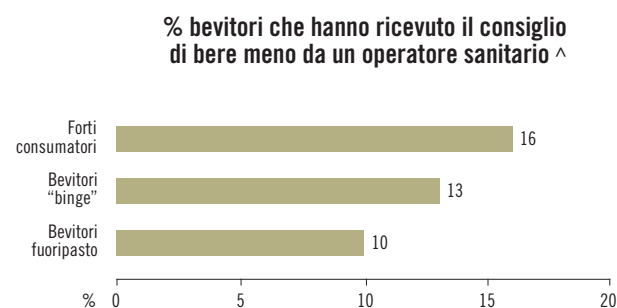
^ coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore
 * istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
 # le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Dal confronto dei dati relativi alle singole ASS con il dato regionale emerge una percentuale maggiore di bevitori binge per l'ASS4 anche se questa differenza non è statisticamente significativa.



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

- Il 18% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 13 dei "binge", il 10% di chi beve fuori pasto ed il 16% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.



^ Non è stato considerato chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia si stima che oltre i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un terzo circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Solo 1/5 del campione intervistato riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti relativi all'uso di alcol anche con il consiglio di moderarne il consumo.

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.

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

Sarebbe opportuno strutturare tale attività e monitorarla adeguatamente nel tempo.

Lo studio PASSI è riuscito a misurare degli indicatori che si sono mostrati utili, in altri contesti, per monitorare il cambiamento nel tempo di questo fattore di rischio.

SICUREZZA STRADALE

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese.

Secondo i dati ISTAT ogni giorno in Italia si verificano in media 617 incidenti stradali, che causano la morte di 15 persone. Nel 2003 si sono verificati 225.141 incidenti stradali che hanno causato 6.015 morti, mentre ogni anno circa un milione e mezzo di ricoveri al Pronto Soccorso e 20.000 casi di invalidità sono imputabili a incidenti stradali.

La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato a ridurre la guida in stato di ebbrezza e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 26% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i 25-34enni, negli uomini e tra chi ha un alto livello di istruzione.
- Il 16% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

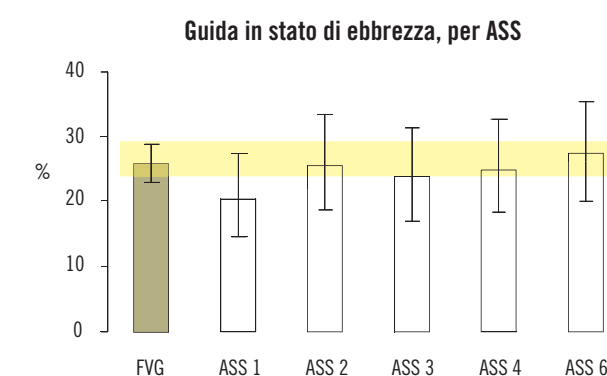
Guida in stato di ebbrezza		
Caratteristiche		Guida in stato di ebbrezza [^] %
Totale		25,9 (IC95%: 23-29,1)
Classi di età[#]	18 - 24	29,8
	25 - 34	34,3
	35 - 49	26,9
	50 - 69	20,3
Sesso[#]	M	37,4
	F	11,4
Istruzione[*]	bassa	23,0
	alta	28,7

[^] coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

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

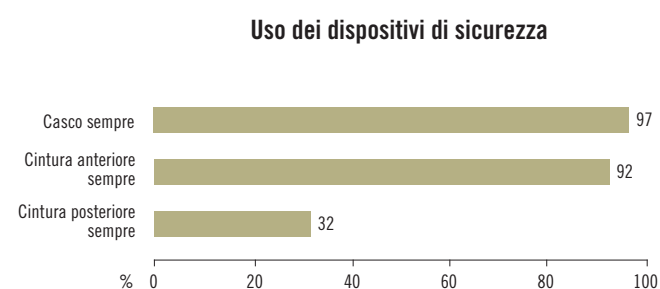
[#] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Nelle cinque ASS con campione significativo non emergono differenze statisticamente significative riguardo la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato in stato di ebbrezza (range dal 20,4% dell'ASS 1 "Triestina" al 27,4% dell'ASS 6 "Friuli Occidentale").



L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 97% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 92%; l'uso della cintura posteriore è del 32%.



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente e in particolare per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Il problema della guida in stato di ebbrezza costituisce un problema piuttosto diffuso in Friuli Venezia Giulia.

Le Aziende Sanitarie regionali - grazie alla disponibilità di competenze epidemiologiche, sanitarie, formative, medico-legali, ingegneristiche e all'autorevolezza sociale - devono essere in grado di presidiare molteplici e diversificati fronti: dalla valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione, all'educazione alla sicurezza stradale nelle scuole e nelle autoscuole (ha le conoscenze e le esperienze sulla progettazione di interventi di promozione della salute, sui contenuti e sulla metodologia didattica necessarie), alla valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida, alla gestione delle persone fermate per guida in stato di ebbrezza, alla valutazione della sicurezza stradale nei piani urbanistici e nelle scelte insediative, fino al soccorso e alla cura dei feriti sulla strada.

INFORTUNI DOMESTICI

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

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000.

Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni.

Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

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

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

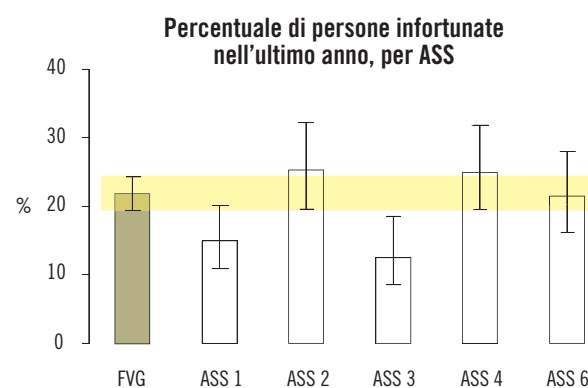
Quante persone si sono infortunate?

- Il 22% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una percentuale di infortuni più elevata tra i giovani, le donne e tra le persone con un alto livello di istruzione.

Persone infortunate (ultimi 12 mesi)		
Caratteristiche		% persone che hanno riferito un infortunio domestico
Totale		21,8 (IC95%: 19,4-24,3)
Classi di età	18 - 34	26,6
	35 - 49	20,7
	50 - 69	19,7
Sesso #	M	18,6
	F	24,7
Istruzione *#	bassa	17,1
	alta	26,3

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

- Nelle cinque ASS con campionamento significativo emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che riferiscono un infortunio domestico nell'ultimo anno (range da 25,5% nell'ASS 2 a 12,9% nell'ASS 3)



Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- Tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 47% ne dichiara uno solo (42% negli uomini, 50% nelle donne), il 21% due, il 32% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per l'86% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 13% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza necessità di ricovero.



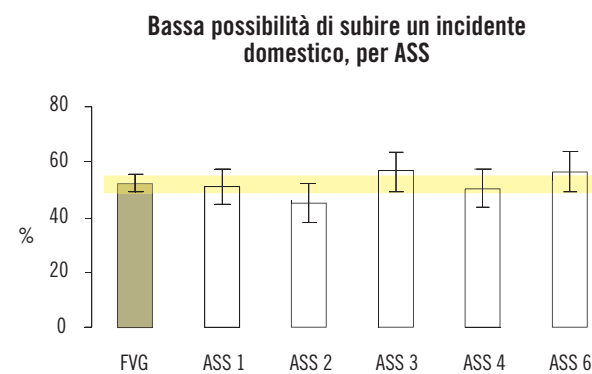
Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- In Friuli Venezia Giulia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è per la metà degli intervistati bassa o assente; in particolare nei 18-34enni, negli uomini, in chi ha un livello di istruzione bassa e in coloro che non si sono infortunati negli ultimi 12 mesi.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è la cucina (60%), seguita da scale (18%) e bagno (11%).

Bassa percezione di rischio infortunio domestico		
Caratteristiche		% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico ^
Totale		52,3 (IC95%: 49,3-55,3)
Classi di età #	18 - 34	57,2
	35 - 49	48,9
	50 - 69	52,3
Sesso #	M	59,5
	F	45,5
Istruzione *	bassa	52,9
	alta	51,7
Infortunio #	Si	36,8
	No	56,6

^ possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa
 * *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;
istruzione alta: da scuola media superiore
 # le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Nelle cinque ASS non emergono differenze statisticamente significative.



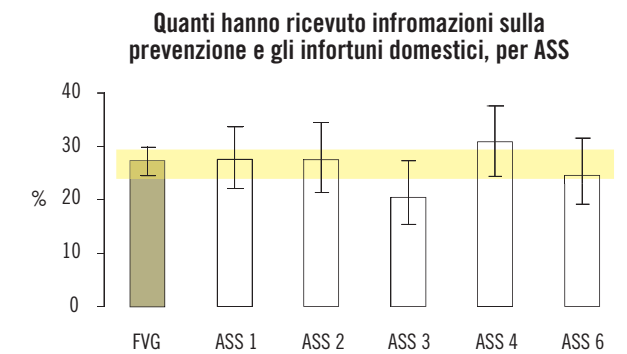
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- Solo il 27% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le donne e le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono in maggior percentuale di essere state informate.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 32% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

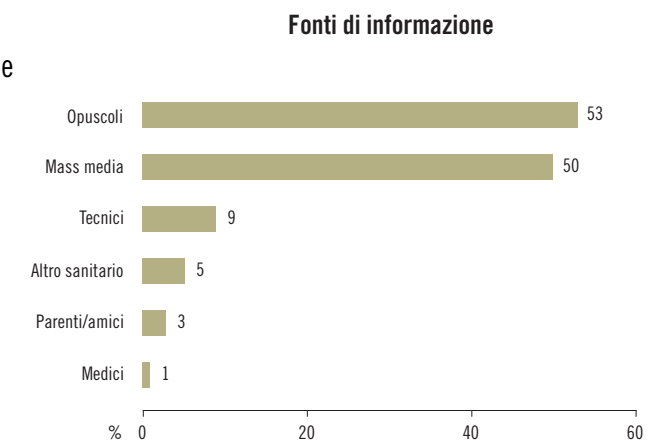
Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi)		
Caratteristiche		% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale		27,2 (IC95%: 24,6-29,9)
Classi di età[#]	18 - 34	15,6
	35 - 49	24,4
	50 - 69	36,8
Sesso	M	26,2
	F	28,1
Istruzione[*]	bassa	28,0
	alta	26,2
Infortunio[#]	Si	26,7
	No	27,3

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

- Nelle cinque ASS non emergono differenze statisticamente significative.



- Le fonti principali di informazione sono state i mass media (tv, radio, giornali), gli opuscoli, meno i tecnici e il personale sanitario.



Conclusioni e raccomandazioni

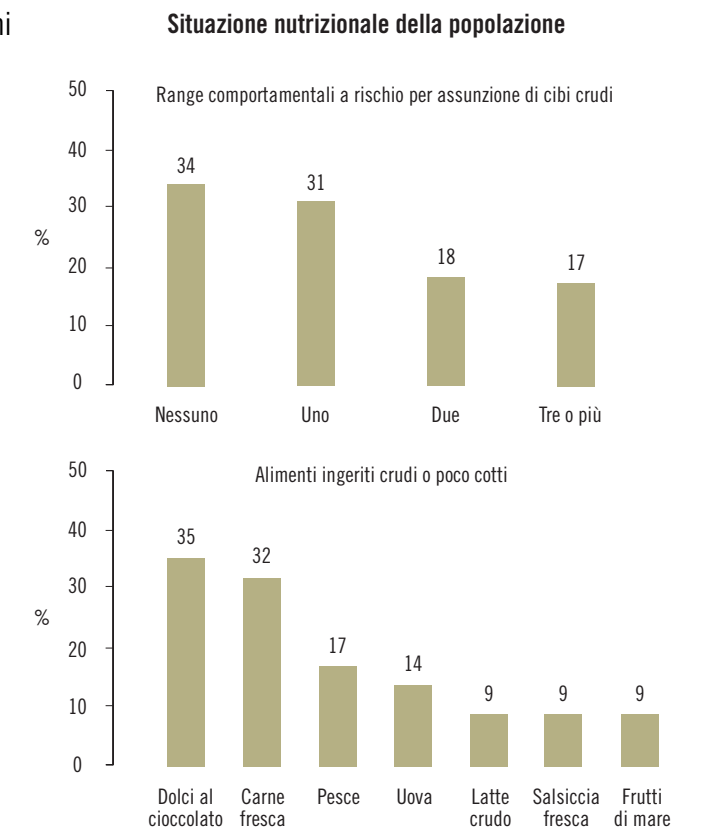
Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di Sanità Pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che in Friuli Venezia Giulia le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che quasi la metà degli intervistati abbia subito un infortunio domestico, anche se generalmente di lieve entità. Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non sono all'interno del gruppo di età campionato dal PASSI e quindi la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà. Si evidenzia, ciononostante, la necessità di una maggiore attenzione al problema, come previsto anche dal piano di prevenzione regionale, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, sarà in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

SICUREZZA ALIMENTARE

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. I dati relativi all'occorrenza delle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), anche nel nostro Paese sottostimano le dimensioni del fenomeno, ed i sistemi di sorveglianza attuati spesso non consentono nemmeno di ottenere dati sulla reale incidenza (es. reti di sorveglianza di laboratorio). A tale riguardo è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%), sono provocate da comportamenti inidonei presso gli stessi ambienti domestici.

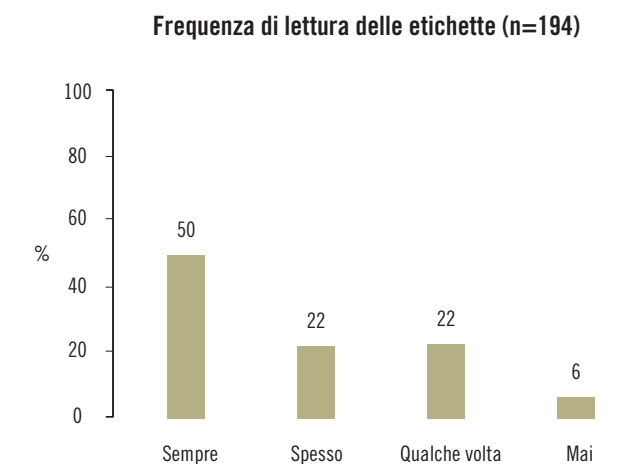
Quante persone mangiano cibi crudi (carne, pesci, uova, dolci, latte)?

- Il 66% degli intervistati ha consumato negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti.
- Il 17% degli intervistati ha consumato più di tre tipi di cibi crudi. Nel sesso maschile questa abitudine è più frequentemente riferita (22% vs 12%) e la differenza è statisticamente significativa.
- Non sono state evidenziate differenze nel consumo di cibi crudi o poco cotti per livello di istruzione, mentre si osserva una differenza significativa per classi di età.
- Fra i cibi più frequentemente assunti, crudi o poco cotti gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio, carne, pesce.
- Il 62% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente) favorendo la potenziale replicazione di eventuali germi contaminanti.



Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

- Il 72% degli intervistati che acquistano cibi legge sempre o spesso le etichette. Le donne e le persone più giovani sono in percentuale più attente degli uomini. Queste differenze risultano significative.
- Fra coloro che leggono le etichette sempre o spesso, l'90% legge la data di scadenza, mentre il 47% legge la data di produzione, il 36% legge le modalità di conservazione e il 39% legge le istruzioni per l'uso.



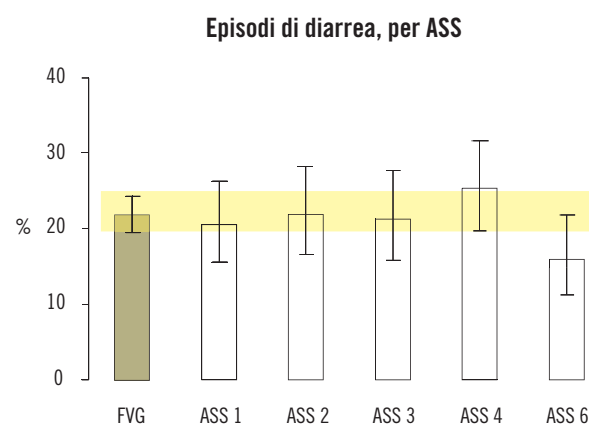
Quante persone hanno avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi e quali sono le loro caratteristiche?

- Circa il 22% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno sembra diminuire con l'aumentare dell'età, è significativamente meno frequente nel sesso maschile e si evidenziano differenze per livello di istruzione.
- Infine si osservano differenze significative tra la frequenza di diarrea e il consumo di cibi crudi, mentre non si osserva questa associazione con modalità scorrette di scongelamento e scarso controllo delle etichette.

Episodi di diarrea		
Caratteristiche	% incidenza periodale ultimi 12 mesi	
Totale	21,8 (IC95%: 19,4-24,4)	
Classi di età #	18 - 34	26,5
	35 - 49	23,1
	50 - 69	17,8
Sesso	M	19,8
	F	23,7
Istruzione *#	bassa	17,9
	alta	25,7

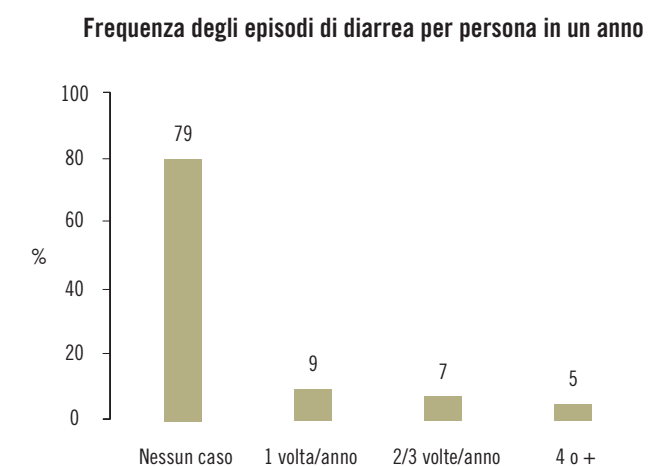
* *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;
istruzione alta: da scuola media superiore
 # le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Nelle cinque ASS della regione con campionamento rappresentativo, la percentuale più alta di episodi diarroici si ha nell'ASS 4 mentre la più bassa nell'ASS 6 con differenze non statisticamente significative.



Come si distribuisce la frequenza della diarrea e a chi ci si rivolge?

- Il 12% degli intervistati dichiara di avere avuto due o più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Al 25% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia 3 persone su 5 consumano cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute. È scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e mentre 2 persone su 3 prestano attenzione alle etichette di essi meno della metà legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso. Per ridurre le tossinfezioni di tipo alimentare, nella nostra realtà possono essere adottate diverse strategie (verifiche alle aziende produttrici e ai loro sistemi di autocontrollo, educazione sanitaria agli operatori del settore agro-alimentare, attività educativa del consumatore finale). Risulta quindi fondamentale l'attività, fra l'altro prevista anche dalle normative nazionali ed europee, di educazione alla salute e alle buone pratiche igieniche nella gestione degli alimenti in ambito domestico. Gli interventi sono tanto più efficaci quanto più sono semplici e effettuati su una popolazione giovane. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per effettuare tali corsi, soprattutto le elementari e le medie. Il sistema di sorveglianza e gli indicatori che sono stati misurati possono costituire un utile strumento per seguire il fenomeno nel tempo e monitorare l'impatto di eventuali interventi.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

L'influenza costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze soprattutto in soggetti appartenenti a determinate categorie a rischio. Si stima, inoltre, che nei paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

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

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

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

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

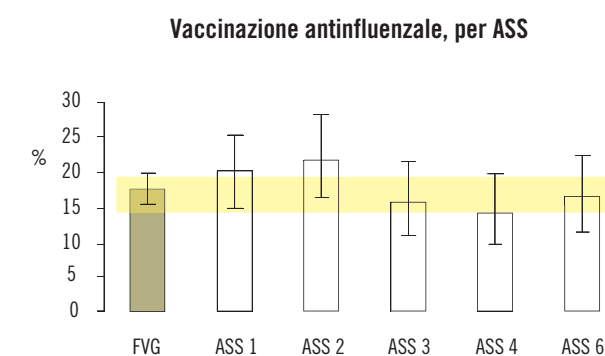
- In Friuli Venezia Giulia il 18% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 55% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni che riferiscono di avere almeno una patologia cronica solo il 26% risulta vaccinato.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)		
Caratteristiche		% vaccinati
Totale		17,7 (IC95%: 15,5-20,1)
Classi di età #	65 - 69	54,8
	<65	12,5
	<65 con almeno una patologia cronica	25,7
Sesso	M	19,5
	F	16,1
Istruzione *#	bassa	19,5
	alta	15,7

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

le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Non emergono differenze statisticamente significative tra le ASS regionali (range dal 14% nell'ASS 4 "Medio Friuli" al 22% nell'ASS 2 "Isontina").



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente l'impatto dell'influenza in termini di morbosità e letalità è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute con apposita Circolare e le strategie adottate in Friuli Venezia Giulia hanno permesso di raggiungere una buona copertura vaccinale, seppure deve tenersi in conto che la copertura è misurata fra i 65 e i 69 anni; ma i risultati sono ancora insoddisfacenti tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie: solo il 22% risulta vaccinato. La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere pertanto ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione anche con i medici specialisti e altre istituzioni territoriali.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari. Dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie. Indagare sulla diffusione di queste patologie nella popolazione è di fondamentale importanza in considerazione della possibilità di effettuare interventi di Sanità Pubblica che possano determinare variazioni negli stili di vita delle persone, riducendo così l'impatto dei fattori di rischio che portano alle patologie cardiovascolari. In questa sezione dello studio PASSI si va ad indagare l'ipertensione, l'ipercolesterolemia ed il calcolo del punteggio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa 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 arteriosa 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.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione richiedono anche un trattamento farmacologico. L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- L'86% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il 6% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate è significativamente maggiore tra i 50-69enni e nelle persone con basso livello di istruzione.
- Non si evidenziano differenze per sesso.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

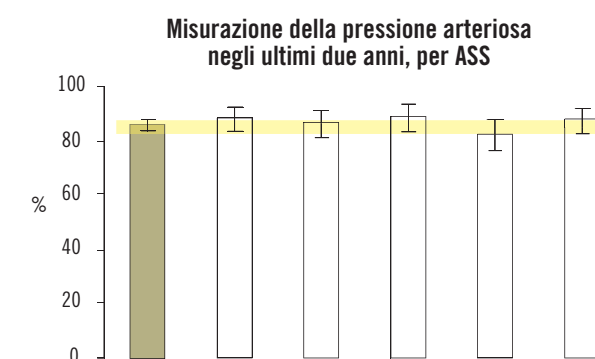
Caratteristiche	%
Totale	85,7 (IC95%: 85,3-87,7)
Classi di età #	
18 - 34	77,9
35 - 49	85,3
50 - 69	91,0
Sesso	
M	86,4
F	85,1
Istruzione *#	
bassa	88,9
alta	82,6

* *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;

istruzione alta: da scuola media superiore

le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Tra le ASS regionali non si osservano differenze significative (range dall'82% dell'ASS 4 "Medio Friuli" all'89 % nell'ASS 3 "Alto Friuli").



Quante persone sono ipertese?

- Il 24% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa due persone su tre è ipertesa (39%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre le percentuali sono significativamente più alte tra le persone con un basso livello di istruzione.

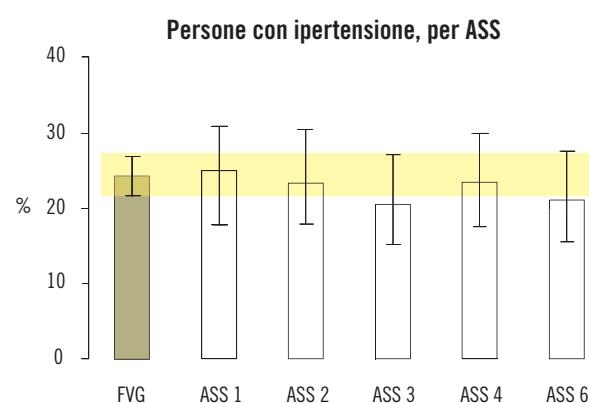
Caratteristiche delle persone con ipertensione		
Caratteristiche		% ipertesi
Totale		24,0 (IC95%: 21,4-26,7)
Classi di età #	18 - 34	8,0
	35 - 49	17,2
	50 - 69	39,1
Sesso	M	22,5
	F	25,3
Istruzione *#	bassa	30,5
	alta	17,6

* *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;

istruzione alta: da scuola media superiore

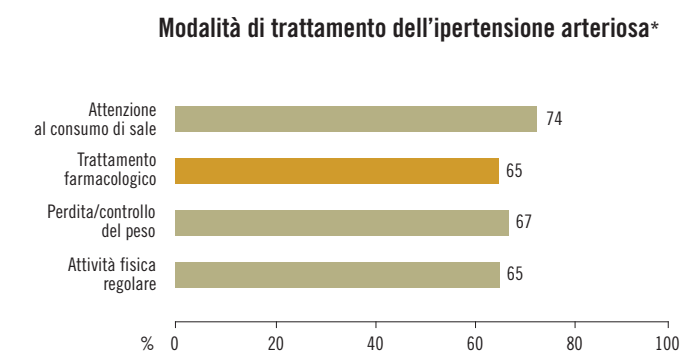
le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Tra le ASS regionali non si osservano differenze statisticamente significative (range dal 20% nell'ASS 3 "Alto Friuli" al 25 % dell'ASS 1 "Triestina").

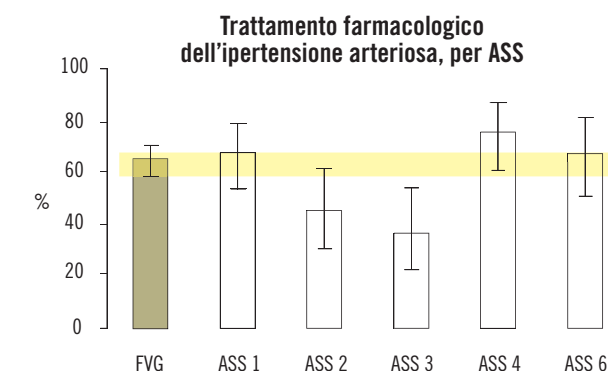


Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 65% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver affrontato l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (73%), controllando il proprio peso corporeo (67%) e svolgendo regolare attività fisica (65%).



- Tra le ASS regionali emergono differenze significative circa la percentuale di ipertesi che riferisce di essere in trattamento farmacologico (range dal 37% in ASS 3 "Alto Friuli" e il 76% nell'ASS 4 "Medio Friuli").



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia si stima che sia iperteso un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni prevalentemente ultracinquantenni.

Circa i due terzi degli ipertesi dichiara di essere in trattamento farmacologico. Nella maggior parte dei casi, l'ipertensione arteriosa è comunque trattata anche attraverso l'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. Tuttavia i dati PASSI (dati autoriferiti) indicano probabilmente che la percezione dell'ipertensione è limitata alle classi di ipertensione moderata e severa, mentre potrebbe esserci un grande misconoscimento dell'ipertensione lieve (i dati da CardioRESET 2005/2006 indicano il 48% di soggetti tra i 35 e i 74 anni con ipertensione lieve, moderata o severa).

Inoltre pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo della ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare screening regolari, soprattutto attraverso i MMG, per l'identificazione delle persone con ipertensione.

Colesterolemia

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

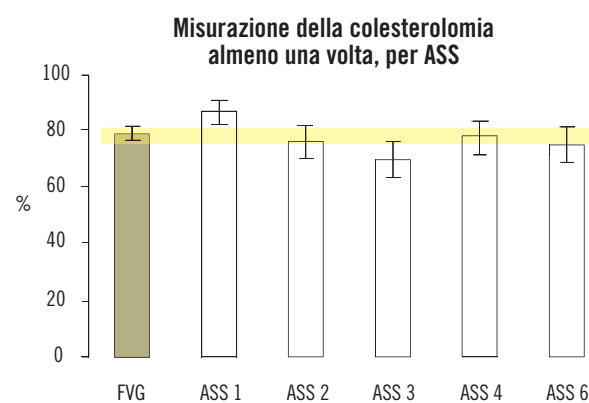
Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Il 79% del campione intervistato riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, in particolare il 69% meno di 2 anni fa e il 10% più di 2 anni fa. Invece il 21% riferisce di non averla mai misurata.
- Le percentuali risultano significativamente più alte tra i 50-69enni in cui quasi tutti riferiscono di aver effettuato questa misurazione.
- Non si osservano differenze significative tra sesso mentre appare maggiore il controllo per livello di istruzione basso.

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo		
Caratteristiche	%	
Totale	79,0 (IC95%: 76,5-81,4)	
Classi di età #	18 - 34	60,6
	35 - 49	79,1
	50 - 69	90,6
Sesso	M	78,2
	F	79,9
Istruzione *	bassa	81,2
	alta	77,0

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

- Tra le ASS regionali con campionamento significativo la percentuale di persone che dichiara di aver misurato almeno una volta la colesterolemia va dal 70% nell'ASS 3 "Alto Friuli" all'87% dell'ASS 4 "Medio Friuli".



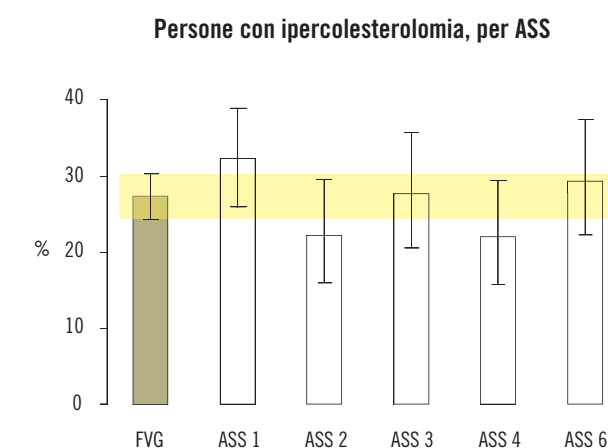
Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra gli intervistati 1 su 3 dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.

Ipercolesterolemici		
Caratteristiche	% ipercolesterolemici	
Totale	27,1 (IC95%: 24,2-30,2)	
Classi di età #	18 - 34	11,3
	35 - 49	22,9
	50 - 69	36,8
Sesso	M	28,2
	F	26,1
Istruzione *	bassa	30,4
	alta	23,8

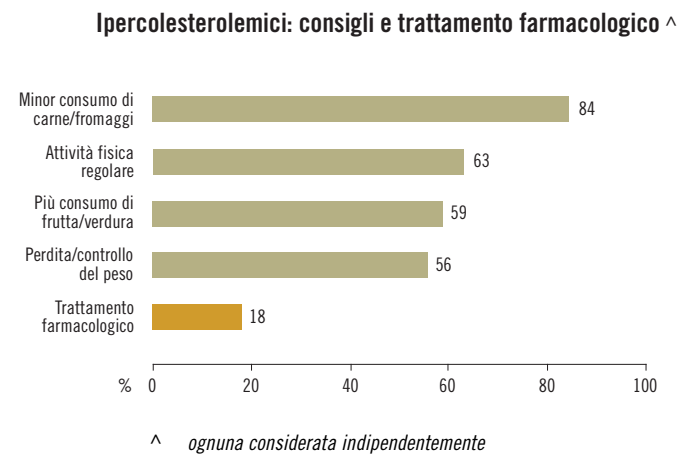
* *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;
istruzione alta: da scuola media superiore
 # le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Non emergono differenze statisticamente significative tra le ASS regionali (range dal 22% nell'ASS 4 "Medio Friuli" al 32% nell'ASS 1 "Triestina").

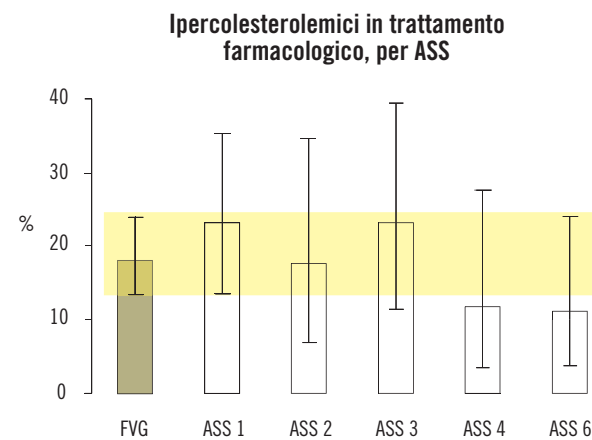


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 12% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Inoltre la gran parte di questa popolazione ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, di svolgere regolare attività fisica, di aumentare il consumo di frutta e verdura e di controllare il proprio peso corporeo.



- Non emergono differenze statisticamente significative tra le ASS regionali (range dal 11% nell'ASS 6 "Friuli Occidentale" al 23% nell'ASS 1 "Triestina" e ASS 3 "Alto Friuli").



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia 1 persona su 5 riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo. Tra gli intervistati il 21% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale tra le persone di 50-69 anni. Tuttavia l'ipercolesterolemia appare sottostimata se confrontata con i dati da CardioRESET 2005/2006 che indicano il 26% di soggetti tra i 35 e i 74 anni con valori elevati di colesterolo. Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

Punteggio 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.

Il punteggio 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.

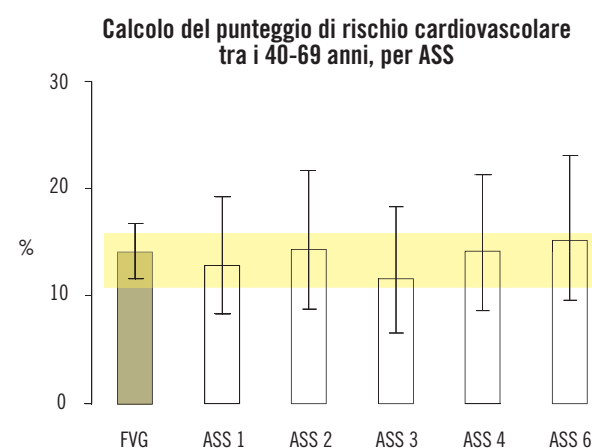
A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

- La percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 14%.
- Si osservano differenze statisticamente significative per età e livello di istruzione.

% persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Caratteristiche	%
Totale	13,9 (IC95%: 11,5-16,7)
Classi di età #	
40 - 49	8,0
50 - 59	16,1
60 - 69	18,7
Sesso	
M	13,5
F	14,2
Istruzione *#	
bassa	17,0
alta	9,3

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

- Tra le ASS con campionamento rappresentativo non si osservano differenze statisticamente significative circa la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.



Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente calcolato ed utilizzato da parte dei medici per la comunicazione del rischio individuale ai pazienti.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto.

Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile per lui perchè può essere confrontato con quello calcolato nelle visite successive, permettendogli così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio al paziente che avendo saputo dal medico da quali elementi viene estratto il valore numerico che si riferisce al suo livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere il dato seguendo le indicazioni del proprio curante. Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

SINTOMI DI DEPRESSIONE

L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

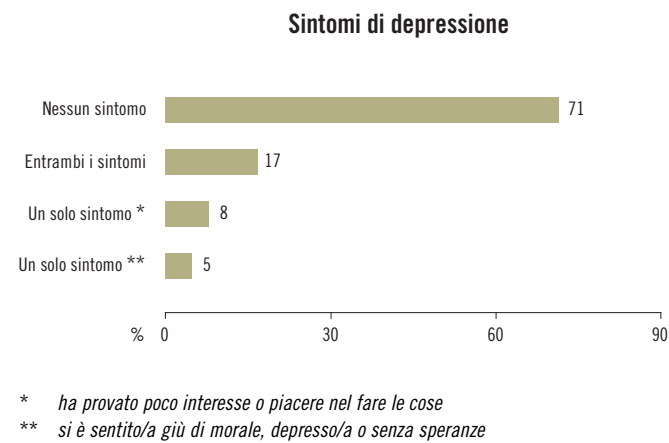
Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale.

Le tipologie più frequenti di patologie mentali sono i disturbi legati all'ansia ed alla depressione e, pertanto, il costo socio-sanitario delle patologie mentali è notevole e si valuta attorno al 3-4% del PIL. Si stima che nei Paesi europei, mediamente, circa la metà (44-70%) delle persone colpite da malattie mentali non venga mai curata.

I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese: il 7% dei cittadini (con età superiore ai 18 anni) ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi ed, in particolare, il 5% ha sofferto di un disturbo d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi depressivi a 12 mesi è stimata del 3%.

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Il 17% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, 2 sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.
- Se a queste persone si aggiungono quelle che hanno riferito anche uno solo dei due sintomi, si rileva che il 29% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nell'arco dei 12 mesi precedenti l'intervista.



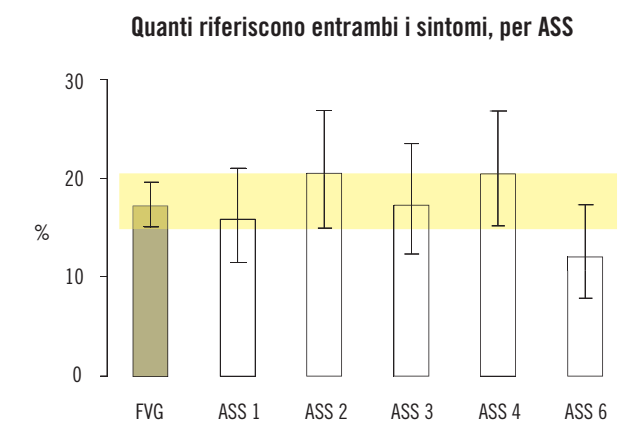
Chi riferisce entrambi i sintomi di depressione e quali conseguenze hanno nella loro vita?

- Entrambi i sintomi di depressione vengono riferiti in percentuale significativamente maggiore dalle donne.
- Si osservano percentuali lievemente maggiori tra i 35-49enni e tra coloro che non lavorano o non hanno una situazione lavorativa stabile.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 50% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 36% molto o moltissimo difficile.

Caratteristiche	% di chi ha riferito entrambi i sintomi
Totale	17,2 (IC95%: 15,0-19,5)
Classi di età	
18 - 34	17,8
35 - 49	19,0
50 - 69	15,1
Sesso #	
M	10,3
F	23,6
Istruzione*	
bassa	17,4
alta	17,2
Occupazione #	
presente	14,4
saltuaria	27,7
assente	20,8

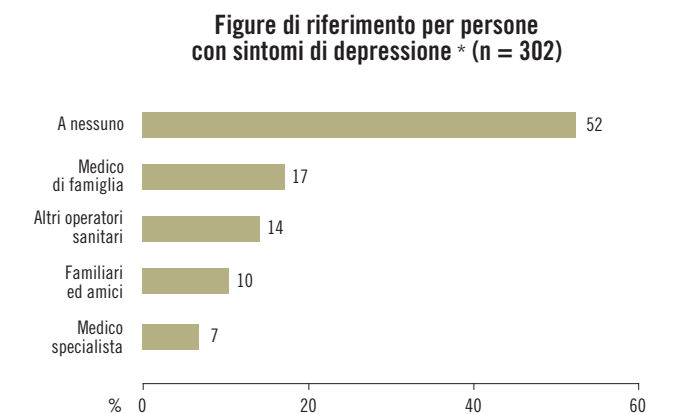
* *istruzione bassa*: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;
istruzione alta: da scuola media superiore
le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Nelle ASS della regione la percentuale di persone che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione non si differenzia in maniera statisticamente significativa dal dato regionale.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico (MMG o specialista) risulta del 24%.
- Fra chi riferisce entrambi i sintomi, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico rimane la stessa.



* persone che riferiscono anche uno solo dei due sintomi di depressione: cioè che ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose e/o si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Tra chi ha sintomi di depressione, quanti assumono farmaci?

- Sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 21% ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.
- Se consideriamo solo coloro che riferiscono entrambi i sintomi, la proporzione di persone che assume farmaci sale al 30%.

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico (n=292)	
Persone con almeno un sintomo	% di chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi
Totale	21,3
Entrambi i sintomi	29,9
Un solo sintomo *	2,4
Un solo sintomo **	10,9

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Conclusioni e raccomandazioni

Sotto l'aspetto metodologico e delle informazioni ricavabili, la sezione del PASSI riguardante i sintomi di depressione ha mostrato di essere utile, valida e di facile applicabilità.

I risultati evidenziano come i sintomi di depressione riguardino una notevole fetta della popolazione in studio, con una distribuzione non omogenea: sono stati infatti evidenziati gruppi con caratteristiche socio-demografiche a maggior rischio. I risultati evidenziano inoltre tassi ancora bassi relativamente al trattamento dei disturbi mentali e all'utilizzo dei servizi sanitari, con possibile grado di bisogno insoddisfatto. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

SCREENING NEOPLASIA 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 37.000 persone con una elevata mortalità (oltre 29.000 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 maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 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 i 69 anni con frequenza biennale.

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto in accordo alle linee guida?

- Il 32% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto (15%) o la sigmoidoscopia (7%) a scopo preventivo.
- Non si osservano differenze significative per classi di età e livello di istruzione, mentre i maschi hanno eseguito il test preventivo con maggiore frequenza rispetto alle donne.
- Il 12% degli intervistati ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto.

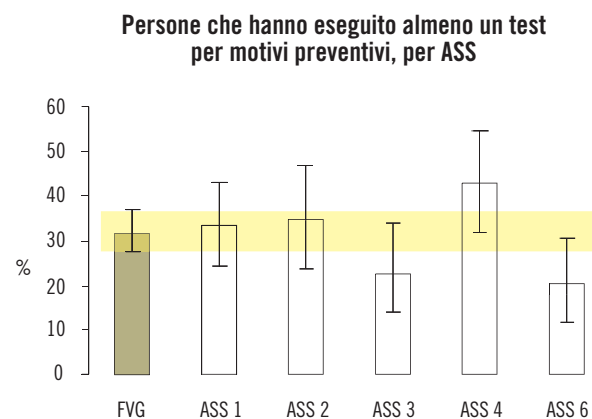
Screening cancro colon retto (≥ 50 anni) (n=445)		
Caratteristiche		% di persone che hanno eseguito un test [^] per motivi preventivi
Totale		31,7 (IC95%: 27,4-36,4)
Classi di età	50 - 59	27,9
	60 - 69	35,9
Sesso [#]	M	38,6
	F	26,6
Istruzione [*]	bassa	28,4
	alta	38,6

[^] sangue occulto o sigmoidoscopia

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

[#] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

- Nelle ASS della regione non si osservano differenze significative tra le percentuali di persone che riferiscono di aver effettuato la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo (range dal 23% nell'ASS 3 "Alto Friuli" al 43% nell'ASS 4 "Medio Friuli").



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo un terzo delle persone in Friuli Venezia Giulia abbia effettuato questo esame a scopo preventivo. Nella regione Friuli Venezia Giulia non è ancora stato attivato un programma di screening sul territorio ma è di prossimo avvio.

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 oltre 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.

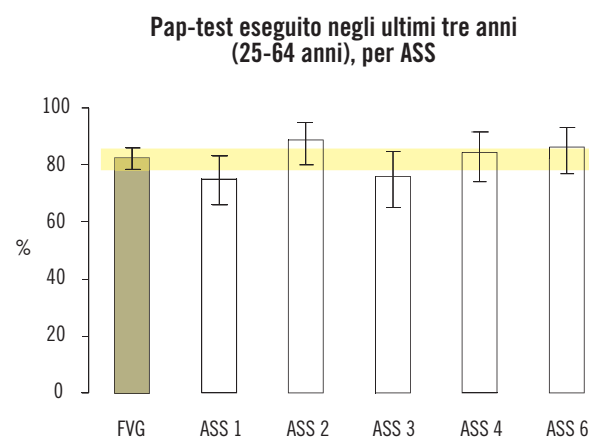
Quante donne hanno eseguito un Pap test in accordo alle linee guida?

- L'82% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.
- Le 35-49enni mostrano percentuali significativamente maggiori rispetto alle altre classi età.
- Si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione.

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni) (n=89)		
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni ^	
Totale	82,3 (IC95%: 78,4-85,7)	
Classi di età #	25 - 34	89,7
	35 - 49	90,8
	50 - 64	70,7
Stato civile #	coniugata	85,9
	non coniugata	74,7
Istruzione *#	bassa	76,9
	alta	89,8

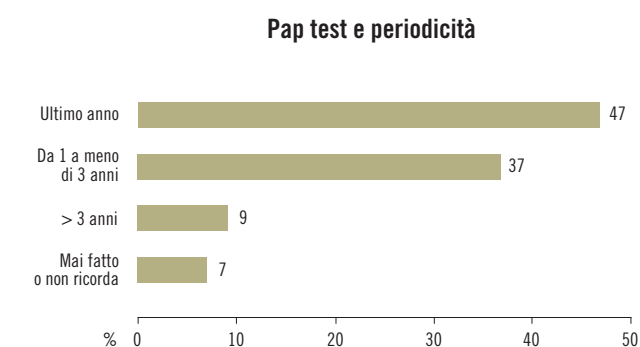
^ chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi
 * istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
 # le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Nelle ASS della regione la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi tre anni non presenta differenze statisticamente significative (range dal 76% nell'ASS 1 "Triestina" e ASS 3 "Alto Friuli" all'89% nell'ASS 2 "Isontina").



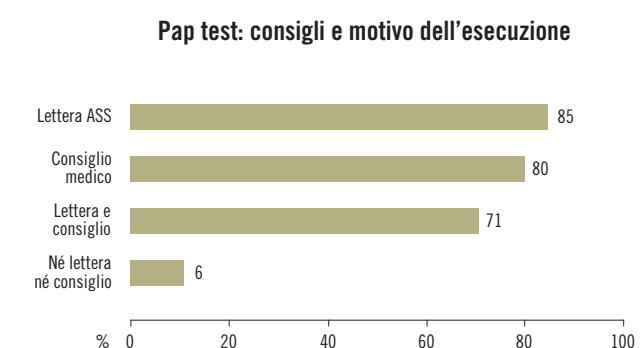
Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- Il 94% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Quasi la metà delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni ha riferito l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Il 7% non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.



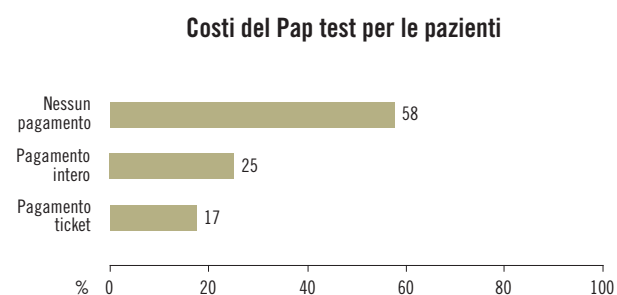
Viene consigliato il Pap test alle donne?

- L'85% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASS e l'80% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test.
- Il 71% di chi ha ricevuto sia la lettera che il consiglio medico ha effettuato il Pap test rispetto al 14% di chi ha ricevuto solo la lettera, il 9% di chi ha ricevuto solo il consiglio medico e il 6% di chi non ha ricevuto né lettera né consiglio medico.
- Tra le donne che hanno fatto almeno una volta il Pap test, il motivo principale dichiarato per cui è stato effettuato l'ultimo test è stato per la lettera personale ricevuta dall'ASS (43%), per propria iniziativa (41%), su consiglio medico (16%).

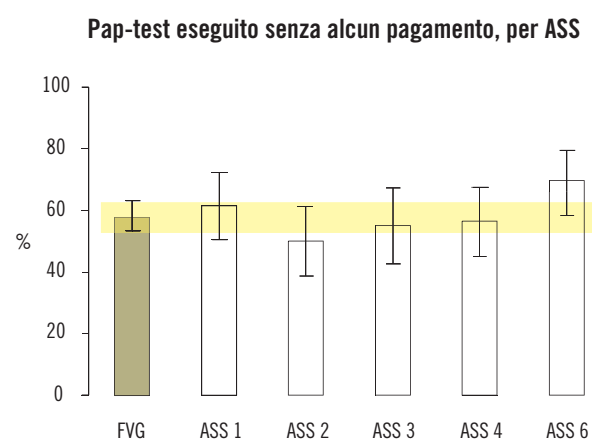


Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Il 58% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 17% ha pagato solamente il ticket e il 25% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Il 72% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 28% in una struttura privata.



- Nelle ASS della regione non si osservano differenze significative tra le percentuali di donne che riferisce di non aver effettuato alcun pagamento per l'ultimo Pap test (range dal 50% nell'ASS 2 "Isontina" al 70% nell'ASS 6 "Friuli Occidentale").



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta, a conferma della presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); e il 47% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Tuttavia i dati sono autoriferiti ed è possibile che le persone possano avere dimenticato di essere state sottoposte allo screening oppure avere sottostimato il tempo trascorso dall'ultimo Pap test, fornendo stime non accurate.

Ulteriori sforzi devono esser fatti per migliorare la copertura col Pap test, facilitando l'accesso delle donne alle strutture che lo eseguono gratuitamente, come previsto dalle norme vigenti.

SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con oltre 36.000 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.

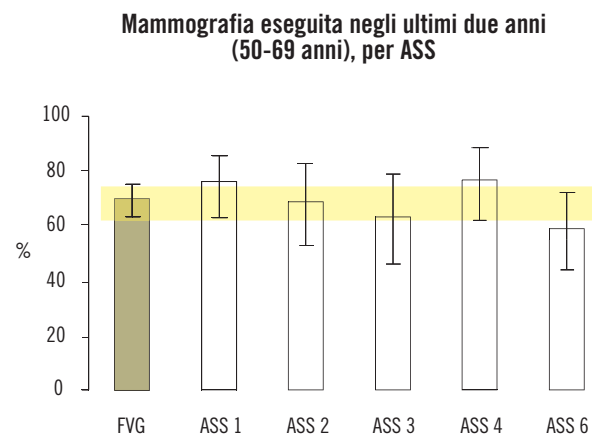
Quante donne hanno eseguito un Pap test in accordo alle linee guida?

- L'87% delle donne intervistate, di età tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- 2 donne su 3 in età di screening riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si apprezzano differenze significative per classi di età, stato civile e livello di istruzione.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 43 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

Screening cancro della mammella (≥50 anni) (n=44)		
Caratteristiche		% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni [^]
Totale		69,6 (IC95%: 63,5-75,1)
Classi di età	50 - 59	69,0
	60 - 69	70,2
Stato civile	coniugata	70,0
	non coniugata	73,9
Istruzione *	bassa	67,8
	alta	80,9

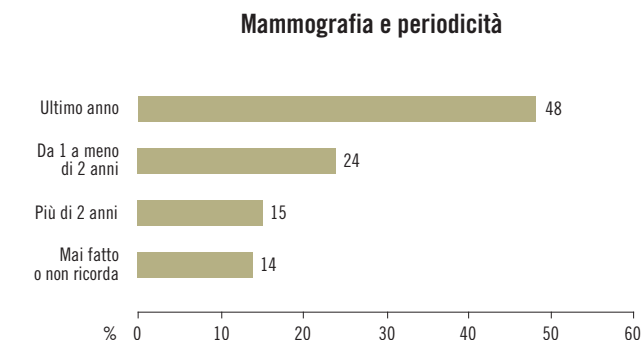
[^] chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi
 * istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore;
istruzione alta: da scuola media superiore

- Nelle ASS della regione la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi tre anni non presenta differenze statisticamente significative (range dal 76% nell'ASS 1 "Triestina" e ASS 3 "Alto Friuli" all'89% nell'ASS 2 "Isontina").



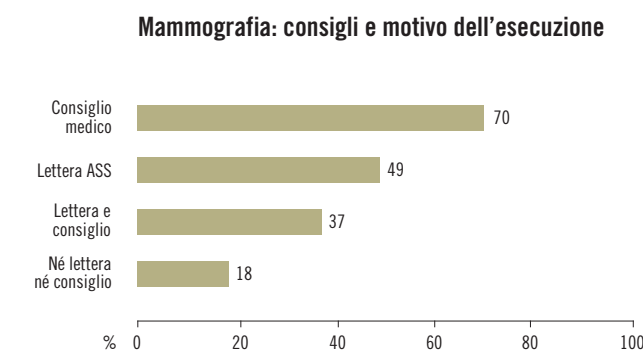
Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- Quasi la metà delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 24% fra 1 e 2 anni ed il 15% più di 2 anni fa.
- Il 14% non ha mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



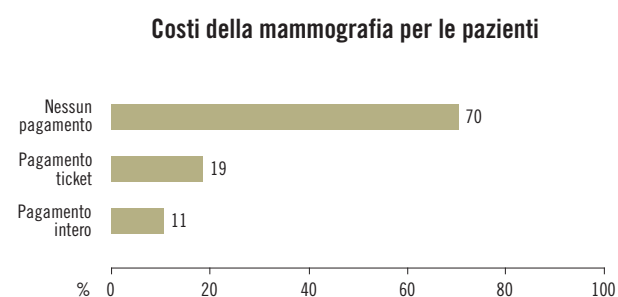
Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 49% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, il 70% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia.
- Il 37% di chi ha ricevuto sia la lettera che il consiglio medico ha effettuato la mammografia, rispetto al 12% di chi ha ricevuto solo la lettera, il 33% di chi ha ricevuto solo il consiglio medico e il 18% di chi non ha ricevuto né lettera né consiglio medico.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultima mammografia è stata eseguita nel 27% su consiglio medico, nel 45% di propria iniziativa e nel 25% in seguito ad una lettera di invito.

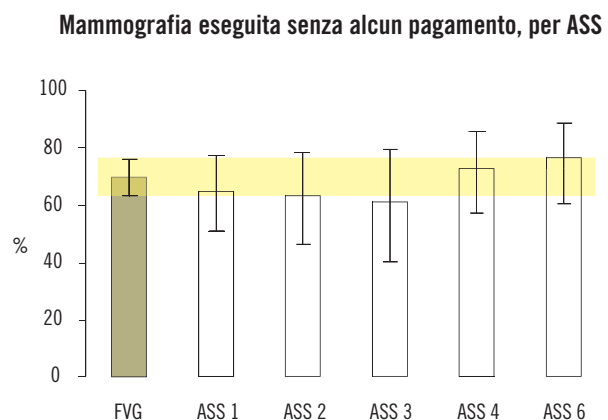


Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- L' 84% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica, il 13% in una struttura privata.
- Il 70% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 19% ha pagato solamente il ticket e l'11% ha pagato l'intero costo dell'esame.



- Nelle ASS della regione non si osservano differenze significative tra le percentuali di donne che riferisce di non aver effettuato alcun pagamento per l'ultima mammografia (range dal 62% nell'ASS 3 "Alto Friuli" al 77% nell'ASS 6 "Friuli Occidentale").



Conclusioni e raccomandazioni

In Friuli Venezia Giulia la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuata una mammografia a scopo preventivo è abbastanza alta anche se il programma di screening è partito solo recentemente e i dati riportati non permettono ancora di effettuare valutazioni di tale programma. Risulta elevata (3 su quattro) anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni); la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno. Anche per la mammografia così come le altre informazioni ottenute tramite le interviste telefoniche, si tratta di dati autoriferiti ed è possibile che le persone possano avere dimenticato di avere eseguito la mammografia oppure avere sotto-stimato il tempo trascorso dall'ultima mammografia.

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide 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
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzawaltowski, 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/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- 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)
- 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)
- 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

- 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 Alcohol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcohol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Infortunati domestici

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
- Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Database Syst Rev 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Database Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev 2003

Sicurezza alimentare

- Kendall PA, Elsbernd A, Sinclair K, Schroeder M, Chen G., Bergmann V, Hillners VN, Medeiros LC. Observation versus self-report: validation of consumer food behavior questionnaire. J Food Prot (2004) 67:11 2578-2586
- Bremer V, Bocter N, Rehmert S, Klein G, Breuer T, Ammon A. Consumption, knowledge, and handling of raw meat: a representative cross-sectional survey in Germany, March 2001. J Food Prot (2005) 68 785-78
- Medeiros LC, Hillers VN, Kendall PA, Mason A. Food safety education: what should we be teaching to consumers? J Nutr Educ. (2001) 33:2 108-113
- Mitakakis TZ, Sinclair MI, Fairley CK, Lightbody PK, Leder K, Hellard ME Food safety in family homes in Melbourne, Australia. J Food Prot. (2004) 67:4 :818-822
- Meer RR, Misner SL. Food safety knowledge and behavior of expanded food and nutrition education program participants in Arizona. J Food Prot. (2000) 63:12,1725-1731
- Yang S, Angulo FJ, Altekruze SF Evaluation of safe food-handling instructions on raw meat and poultry products. J Food Prot. (2000) 63:10, 1321-1325
- Hillers VN, Medeiros L, Kendall P, Chen G, DiMascola S. Consumer food-handling behaviors associated with prevention of 13 foodborne illnesses. J Food Prot. (2003) 66:10,1893-1899.
- Altekruze SF, Street DA, Fein SB, Levy AS. Consumer knowledge of foodborne microbial hazards and food-handling practices. J Food Prot. 1996 59:3, 287-294
- Federal Register Notices (2002) 67:188, 61109-61110 FoodSafety Survey Advisory Council on Food and Environmental Hygiene. On-line: http://www.hwfb.gov.hk/en/committees/board/paper2001_26.html. Accessed 10/01/2006
- Food Safety Survey: Summary of Major Trends in Food Handling Practices and Consumption of Potentially Risky Foods. On-line: <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fssurvey.html>. accessed 10/01/2006

- Batz MB, Doyle MP, Morris G Jr, Painter J, Singh R, Tauxe RV, Taylor MR, Lo Fo Wong DM; Food Attribution Working Group. Attributing illness to food. *Emerg Infect Dis.* 2005 Jul;11(7):993-9.
- Voetsch AC, Van Gilder TJ, Angulo FJ, Farley MM, Shallow S, Marcus R, Cieslak PR, Deneen VC, Tauxe RV; Emerging Infections Program FoodNet Working Group. FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States. *Clin Infect Dis.* 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S127-34.
- Scallan E, Majowicz SE, Hall G, Banerjee A, Bowman CL, Daly L, Jones T, Kirk MD, Fitzgerald M, Angulo FJ. Prevalence of diarrhoea in the community in Australia, Canada, Ireland, and the United States. *Int J Epidemiol.* 2005 Apr;34(2):454-60. Epub 2005 Jan 19.
- Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, Scallan E, Fitzgerald M, Adak GK, Sockett P, Ellis A, Hall G, Gargouri N, Walke H, Braam P. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. *Clin Infect Dis.* 2005 Sep 1;41(5):698-704. Epub 2005 Jul 22.

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

Sintomi di depressione

- “Strengthening mental health promotion”. WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- “WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe”. WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- “WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe”. WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- “LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea”. UE - COM(2005) 484/2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)
- “Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies”. Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - *European Neuropsychopharmacology*. 15 (2005): 357-376
- “La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH (“European Study on the Epidemiology of Mental Disorders”, realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health Survey Iniziative)”. De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista “Epidemiologia e Psichiatria Sociale” (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

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
- 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)

