



Rapporto ASS 4 "Medio Friuli"

A cura di:

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

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Nancy Binkin, Alberto Perra, Antonino Bella, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta
(*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

Giuliano Carrozzi, 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*)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Giorgio Brianti *Responsabile Dipartimento di Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli"*

i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita

gli operatori coinvolti nell'organizzazione dell'inchiesta e nell'esecuzione delle interviste:

Analisi dei dati

Tolinda Gallo (*Dipartimento di Prevenzione*)

Intervistatori

Marina Adotti, Donatella Belotti, Daniela Del Fabro, Anna Fabbro, Maria Rosa Liani, Silvia Monticolo, Maria Grazia Pellizzon, Margherita Zanini (*Dipartimento di Prevenzione*)

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. 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

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione - Via Chiusaforte 2 – 33100 Udine

Introduzione

Le patologie definite non trasmissibili (malattie cardio-vascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 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 indicata dall'OMS, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono monitorare sia i fattori comportamentali di rischio sia 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.

Nel 2005, il CNESPS, con il 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 è giustificato dall'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 gli anni 2007-2008.

Nella versione 2006 dello studio PASSI, sono stati modificati alcuni moduli (attività fisica, alimentazione) e sono stati aggiunti nuovi moduli (sicurezza domestica, sicurezza alimentare, sintomi di depressione).

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

	pagina
SINTESI DEL RAPPORTO	v
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2006	ix
OBIETTIVI	xiv
METODI	xvii
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	1
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	4
ATTIVITÀ FISICA	6
ABITUDINE AL FUMO	9
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	13
CONSUMO DI ALCOL	18
SICUREZZA STRADALE	21
INFORTUNI DOMESTICI	23
SICUREZZA ALIMENTARE	27
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	30
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	32
IPERTENSIONE ARTERIOSA	32
COLESTEROLEMIA	35
PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	37
DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO	39
DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA	42
DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLON RETTO	45
SINTOMI DI DEPRESSIONE	46
BIBLIOGRAFIA	49

Sintesi del rapporto

Descrizione del campione aziendale

Nell'ASS 4 "Medio Friuli" è stato intervistato un campione di 200 persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni, estratto con campionamento casuale semplice dalla lista assistiti dell'ASS. Il 53% degli intervistati è rappresentato da donne. L'età media del campione è di 45 anni (43 per le donne e 48 per gli uomini). Il 50% ha un livello di istruzione alto ed il 73% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

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.

Nell'ASS 4 "Medio Friuli" il 72% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini, le persone con alto livello d'istruzione e le persone senza patologie severe.

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*.

Nell'ASS 4 "Medio Friuli" il 46% degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, ma il 21% riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Il 47% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 33% 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 disuasazione.

Nell'ASS 4 "Medio Friuli" i fumatori rappresentano il 35% degli intervistati, gli ex fumatori il 15% e i non fumatori il 50%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori nella classe 18-24 anni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più basso. Il 39% 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 disuasazione al fumo.

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").

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (94%), anche se solo un'esigua parte (14%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate. L'eccesso di peso, definito sulla base del valore del body mass index, aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete) fino alla morte prematura.

Il 28% degli intervistati è in sovrappeso e il 12% è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati. Nella categoria degli obesi il 4% ritiene il proprio peso giusto, mentre questa percentuale sale al 46% nelle persone sovrappeso. Tra le persone in eccesso ponderale solo il 36% riferisce di effettuare una dieta ed il 23% di praticare attività fisica regolare: appaiono, pertanto, 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').

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" si stima che il 31% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Solo il 20 % 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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 97% degli intervistati utilizza sempre il casco e il 95% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (34%).

Il 25% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 20 % 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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 25% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per l'88 % di questi è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 12 % dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero. Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 51% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto informazione sugli infortuni domestici è limitata al 31%.

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 gastro-enteriti, sono provocate da comportamenti inadeguati presso gli stessi ambienti domestici, scarsamente studiati, che generalmente sfuggono alla valutazione del rischio o a sorveglianza. Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 60% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti (prevalentemente dolci al cucchiaio, carne, pesce). Sulle pratiche di preparazione degli alimenti, il 65 % degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Il 68 % degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette, l'87% la data di scadenza, mentre solamente il 44 % la data di produzione, il 39% le modalità di conservazione e il 41% 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 base ai registri vaccinali, nell' ASS 4 "Medio Friuli", si registra una buona copertura 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 22% 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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni (40% sopra i 50 anni); di questi il 76 % 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 dell'11%.

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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 22 % degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo. Il 22 % dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (30% sopra ai 50 anni), di cui il 12 % 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 il 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.

Diagnosi precoce del tumore 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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" l'84% delle donne di 25-64 anni ha eseguito un Pap test negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap test è stato aver ricevuto la lettera dell'ASS nel 37%, l'iniziativa personale nel 47% e il consiglio di un medico nel 16%.

Diagnosi precoce del tumore 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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 77% delle donne di 50-69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni. Il motivo principale dell'esecuzione dell'ultima mammografia è stato l'aver ricevuto la lettera d'invito dell'ASS nel 21%, l'iniziativa personale nel 45% e il consiglio di un medico nel 32%.

Diagnosi precoce del 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.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" solo il 21% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi due anni come raccomandato.

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 che il 7% dei cittadini con età superiore ai 18 anni ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi.

Nell' ASS 4 "Medio Friuli", il 20,5% 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 sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze. La quasi totalità ha 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 17% si è rivolto a un medico e il 13% ha intrapreso un trattamento farmacologico.

Le **tabelle** nelle pagine seguenti sintetizzano i risultati principali.

Tabelle riassuntive dei risultati dello studio PASSI 2006

Descrizione del campione aziendale	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
donne	52,7
età media (M e F)	45 anni
Distribuzione per classe d'età	
18-34	25,9
35-49	35,1
50-69	39,0
titolo di studio	
elementare	14,2
media inferiore	35,8
media superiore	40,7
laurea	9,3
livello di istruzione*	
alto	50,0
stato civile	
coniugati/conviventi	73,5
celibi/nubili	19,6
separati/divorziati	2,9
vedovi/e	3,9
lavoro regolare**	73,2

* 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	ASS 4 "Medio Friuli" (% , gg)
risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute, %	71,6
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	4,7
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,8

Attività fisica	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
livelli di attività fisica ^	
buono	46,5
moderato	26,7
scarso o assente	26,8
chi resta seduto molte ore^^	20,9
consigli dei medici	
chiesto se fa attività fisica	47,3
consigliato di fare attività fisica	33,2
verificato andamento in altre visite	24,4

^ **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	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
fumatori*	34,7
uomini	35,4
donne	34,0
ex fumatori**	14,9
non fumatori***	50,5
consigli dei medici:	
chiesto se fuma	44,1
ai fumatori	78,6
consigliato di smettere di fumare	39,1
come hanno smesso gli ex fumatori:	
da solo	86,7
aiuto del medico	==
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):	
sempre	86,0
a volte/mai	14,0

* 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	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
popolazione con eccesso ponderale	
sovrappeso	27,9
obeso	12,3
percezione del proprio peso	
obesi	
troppo alto	96,0
giusto	4,0
sovrappeso	
troppo alto	52,6
giusto	45,6
consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario	
obesi	88,0
sovrappeso	47,4
come viene trattato l'eccesso ponderale:	
obesi	
dieta	36,0
svolgimento di attività fisica	23,3
sovrappeso	
dieta	36,8
svolgimento di attività fisica	22,8
principali modifiche nell'alimentazione	
meno carboidrati	31,4
meno grassi	28,9
più frutta e verdura	21,6
meno sale	15,9
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	94,6
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	14,4

Consumo di alcol	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	74,0
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	17,2
bevitori binge ^{◇◇◇}	18,1
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	6,5
chiesto dal medico sul consumo	20,3

[◇] 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	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
casco sempre [*]	
cintura anteriore sempre	94,1
cintura posteriore sempre	34,1
guida in stato di ebbrezza ^{**}	25,0
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{***}	20,0

^{*} 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	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno che assistenza sanitaria è stata necessaria:	25,0
<i>solo medicazione in casa</i>	88,2
<i>ricorso al pronto soccorso</i>	11,8
<i>ricovero ospedaliero</i>	==
percezione del rischio (basso o assente)	50,5
quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni	30,9

Sicurezza alimentare	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni) [^]	14,6
quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto ^{^^}	65,3
quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati	68,0
più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi	25,5
rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)	40,4

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

^{^^} a temperatura ambiente o in frigorifero

Vaccinazione antinfluenzale		ASS 4 "Medio Friuli" (%)
	vaccinati 65-69 anni	54,2
	vaccinati <65 anni	8,9
	vaccinati <65 con almeno una patologia cronica	21,7
Iperensione arteriosa		ASS 4 "Medio Friuli" (%)
	misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	82,3
	ipertesi	23,3
	come viene trattata l'ipertensione:	
	<i>riduzione consumo di sale</i>	73,3
	<i>trattamento farmacologico</i>	75,6
	<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	73,3
	<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	71,1
Colesterolemia		ASS 4 "Medio Friuli" (%)
	misurazione colesterolo almeno una volta	78,3
	ipercolesterolemici	22,0
	consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:	
	<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	77,1
	<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	51,4
	<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	45,7
	<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	65,7
	<i>trattamento farmacologico</i>	11,8
Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)		ASS 4 "Medio Friuli" (%)
	popolazione cui è stato calcolato il punteggio [^]	14,1
[^] coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore		
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero[◇] (donne 25 - 64 anni)		ASS 4 "Medio Friuli" (%)
	ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni	84,3
	motivo dichiarato per aver eseguito l'ultimo Pap test	
	<i>lettera ASS</i>	37,3
	<i>consiglio medico</i>	15,7
	<i>propria iniziativa</i>	47,0
	costi Pap test	
	<i>nessuno</i>	56,6
	<i>pagamento intero</i>	26,5
	<i>pagamento ticket</i>	16,9
[◇] eseguito a scopo preventivo		

Diagnosi precoce del tumore della mammella (donne 50 - 69 anni) [◇]	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	77,3
motivo dichiarato per aver eseguito l'ultima mammografia	
<i>lettera ASS</i>	21,1
<i>consiglio medico</i>	31,6
<i>propria iniziativa</i>	44,7
costi mammografia	
<i>nessuno</i>	73,2
<i>pagamento intero</i>	12,2
<i>pagamento ticket</i>	14,6

◇ eseguita a scopo preventivo

Diagnosi precoce del tumore del colon retto (50 - 69 anni) [◇]	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	43,0
eseguito negli ultimi due anni	21,3

◇ eseguita a scopo preventivo

Sintomi di depressione	ASS 4 "Medio Friuli" (%)
2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi *, **	20,5
figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>nessuno</i>	52,9
<i>famigliari/amici</i>	11,4
<i>medico di famiglia</i>	11,4
<i>medico specialista</i>	5,7
<i>altri operatori sanitari</i>	18,6
assunzione farmaci	13,2

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione 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 il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

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. 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.

13. 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.

Metodi

Tipo di studio

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASS 4 "Medio Friuli" (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 dell'ASS 4 "Medio Friuli". La dimensione del campione è stata di 204 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.

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

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. 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. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato 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 sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario, 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 aziendale

La popolazione in studio è costituita da 236.212 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell' ASS 4 "Medio Friuli" al 31/12/2005.

Sono state selezionate 200 persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dall'anagrafe sanitaria. Dei soggetti inizialmente selezionati, 161 persone, pari all'79%, sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 43 sono state sostituite (21%).

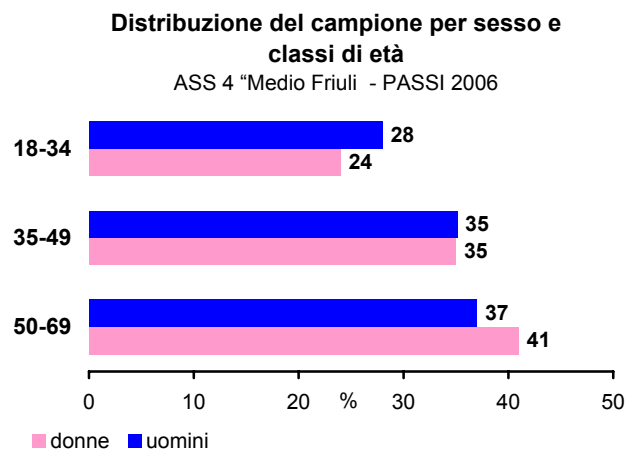
Complessivamente sono stati contattati 247 soggetti.

Rispetto al totale del campione i motivi di sostituzione sono stati : 6% di non rintracciati, 3,5% di rifiuti, 3% di fuori residenti e 2% di altre cause.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

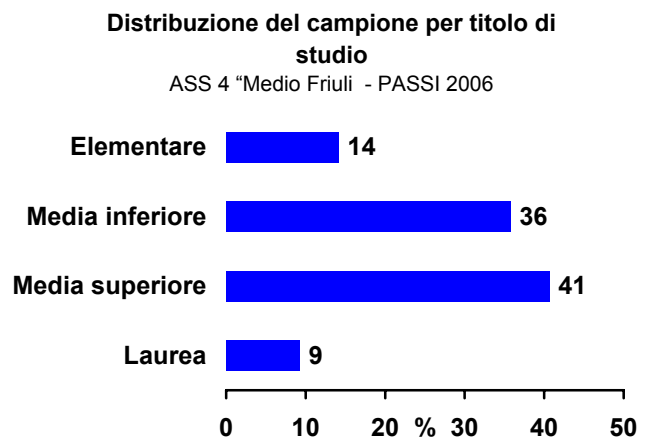
L'età e il sesso

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 53% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 26% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 39% in quella 50-69. Nella fascia d'età più vecchia la percentuale di donne è poco più alta di quella degli uomini.
- La distribuzione per sesso e classe d'età del campione intervistato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe assistiti.



Il titolo di studio

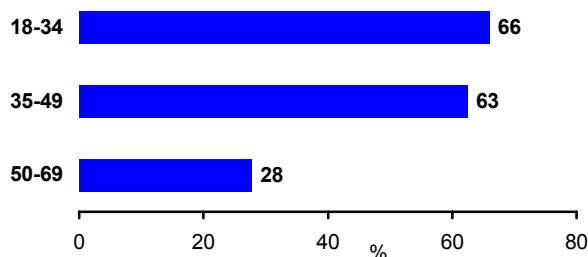
- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 14% del campione ha come titolo di studio la licenza elementare, il 36% la licenza media inferiore, il 41% la licenza media superiore, l'9% è laureato.



Il livello di istruzione

- Il 50% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).

Alto grado d'istruzione * per classi di età
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

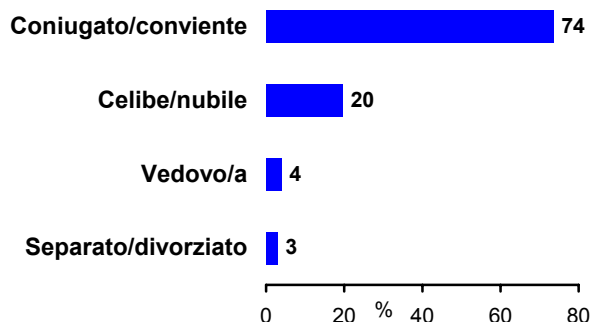


* istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea

Lo stato civile

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" i coniugati/conviventi rappresentano il 74%, i celibi/nubili il 20%, i separati/divorziati il 3%, i vedovi/e il 4%.

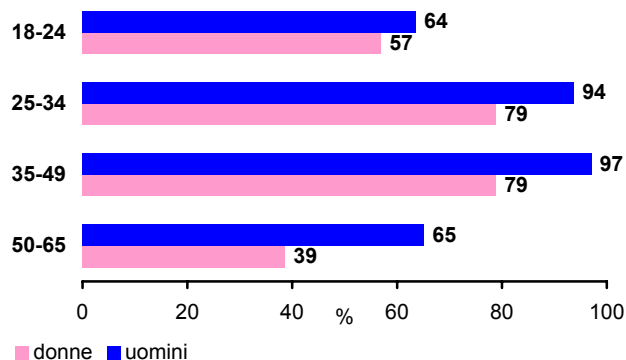
Distribuzione del campione per stato civile
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006



Il lavoro

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 73% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (64% *versus* 83%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze (57%). Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.

% di lavoro regolare per classi di età e sesso
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006



Conclusioni

Il campione dell' ASS 4 "Medio Friuli è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale.

Si confermano i dati, relativamente a ciascuna sezione di questo capitolo, già rilevati nella precedente indagine PASSI.

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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli il 72% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute. Questa percentuale risulta inferiore a quella rilevata nel 2005.
- In particolare percepiscono il proprio stato di salute buono o molto buono:
 - i 18-34enni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza patologie severe

Stato di salute percepito positivamente [^]		
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006		
Caratteristiche		%
Totale		71,6
		(IC95%: 64,8-77,6)
Classi di età[#]		
	18 - 34	86,8
	35 - 49	75,0
	50 - 69	58,2
Sesso		
	M	76,3
	F	67,3
Istruzione[♦]		
	bassa	64,7
	alta	78,4
Patologia severa[°]#		
	presente	42,9
	assente	77,5

[^]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 ($p < 0,05$)

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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" le persone intervistate riferiscono una media di 3 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e 4 giorni per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 2 giorni al mese.
- Le donne lamentano sempre più giorni in cattiva salute, come pure una maggiore limitazione delle abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006			
Caratteristiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,2	4,7	1,8
Classi di età			
18 - 34	2,6	3,9	1,6
35 - 49	2,2	3,6	1,5
50 - 69	# 4,5	6,4	2,2
Sesso			
M	2,0	2,9	1,4
F	4,2	# 6,4	2,2

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

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale 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. Questi dati sono inoltre in linea con quanto emerso nella precedente rilevazione.

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 relativa ai 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.

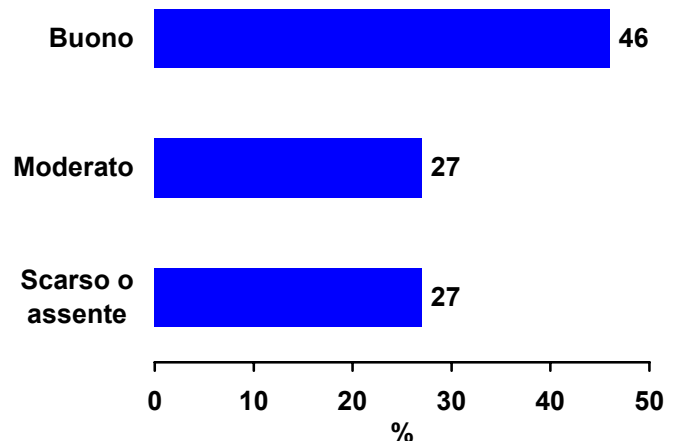
Per lo Studio PASSI, è stato utilizzato lo schema di classificazione internazionale (IPAQ) basato sulla frequenza, durata della attività fisica vigorosa e moderata e del camminare per suddividere la popolazione in tre gruppi: buono, moderato, e scarso o assente. Le persone che fanno almeno un'ora al 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 "scarso" 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?

Livello di attività fisica[^]
ASS 4 "Medio Friuli – PASSI 2006

- Il 46% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il 27% svolge una moderata attività fisica; il restante 27% non svolge del tutto attività fisica o comunque ne fa troppo poca.
- Va comunque segnalato che complessivamente 3 persone su 4 svolgono una qualche attività.



[^] **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**

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

- Dall'analisi dei dati non emergono differenze statisticamente significative per le variabili considerate (sesso, classe d'età, istruzione, salute percepita, condizioni particolari).
- Appaiono tuttavia come meno attive le persone di 35-49 anni, i più istruiti e coloro che percepiscono la propria salute come non buona.
- Tra tutti i gruppi di persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica gli ipercolesterolemici e i sovrappeso/obesi sono i meno attivi.

Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica

ASS 4 "Medio Friuli – PASSI 2006

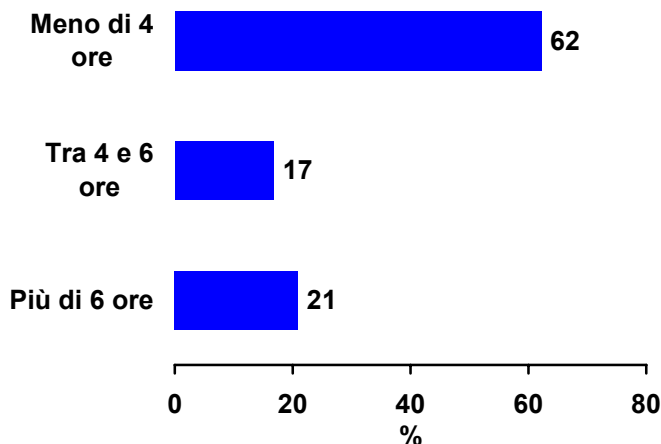
Caratteristiche	%
Totale	26,8 (IC95% 21,2-33,9)
Sesso	
M	22,7
F	30,6
Classi di età	
18 – 34	28,3
35 – 49	19,4
50 – 69	32,5
Istruzione*	
bassa	27,5
alta	26,5
Salute percepita	
buona	24,0
non buona	34,5
Condizioni particolari	
sovrappeso/obesità	30,5
ipertensione	27,3
ipercolesterolemia	34,3
depressione	26,0

Chi resta seduto molte ore?

- Il 21% della popolazione riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno e il 17% sta seduto per almeno 4 ore.
- Tra i 18-34enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore sale al 26%; mentre per le altre classi d'età questa percentuale è 20% per i 35-49enni e 18% per i 50-69enni.
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 34% sta seduto più di 6 ore rispetto al gruppo con un basso livello di istruzione (7%). Questa differenza risulta statisticamente significativa.
- Non ci sono differenze significative tra uomini e donne rispetto a questa caratteristica.

Ore trascorse rimanendo seduti

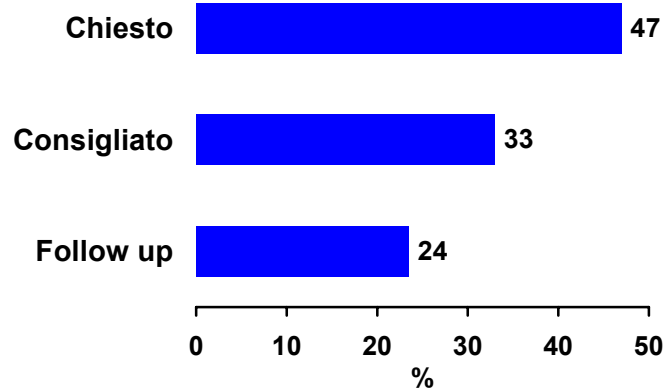
ASS 4 "Medio Friuli – PASSI 2006



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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 47% delle persone intervistate dichiara che il medico ha chiesto se svolgono attività fisica e nel 33% dei casi ha ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Soltanto il 24% (il 71% di quelli che avevano ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica) riferisce che il medico si è informato, in occasione di visite successive, sull'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata
- La percentuale di chi ha un livello moderato o scarso di attività fisica è più alta tra coloro a cui viene chiesto anche in successivi controlli se svolgono l'attività fisica loro consigliata (72% *versus* 50%) di coloro che non vengono più seguiti una volta ricevuto il primo consiglio.

**Promozione dell'attività fisica
da parte degli operatori sanitari**
ASS 4 "Medio Friuli – PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 46% della popolazione raggiunga un livello buono di attività fisica, mentre il 27% 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, sovrappeso, ipertesi, ipercolesterolemici). Un quinto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è più diffusa tra i 18-34enni 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.

Questa sezione dell'indagine è modificata nelle sue definizioni rispetto all'indagine 2005 pertanto non consente confronti con l'indagine precedente così come con altre fonti informative. Tuttavia pur tenendo conto del dato autoriferito il buon livello di attività fisica stimato è concordante con altre indagini.

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 cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

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

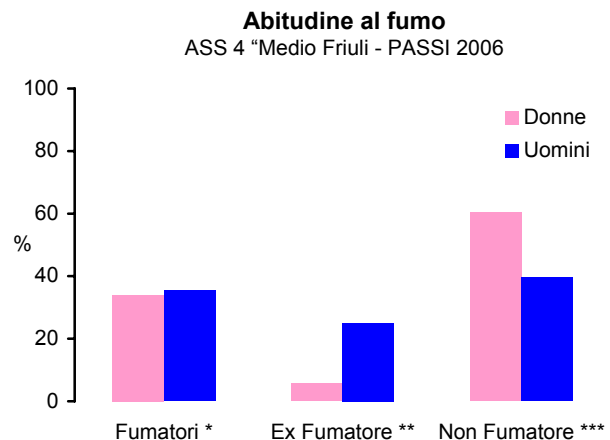
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli i fumatori sono pari al 35%, gli ex fumatori al 15%, e i non fumatori al 50%.
- L'abitudine al fumo è simile sia tra gli uomini che tra le donne; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (60% *versus* 40%).



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma (anche coloro che hanno smesso di fumare meno di 6 mesi fa)

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

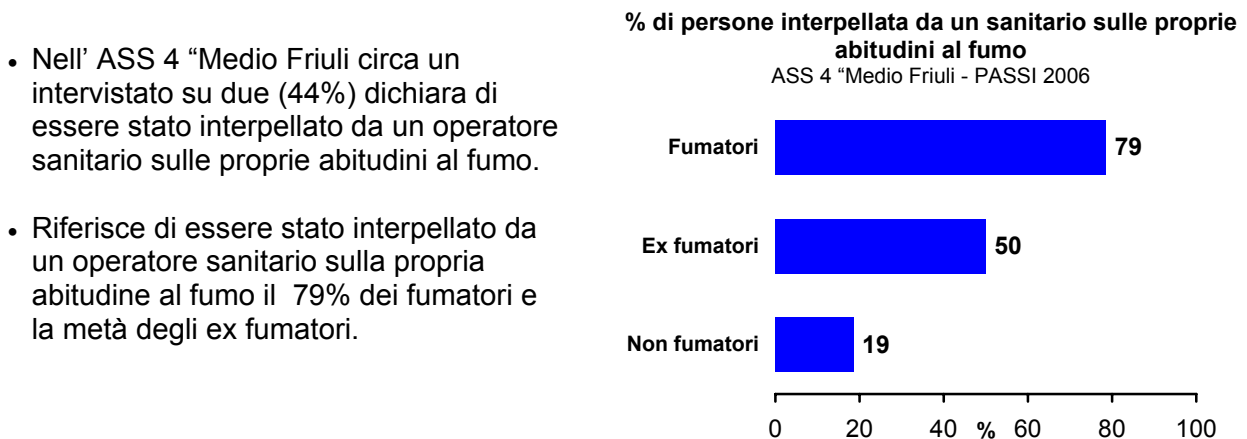
		Fumatori	
		ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006	
		Caratteristiche	% Fumatori[^]
Totale			34,7
			(IC95%:28,1-41,7)
Sono stati osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani (18-34 anni), tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.	Classi di età		
	18 - 24		44,4
	25 - 34		40,0
	35 - 49		31,0
	50 - 69		33,3
In media si fumano circa 11 sigarette al giorno.	Sesso #		
	M		35,4
	F		34,0
	Istruzione[♦]		
	bassa		37,0
	alta		32,4

[^] Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma (anche coloro che hanno smesso di fumare meno di 6 mesi fa)

[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

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

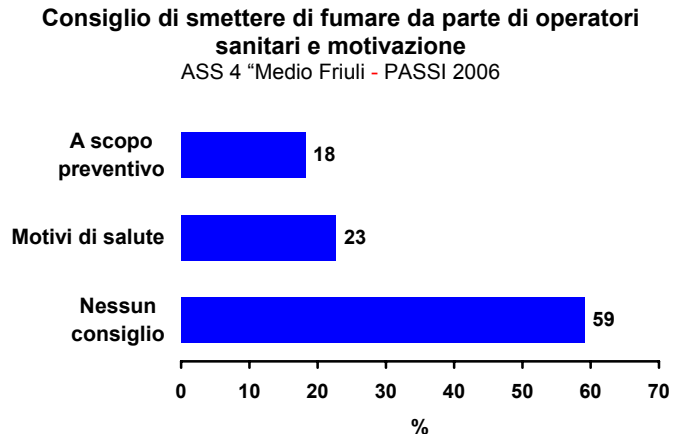
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?



- Nell' ASS 4 "Medio Friuli 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 79% dei fumatori e la metà degli ex fumatori.

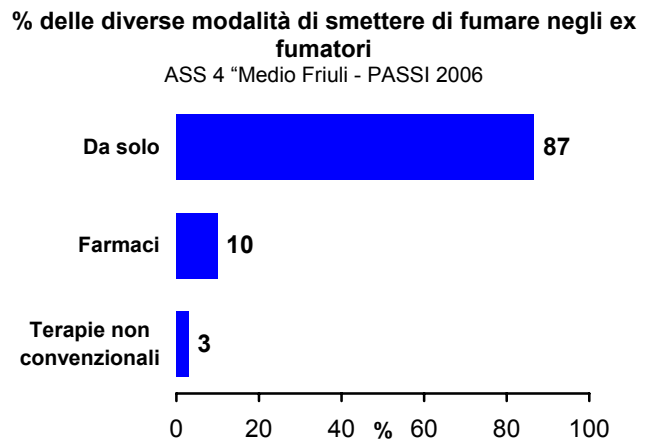
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Il 39% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (23%).
- Più della metà dei fumatori dichiara di non ricordare aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.



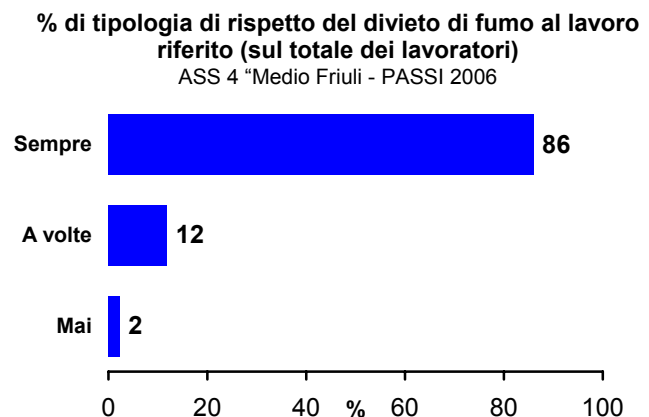
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- L'87% degli ex fumatori dell' ASS 4 "Medio Friuli" ha smesso di fumare da solo mentre il 10% ha utilizzato farmaci. Nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.



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

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nell' 86% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli 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 - 34enni, dove 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Il 39% 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 nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Nel complesso questi dati e le relative correlazioni sono paragonabili con quanto riscontrato nell'indagine 2005, confermando per questa sezione, oltre la bontà dello strumento utilizzato, le caratteristiche della popolazione della nostra Azienda.

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 nell'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.

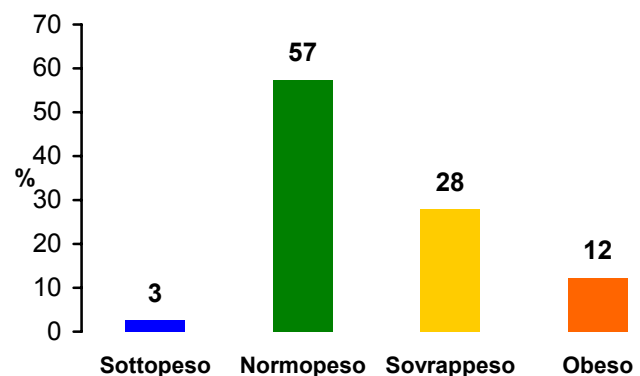
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, body mass index - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (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 oramai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associate all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Situazione nutrizionale della popolazione
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006



- Nell' ASS 4 "Medio Friuli il 57% delle persone intervistate risulta normopeso, il 40% è in sovrappeso o obeso.

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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" si stima che il 40% 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=82) ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006	
Caratteristiche	%
Totale	40,2 (IC 95%33,4-47,3)
Classi di età#	
18 – 34	35,8
35 – 49	26,4
50 – 69	55,7
Sesso #	
M	48,5
F	32,7
Istruzione[♦] #	
bassa	46,1
alta	34,3

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

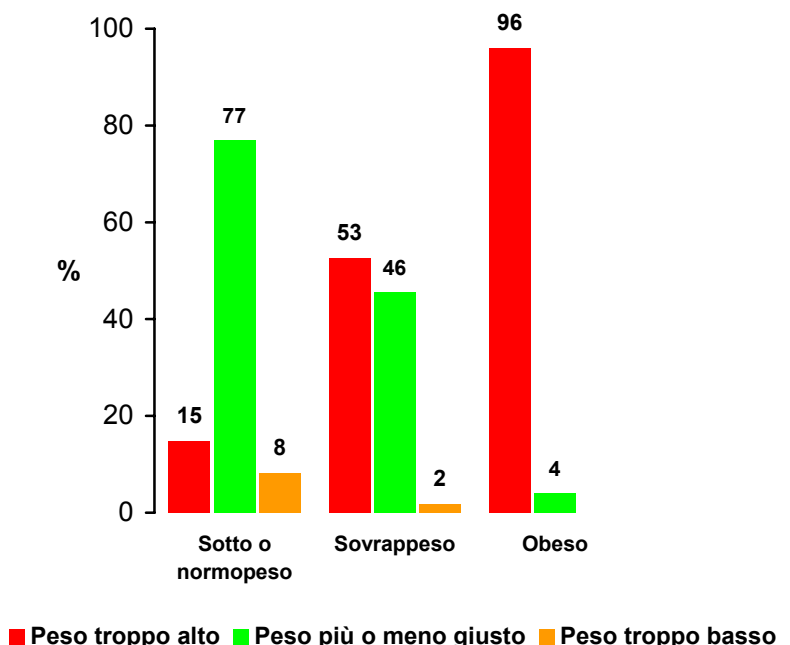
[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

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 (96%), mentre la metà delle persone in sovrappeso percepisce il proprio peso come troppo alto
- Inoltre il 77% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con il BMI.

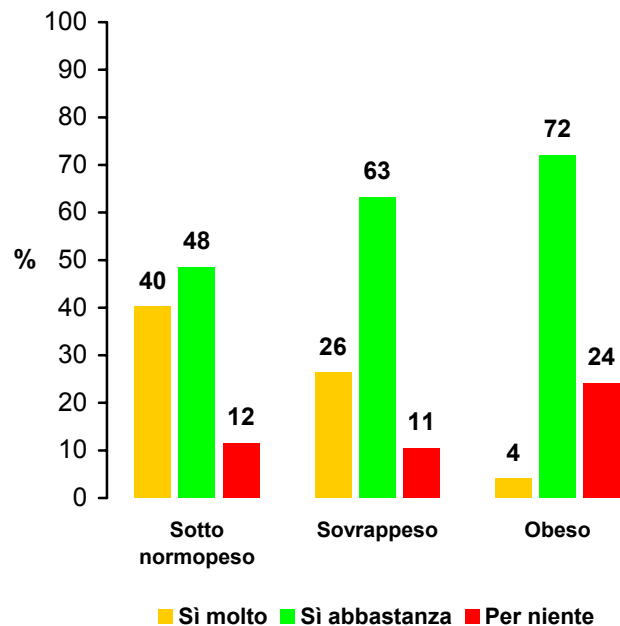
Percezione della propria situazione nutrizionale
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

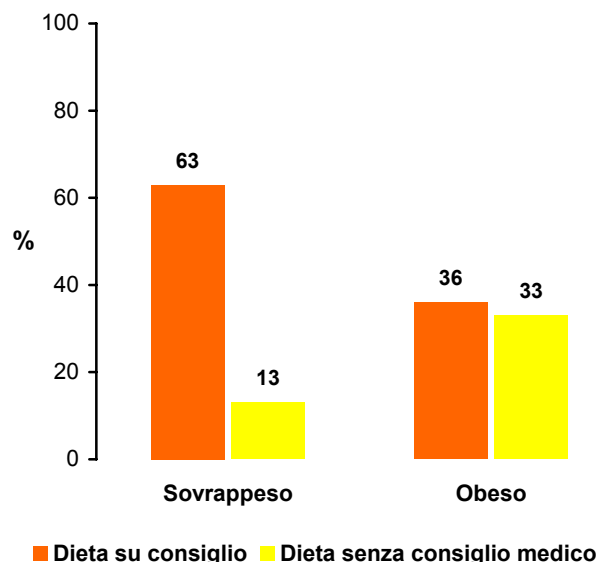
- Mediamente l'87% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione corretta (molto/abbastanza) per la propria salute e, più in dettaglio, l'88% nel gruppo dei normopeso, l'89% in quello dei sottopeso e il 76% in quello degli obesi.



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

Attuazione della dieta in rapporto al consiglio dell'operatore sanitario n=82
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

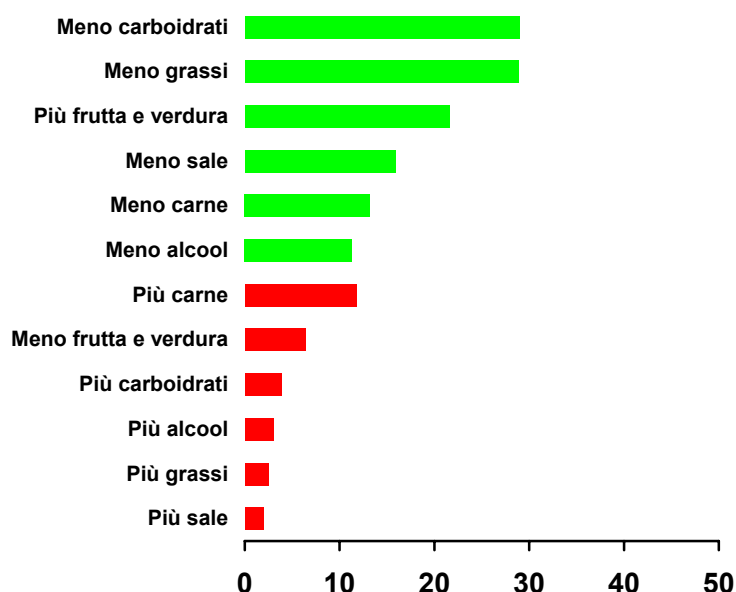
- Nell' ASS 4 "Medio Friuli il 47% delle persone in sovrappeso e l'88% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Segue una dieta per perdere peso il 37% delle persone sovrappeso e il 36% di quelle obese. Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare positivamente l'attuazione della dieta (63% vs 13% nei sovrappeso e 36% vs 33% negli obesi).



Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli le persone intervistate riferiscono che negli ultimi 12 mesi hanno modificato le proprie abitudini alimentari, i cambiamenti principali riferiti sono prevalentemente in positivo.



NB: Sono indicati in **verde** i cambiamenti positivi ed in **rosso** quelli negativi

Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

Nella tabella che segue 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 demografiche	Meno carboidrati	Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno sale
Totale	31,4 (IC 95%25,1-38,8)	28,9 (IC 95%22,8-35,7)	21,6 (IC 95%16,1-27,9)	15,8 (IC 95%11,2-21,7)
Classi di età				
18 – 24	38,9 #	33,3 #	22,2	11,1
25 – 34	28,6	28,6	22,9	14,3
35 – 49	25,0	18,1	18,1	11,6
50 – 69	36,7	38,0	24,1	21,5
Sesso				
M	19,6 #	25,8	16,5	10,6
F	42,1	31,8	26,2	20,6
Istruzione *				
bassa	27,2	30,4	20,6	17,2
alta	35,3	27,5	22,5	14,7

* 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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se il 43% mangia da 3 a 4 porzioni al giorno e il 38% 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 ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	14,4% (IC95%:9,8-20)
Classi di età	
18 - 34	11,3
35 - 49	14,3
50 - 69	16,5
Sesso #	
uomini	8,2
donne	20,0
Istruzione[♦]	
bassa	16,7
alta	12,0

* 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 ($p < 0,05$)

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" le persone in eccesso ponderale rappresentano il 40% della popolazione. I dati ottenuti rispecchiano quanto rilevato nella precedente indagine PASSI. Esiste una scarsa percezione del proprio sovrappeso così come sembrerebbe non esserci sufficiente consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella condizione di sovrappeso e di obesità.

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 dalle linee guida internazionali.

Anche se gran parte 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 al riguardo con interventi di promozione sanitaria 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 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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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 74%.
- Si sono osservati 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) ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006	
Caratteristiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica [^]
Totale	74,0 (IC95%:67,4-79,9)
Classi di età	
18 - 24	83,3
25 - 34	80,0
35 - 49	76,4
50 - 69	67,1
Sesso[#]	
M	86,6
F	62,6
Istruzione[♦]	
bassa	71,6
alta	76,5

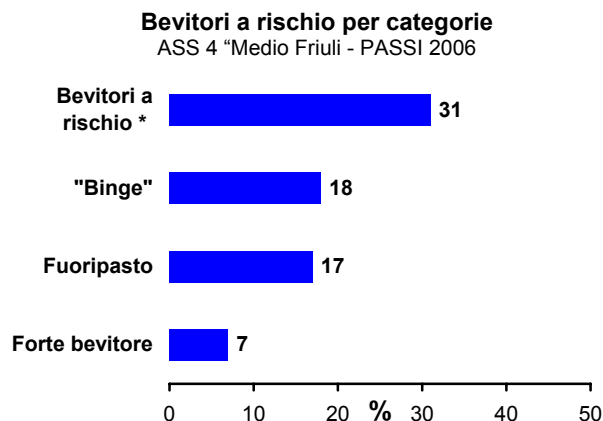
[^] una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 31% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Circa 2 persone su 10 riferiscono di aver bevuto fuori pasto negli ultimi 30 giorni almeno 1 volta la settimana.
- Il 18% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questa modalità 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" ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge" [^] (n=37)
Totale	18,1 (95% CI 13,1-24,1)
Classi di età	
18 - 24	33,3
25 - 34	26,5
35 - 49	15,3
50 - 69	13,8
Sesso[#]	
M	30,2
F	7,4
Istruzione[♦]	
bassa	9,8
alta	26,7

[^] 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

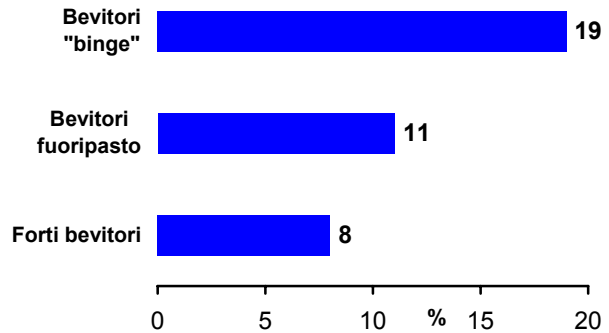
[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 20% 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 19% dei "binge", il 11% di chi beve fuori pasto e l'8% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (è stato escluso chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)
ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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 permette di misurare degli indicatori che possono essere utili 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 e il ferimento di altre 860. Nel 2005 si sono stati rilevati 225.078 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 5426 morti, mentre altre 313.727 hanno subito lesioni di diversa gravità. Ogni anno si verificano 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.

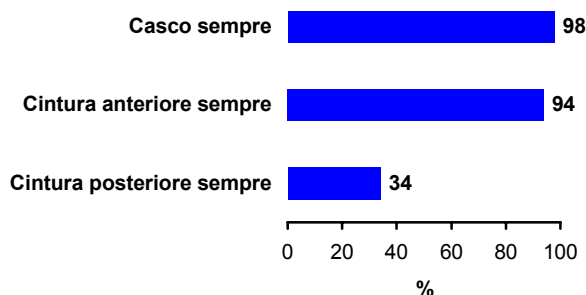
La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato a ridurre la guida in stato di ebbrezza e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 94%; l'uso della cintura posteriore è del 34%.

Uso dei dispositivi di sicurezza

ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 25% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra gli anziani e nelle donne.
- Il 20 % riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Guida in stato di ebbrezza[^]

ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

Caratteristiche	Guida in stato di ebbrezza (%)
Totale	25,0 (IC95%:18,3-32,7)
Classi d'età	
18 - 34	25,0
35 - 49	25,9
50 - 69	24,1
Sesso #	
M	36,5
F	10,4
Istruzione[♦]	
bassa	20,5
alta	29,1

[^] 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 ($p < 0,05$)

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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. La guida in stato di ebbrezza si conferma un problema piuttosto diffuso nell'ASS 4 "Medio Friuli": un quarto degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza, mentre un quinto riferisce di essere stato trasportato da un guidatore che aveva fatto abuso di alcol.

L'ASS - grazie alla disponibilità di competenze epidemiologiche, sanitarie, formative, medico-legali, ingegneristiche e all'autorevolezza sociale – deve 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?

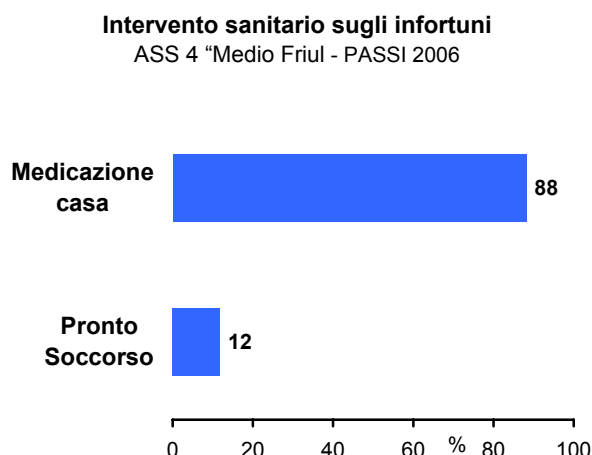
- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 25% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una percentuale di infortuni più elevata tra le donne rispetto gli uomini e tra le persone con un alto livello di istruzione.

Persone infortunate (ultimi 12 mesi) ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico
Totale	25,0 (IC95%:19,2-31,5)
Classi di età	
18 - 34	24,5
35 - 49	27,8
50 - 69	22,8
Sesso	
M	23,7
F	26,2
Istruzione*#	
bassa	13,7
alta	36,6

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

Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 59% ne dichiara uno solo (43% negli uomini, 71% nelle donne), il 22% due, il 20% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per l' 88% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 12% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero.



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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è per la metà degli intervistati bassa o assente; in particolare nei 18-34enni, in chi ha un livello di istruzione alta 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 (61%), seguita da scale (22%) e bagno (10%).

Bassa percezione di rischio infortunio domestico
ASS 4 "Medio Friuli- PASSI 2006

Caratteristiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
Totale	50,5 (IC95%: 43,4-57,6)
Classi di età#	
18 - 34	67,3
35 - 49	38,9
50 - 69	50,0
Sesso#	
M	57,9
F	43,9
Istruzione*	
bassa	49,5
alta	51,5
Infortunio#	
Si	29,4
No	57,7

* 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 ($p < 0,05$)

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

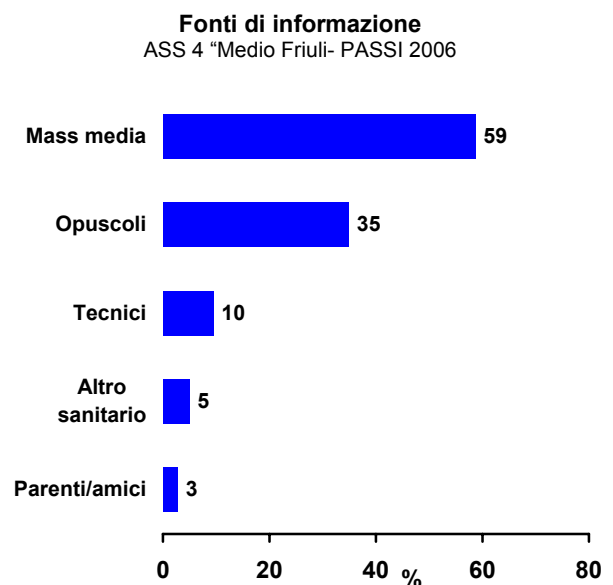
- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" solo il 31% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le donne e le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono in maggior percentuale di essere state informate.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 38% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi) ASS 4 "Medio Friuli- PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	30,9 (IC95%:24,6-37,7)
Classi d'età#	
18 - 34	9,4
35 - 49	26,4
50 - 69	49,4
Sesso	
M	29,9
F	31,8
Istruzione*	
bassa	37,3
alta	24,5
Infortunio#	
Si	33,3
No	29,8

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

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

- 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 nell' ASS 4 "Medio Friuli" le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su quattro abbia subito un infortunio domestico, generalmente però 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 in effetti previsto 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

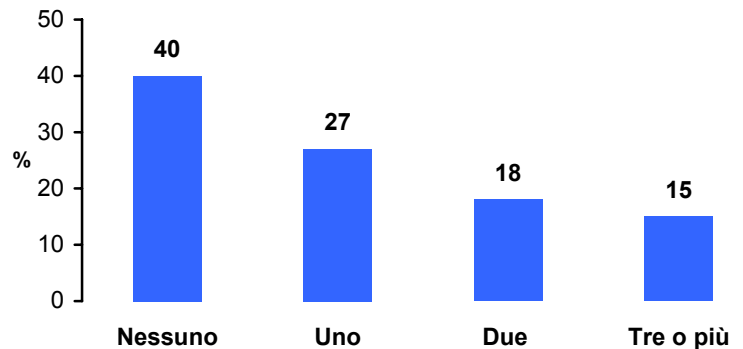
Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. I dati relativi all'occorrenza delle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), 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)?

Consumo di cibi crudi o poco cotti negli ultimi 30 gg:
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

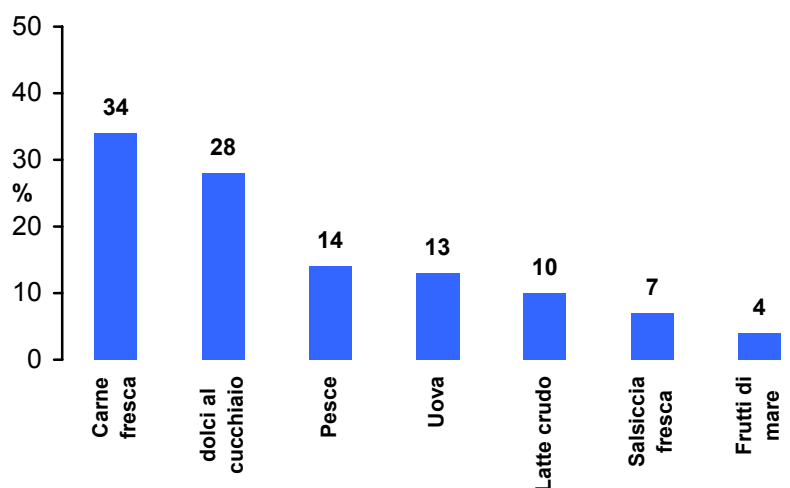
numero di tipi di cibi

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 60% degli intervistati ha consumato negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti ed in particolare il 15 % ha consumato tre o più tipi di cibi crudi.
- Complessivamente tra gli uomini questo comportamento alimentare è più frequente
- Non sono state evidenziate differenze nel consumo di cibi crudi o poco cotti per classi di età e livello di istruzione.



Tipo di alimenti

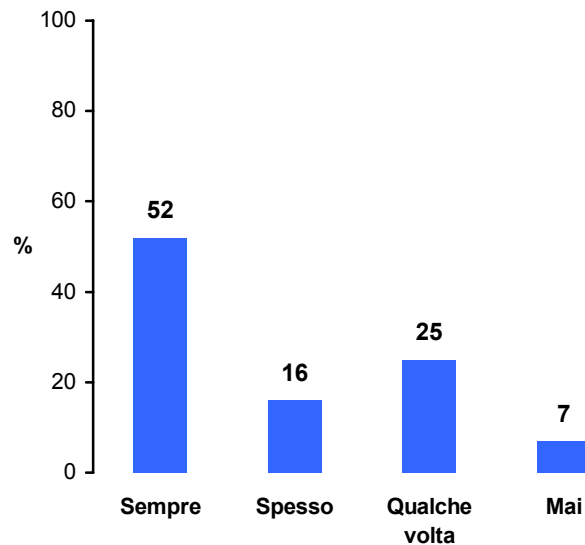
- Fra i cibi più frequentemente consumati crudi o poco cotti vengono riferiti prevalentemente carne, dolci al cucchiaio, pesce.
- Quanto allo scongelamento, il 65% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente)



Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

Frequenza di lettura delle etichette (n=194)
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 68% degli intervistati che acquistano cibi legge sempre o spesso le etichette. Le donne mostrano un'attenzione maggiore alle etichette (76%) rispetto agli uomini (58%). Non ci sono differenze nelle classi di età e nel grado di istruzione.
- Fra coloro che leggono le etichette sempre o spesso, l'87% legge la data di scadenza, mentre il 44% legge la data di produzione, il 39% legge le modalità di conservazione e il 41% 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?

Episodi di diarrea
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- Circa il 26% 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 non 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.

Caratteristiche	Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)
Totale	25,5% (IC95%:19,7-32,0)
Classi di età#	
18 - 34	37,7
35 - 49	22,2
50 - 69	20,3
Sesso#	
M	16,5
F	33,6
Istruzione*	
bassa	21,6
alta	29,4

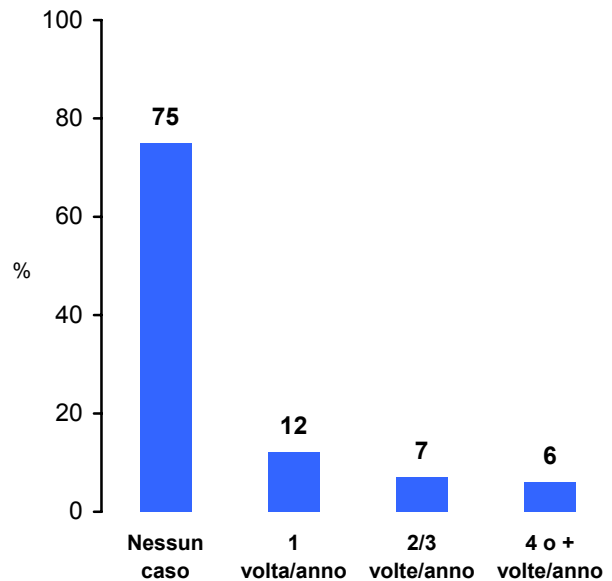
* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

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

Frequenza degli episodi di diarrea per persona in un anno
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" circa il 25% degli intervistati dichiara di avere avuto più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il 40% di quelli che hanno avuto almeno un episodio di diarrea si sono rivolti ad un operatore sanitario.
- Al 28% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" è diffuso il consumo di cibi crudi e poco cotti (3 persone su 5) potenzialmente a rischio per la salute. È scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati (35%) 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. Va incoraggiata la lettura completa delle etichette, in particolare anche gli ingredienti che purtroppo non sono stati previsti nelle possibili risposte.

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?

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)
ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006

Caratteristiche		Vaccinati
Totale		14,2 % (IC95%:9,7-19,8)
Classi di età		
	65 - 69	54,2
	<65 #	8,9
	<65 con almeno una patologia cronica	21,7
Sesso		
	M	14,4
	F	14,0
Istruzione*		
	bassa	14,7
	alta	13,7

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

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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 14% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 54% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni che riferiscono di avere almeno una patologia cronica solo il 22% risulta vaccinato.

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente l'impatto dell'influenza in termini di morbosità, letalità e morbilità è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute con apposita Circolare e le strategie adottate nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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 vaccinata.

I risultati ottenuti rispecchiano quelli della precedente indagine seppure con un lieve incremento nella fascia d'età 65-69 anni.

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?

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

ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006

Caratteristiche	%
Totale	82,3 (IC95%:76,3-87,3)
Classi di età[#]	
18 - 34	67,9
35 - 49	80,6
50 - 69	93,6
Sesso	
M	84,4
F	80,4
Istruzione[♦]	
bassa	86,1
alta	78,4

[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

- Nell'ASS 4 "Medio Friuli" l'82% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'11% più di 2 anni fa, mentre il 7% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate è significativamente maggiore tra i 50-69enni.
- Non si evidenziano differenze per sesso e livello di istruzione

Quante persone sono ipertese?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 23% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale più di un terzo è iperteso (39%). Emergono differenze statisticamente significative per sesso e livello di istruzione.

Caratteristiche delle persone con ipertensione
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

Caratteristiche	%
Totale	23,3 (IC 95% 17,5-30,0)
Classi di età[#]	
18 - 34	11,6
35 - 49	11,3
50 - 69	39,7
Sesso	
M	21,5
F	25,0
Istruzione^{♦#}	
bassa	28,1
alta	18,3

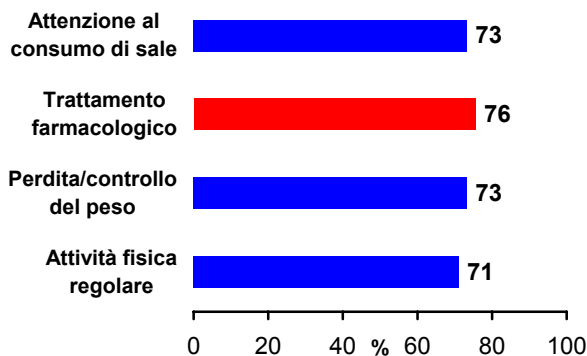
♦ istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 76% 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 (73%) e svolgendo regolare attività fisica (71%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa[^]
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006



[^] ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" secondo i dati PASSI si stima che sia iperteso un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni prevalentemente ultracinquantenni.

Più dei 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 testimoniando il buon approccio dei MMG al problema.

I risultati confermano quanto risultato nella precedente indagine PASSI.

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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 78% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, in particolare il 68% meno di 2 anni fa e il 10% più di 2 anni fa. Invece il 22% riferisce di non averla mai misurata.
- Tra i 50-69enni le percentuali risultano significativamente più alte
- Non si osservano differenze significative tra sesso mentre appare significativamente maggiore il controllo per livello di istruzione basso.

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006	
Caratteristiche	%
Totale	78,3 (IC95%:72,0-83,8)
Classi di età#	
18 - 34	52,8
35 - 49	79,2
50 - 69	94,9
Sesso	
M	74,0
F	82,2
Istruzione*#	
bassa	85,1
alta	71,6

* 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 hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra gli intervistati 1 su 5 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 ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006	
Caratteristiche	%
Totale	22,0 (IC 95%15,8-29,3)
Classi di età	
18 - 34	7,1
35 - 49	19,3
50 - 69	29,7
Sesso	
M	22,5
F	21,6
Istruzione*	
bassa	23,3
alta	20,5

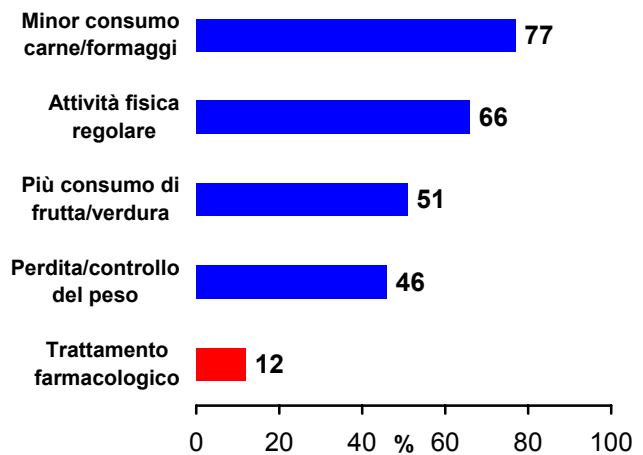
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*

ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- 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.



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 1 persona su 5 riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo. Tra gli intervistati il 17% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale tra le persone di 50-69 anni. Questi dati confermano quanto già rilevato dalla precedente indagine PASSI.

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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 14%.
- Non sono rilevabili differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.

calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare tra i 40-69enni[^] (n=131)

ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

Caratteristiche	%
Totale	14,1 (IC 95% 8,6-21,3)
Classi di età	
40 - 49	8,2
50 - 59	17,8
60 - 69	17,6
Sesso	
M	10,9
F	17,2
Istruzione[♦]	
bassa	17,9
alta	8,0

[^]coloro che hanno risposto non so o no ricordo sono inclusi nel denominatore

[♦]istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

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

Ciononostante il confronto con i dati ottenuti dal precedente studio PASSI mostra un aumento dell'utilizzo del calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare.

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.

Diagnosi precoce del tumore 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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" l'84% 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. Si osservano differenze significative per classi di età, stato civile e livello d'istruzione.

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni) (n=89) ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni [^]
Totale	84,3 (IC95%:75,0-91,1)
Classi di età[#]	
25 - 34	100,0
35 - 49	89,5
50 - 64	68,8
Stato civile[#]	
coniugata	89,7
non coniugata	70,0
Istruzione^{♦#}	
bassa	76,1
alta	95,2

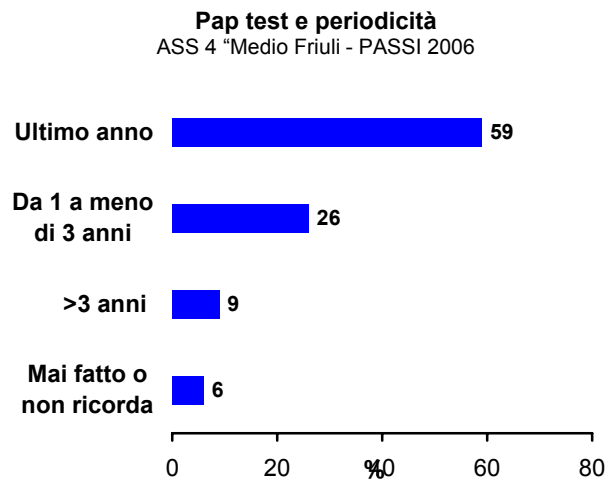
[^] chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi

[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

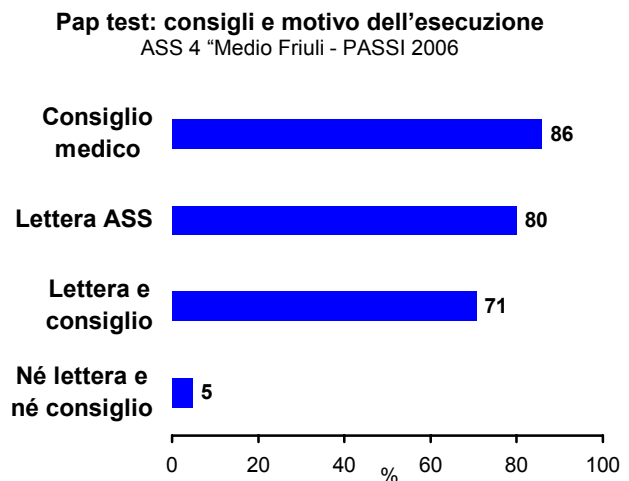
Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- Oltre 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 6% non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.



Viene consigliato il Pap test alle donne?

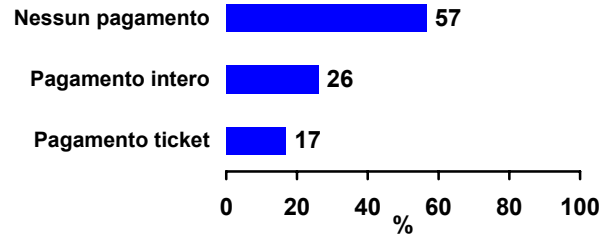
- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" l'80% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASS e l'86% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test.
- Inoltre, il 71% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 5% nessuno dei due.
- 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 propria iniziativa nel 47%, per la lettera personale ricevuta dall'ASS (37%), su consiglio medico nel 16%.



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

Costi del Pap test per le pazienti
ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 57% delle donne ha riferito di aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 17% ha pagato solamente il ticket e il 26% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Il 73% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 27% in una struttura privata.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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 59% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

All'interno dell'ASS, 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.

Diagnosi precoce del tumore 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 almeno una mammografia in accordo alle linee guida?

- 3 donne su 4 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).

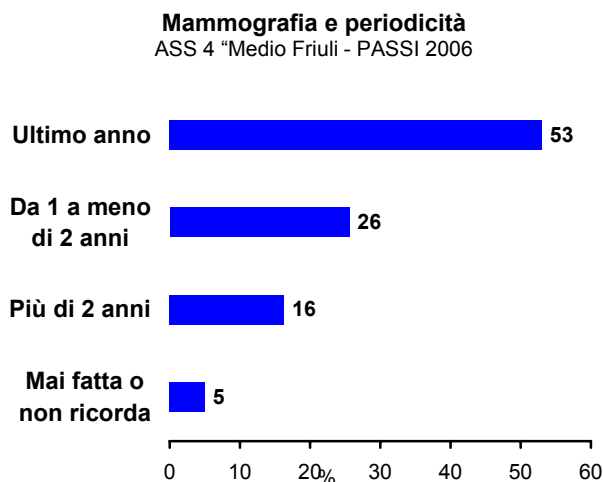
Screening cancro della mammella (≥50 anni) (n=44) ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni [^]
Totale	77,3 (IC95%:62,2- 88,5)
Classi di età	
50 - 59	70,8
60 - 69	85,0
Stato civile	
coniugata	72,4
non coniugata	92,9
Istruzione[♦]	
bassa	77,1
alta	87,5

[^] chi ha eseguito la mammografia in assenza di segni e sintomi

[♦] istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

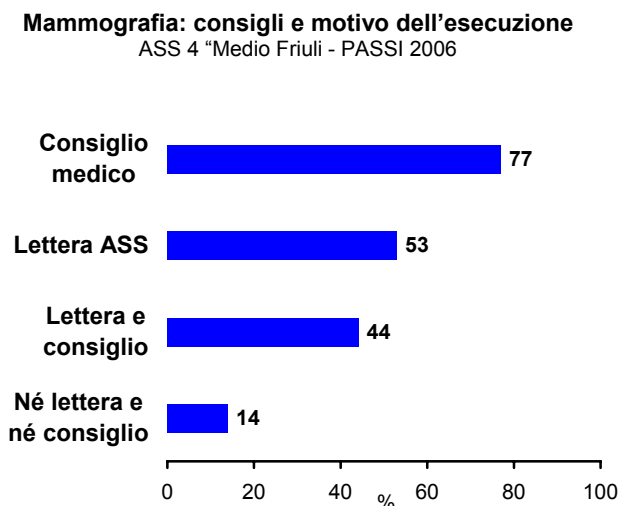
Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" la metà delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 26% fra 1 e 2 anni ed il 16 più di 2 anni fa.
- Il 5% non ha mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

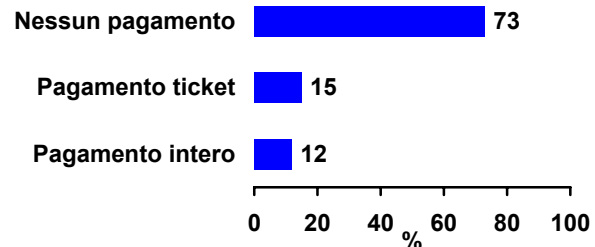
- Il 53% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASS, il 77% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultima mammografia è stata eseguita nel 32% su consiglio medico, nel 45% di propria iniziativa e nel 21% in seguito ad una lettera di invito.



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

Costi della mammografia per le pazienti ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 73% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica, il 20% in una struttura privata.
- Il 73% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 15% ha pagato solamente il ticket e il 12% ha pagato l'intero costo dell'esame.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell' ASS 4 "Medio Friuli" 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.

Diagnosi precoce del tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 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?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 43% delle persone intervistate riferisce di aver eseguito almeno un test a scopo preventivo (sangue occulto e/o sigmoidoscopia): ricerca di sangue occulto (20%), sigmoidoscopia (5%), entrambi i test 18%.
- Non si osservano differenze significative per classi di età, sesso e livello di istruzione.
- Il 21% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007.

Screening cancro colon retto (≥50 anni) (n=80)
ASS 4 "Medio Friuli" - PASSI 2006

Caratteristiche	% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi
Totale	43,0 (IC95%:31,9-54,7)
Classe di età	
50 - 59	35,6
60 - 69	52,9
Sesso	
M	50,0
F	37,2
Istruzione*	
bassa	35,1
alta	63,6

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che meno della metà delle persone con più i 50 anni nell' ASS 4 "Medio Friuli" abbia effettuato questo esame a scopo preventivo.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in diverse regioni italiane sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione. Nella regione Friuli Venezia Giulia e nell' ASS 4 "Medio Friuli" non è ancora stato attivato un programma di screening sul territorio ma è di prossimo avvio.

Sintomi di depressione

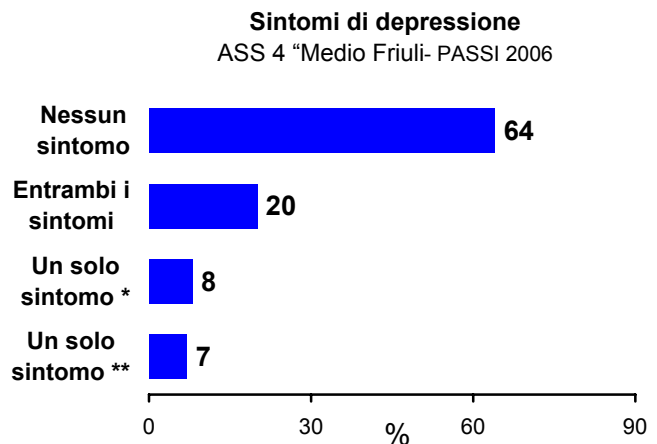
L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

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 7,3% dei cittadini (con età superiore ai 18 anni) ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi ed, in particolare, il 5,1% ha sofferto di un disturbo d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi depressivi a 12 mesi è stimata nel 3,5%.

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" il 21% 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 36% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nell'arco dei 12 mesi precedenti l'intervista.



* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

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

- Nell' ASS 4 "Medio Friuli" entrambi i sintomi di depressione vengono riferiti in percentuale significativamente maggiore dalle donne
- Si osservano percentuali lievemente maggiori tra i giovani, i soggetti con alto livello di istruzione 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 33% molto o moltissimo difficile.

Sintomi di depressione ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006 n =42		
Caratteristiche demografiche	% di chi ha riferito entrambi i sintomi	
Totale	20,5% (IC95%: 15,2-26,7)	
Età		
	18 - 34	24,5
	35 - 49	22,2
	50 - 69	16,3
Sesso#		
	M	13,4
	F	26,9
Istruzione*		
	bassa	17,6
	alta	23,5
Occupazione		
	presente	14,9
	saltuaria	30,8
	assente	34,1

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

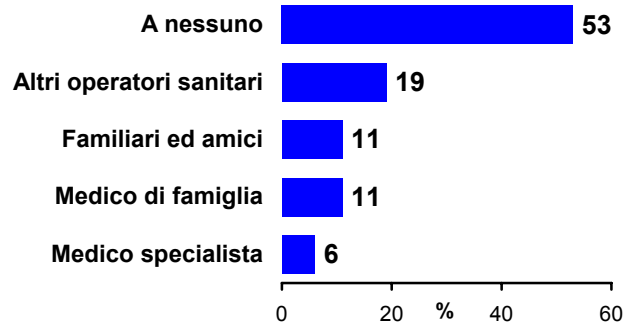
le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione

ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006 n = 70 ^

- 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 risulta del 17%.
- 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 13% 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 20%.

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico ASS 4 "Medio Friuli - PASSI 2006 n = 70	
Caratteristiche	% tra chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi
Totale	13,2
Entrambi i sintomi	19,5
Un solo sintomo *	==
Un solo sintomo **	7,1

* 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

L'analisi di questa sezione evidenzia che i sintomi di depressione riguardano 1 persona su 5, prevalentemente donne.

I risultati del PASSI 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.

Bibliografia

- 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. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
- 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 Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Infortuni 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 Dabse Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Dabse 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 Dabse Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Dabse 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, Rehmet 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, Altekruse 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

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)

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 Initiative*". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)