

Sistema di sorveglianza Passi

Guadagnare salute 2010

Friuli Venezia Giulia



Redazione e impaginazione a cura di:

Tolinda Gallo (*Dipartimento di Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli"*)

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Tolinda Gallo - *Dipartimento di Prevenzione, ASS 4 "Medio Friuli"*

Via Chiusaforte 2, 33100 Udine

e-mail: linda.gallo@mediofriuli.it

Indice

	pag.
PASSI per Guadagnare Salute	5
Profilo socio-demografico	7
Descrizione del campione	9
Guadagnare Salute	13
Attività Fisica	18
Situazione nutrizionale	21
Consumo di frutta e verdure	26
Consumo di alcol	28
Abitudine al Fumo	34
Fumo passivo	38
Appendice	41
Metodi	43

Passi per Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione

L'idea che sta alla base del programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome è Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative di grande rilevanza epidemiologica.

L'obiettivo primario è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come veri e propri fenomeni sociali. È per questo che la strategia di Guadagnare Salute, partendo dai fattori di rischio, identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol
- promozione dell'attività fisica.

Sorveglianze

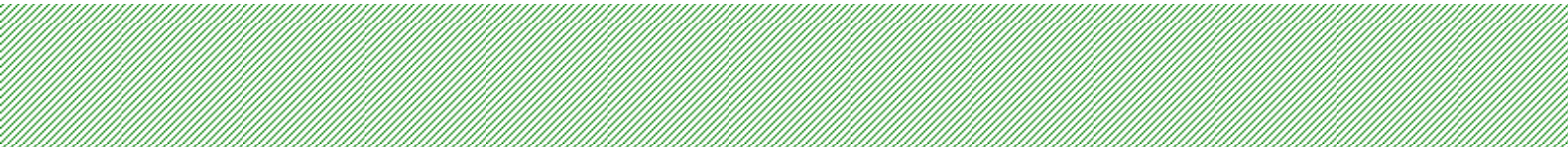
Nell'ottica dell'intersectorialità del programma nazionale Guadagnare Salute, per integrare diverse professionalità e servizi, sono necessarie azioni sinergiche e coordinate, interventi istituzionali di sostegno alle azioni e una vera e propria Rete per la promozione della salute.

Tra i soggetti portatori di interesse, i sistemi di sorveglianza rappresentano una realtà con cui interloquire in modo privilegiato. Le sorveglianze sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e dunque le priorità sulle quali è necessario intervenire e su cui modulare i messaggi da veicolare.

Tra le sorveglianze di popolazione PASSI (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia) indaga aspetti relativi a:

- principali fattori di rischio per le malattie croniche inseriti nel programma *Guadagnare salute*: sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo
- rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio
- programmi di prevenzione oncologica per il tumore cervicale, mammario e coloretale
- vaccinazioni contro influenza e rosolia
- sicurezza stradale e sicurezza in ambito domestico
- percezione dello stato di salute e presenza di sintomi depressivi.

Ogni mese un campione regionale di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato per sesso ed età dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale del Dipartimento di Prevenzione, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima tramite internet e registrati in un archivio unico nazionale. In Friuli Venezia Giulia nel 2010 sono state effettuate 1847 interviste.





profilo sociodemografico

il campione 2010

Descrizione del campione

La popolazione in studio è costituita da circa 800.000 residenti di 18-69 anni iscritti nel 2010 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 6 Aziende Sanitarie (ASS) del Friuli Venezia Giulia.

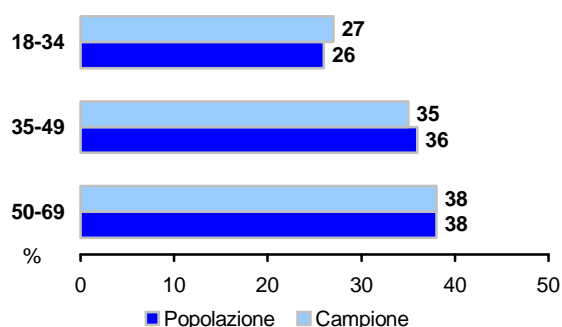
Da gennaio 2010 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 1.847 persone di 18 -69 anni selezionate con *campionamento proporzionale stratificato* per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie delle ASS regionali.

Rappresentatività del campione per età e sesso

La distribuzione per sesso e classe di età del campione (dati non pesati), confrontata con la popolazione residente, appare molto simile.

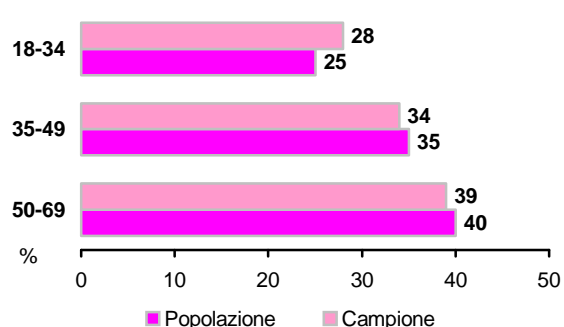
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI (%)

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=926)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE (%)

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=921)



PROFILO SOCIALE

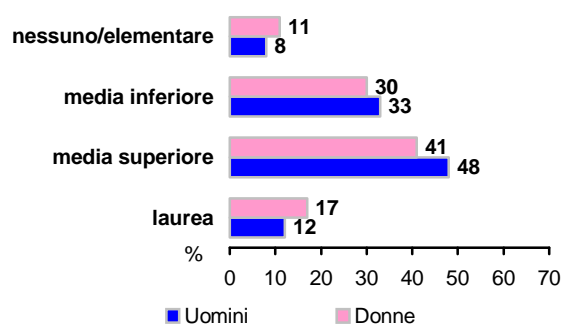
Titolo di studio

Il 9% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore e il 14% è laureato.

- L'istruzione è legata al sesso, come è possibile vedere nella figura sulla destra: tra le donne, rispetto agli uomini, sono più frequenti i livelli di scolarità bassi e quelli alti.

Campione per titolo di studio

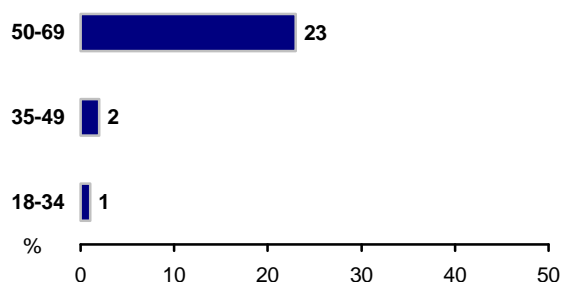
Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1846)



- Il livello di istruzione dipende fortemente anche dall'età: al crescere dell'età, la frequenza di bassi livelli di istruzione aumenta significativamente.

Prevalenza di scolarità bassa (nessuno/licenza elementare), per classi d'età

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=178)

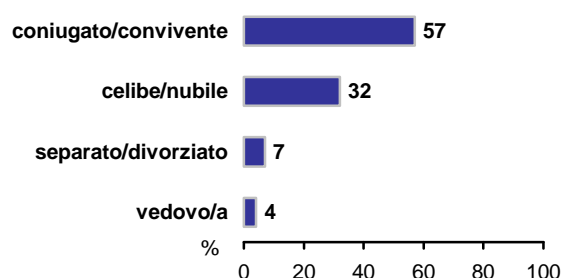


Stato civile

- Coniugati o conviventi rappresentano il 57% del campione, i celibi o le nubili il 32%, i separati o divorziati il 7% e i vedovi il 4%.

Campione per categorie stato civile

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1846)

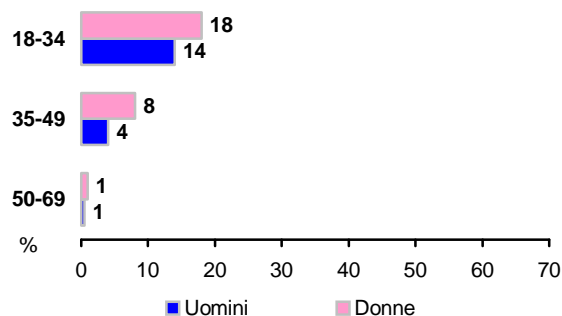


Cittadinanza

- Il protocollo del sistema di sorveglianza Passi prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano, pertanto Passi fornisce informazioni sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese, che hanno una sufficiente competenza relativamente alla lingua italiana parlata.
- Circa il 7% degli intervistati è costituito da stranieri, che sono maggiormente rappresentati nelle classi di età più giovani e tra le donne

Percentuale di stranieri per sesso e classe d'età

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=123)

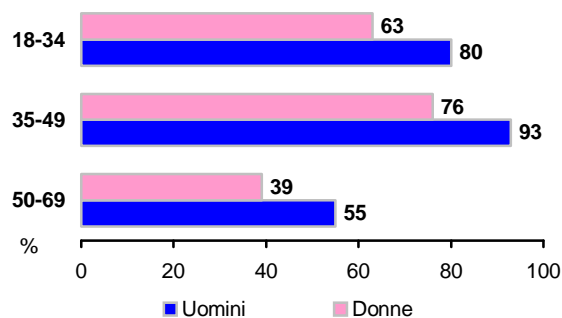


Lavoro

- Il 69% del campione di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- In tutte le fasce di età, la frequenza di donne con una occupazione regolare è minore rispetto a quella degli uomini (complessivamente il 60% contro il 77%).
- Il lavoro regolare è più frequente nell'età di mezzo: tra 35 e 49 anni.

Percentuale di lavoratori regolari per sesso e classe d'età

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1678)

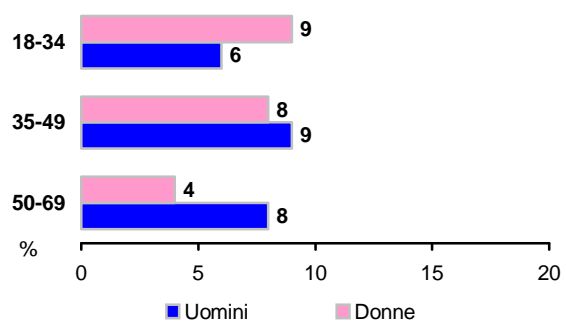


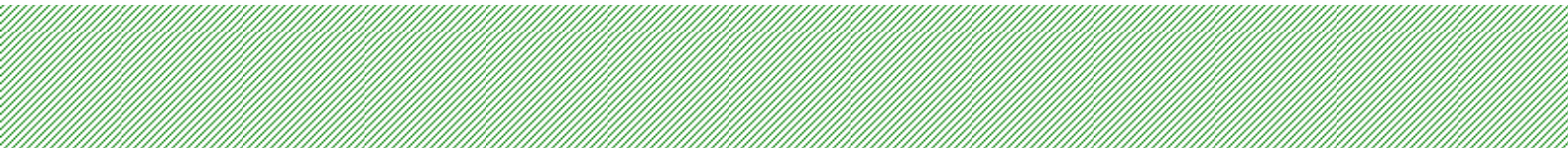
Difficoltà economiche

- Il 59% del campione ha riferito di non avere nessuna difficoltà economica, il 33% qualche difficoltà e il 7% molte difficoltà economiche.

Percentuale di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classe d'età

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1678)





guadagnare salute

attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di frutta e verdura
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata).

Inoltre, il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. Il livello di attività fisica raccomandato nella popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni. È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

Attività fisica – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> ¹	36,7 (34,4-39,1)
<i>parzialmente attivo</i> ²	42,2 (39,7-44,6)
<i>Sedentario</i> ³	21,0 (19,0-23,0)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)
² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

Sedentari e attivi

Il 37% delle persone intervistate nel 2010 riferisce di effettuare un lavoro pesante o di praticare attività fisica a un livello che può essere definito attivo. Il 42% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (è dunque parzialmente attivo), mentre il 21% risulta completamente sedentario.

Nel quadriennio 2007-2010 si osserva come dal 2008 la prevalenza di sedentari si conferma stabile :

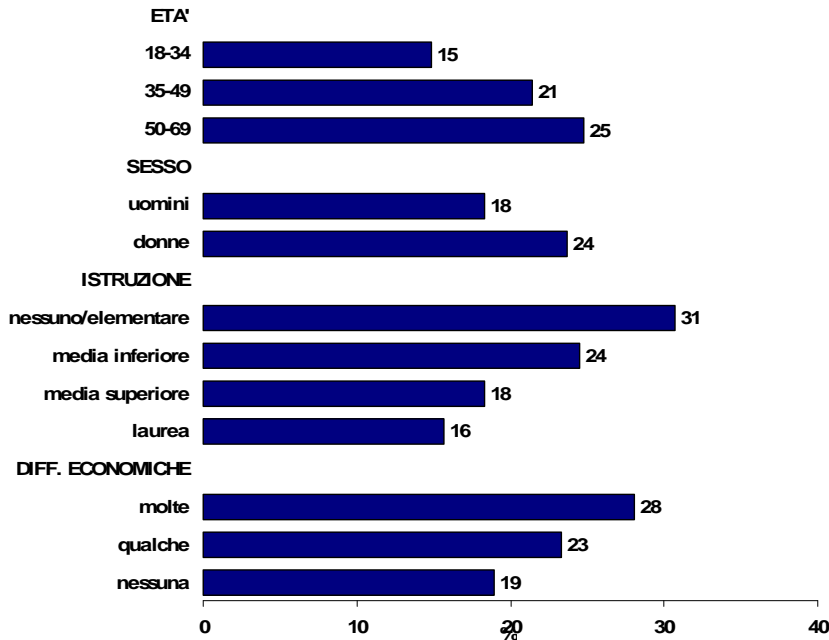
- nel 2007 era del 17,8% (IC 95%: 15,0-20,6%);
- nel 2008 era del 21,3% (IC 95%: 19,3-23,3%);
- nel 2009 era del 21,3% (IC 95%: 19,3-23,3%);
- nel 2010 era del 21% (IC 95%: 19,0-23,0%).

Chi fa poco o nessuna attività fisica

Sedentari (%)

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1678)

TOTALE: 21% (IC 95%: 19,0-23,0%)



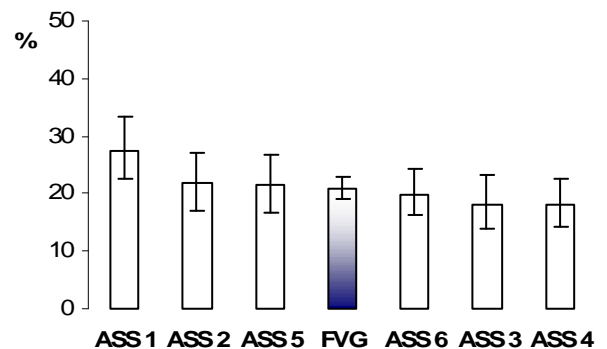
La sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età ed è più frequente nelle donne, nelle persone che hanno il minor grado di istruzione e molte difficoltà economiche.

Analizzando tutte queste caratteristiche insieme con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni descritte sopra, tra sedentarietà ed età, sesso, istruzione, difficoltà economiche.

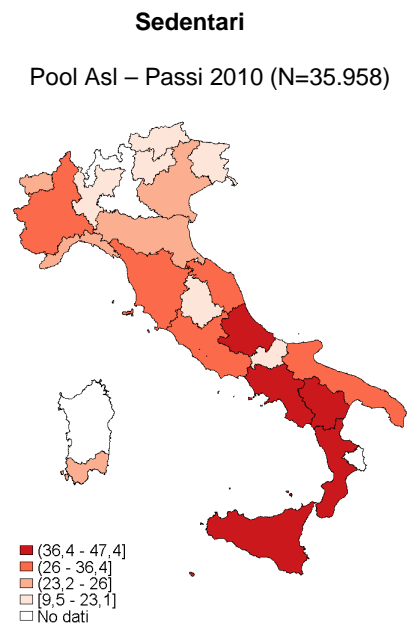
- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Aziende Sanitarie regionali.
- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 18% ASS 4 "Medio Friuli" - 28%ASS 1 "Triestina").

Sedentari, per ASS (%)

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



- La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Regioni e Asl che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Sud-Nord. Il valore più basso si registra nella P.A. di Bolzano (9%), quello più alto in Basilicata (47%).

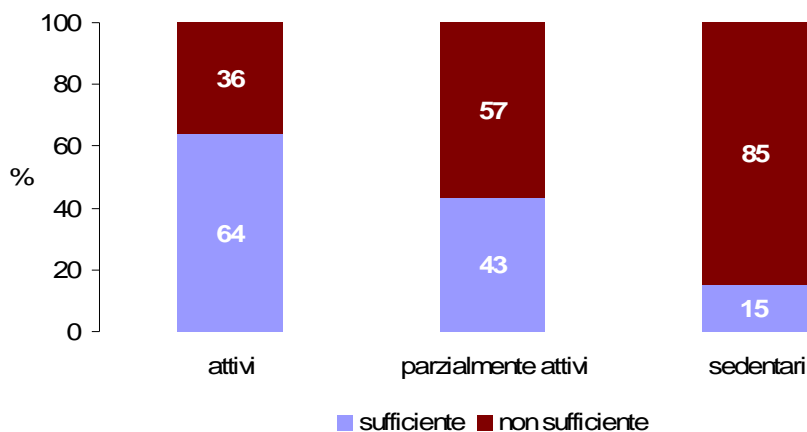


Autopercezione del livello di attività fisica

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quello dell'attività effettivamente svolta. Nel 2010, ancora un sedentario su sette percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Si osserva un calo significativo dell'indicatore dal 2007 al 2010.

- nel 2007 era del 18,1% (IC 95%: 14,5-23,9%);
- nel 2008 era del 19,9% (IC 95%: 15,2-24,5%);
- nel 2009 era del 18,7% (IC 95%: 14,5-22,8%);
- nel 2010 era del 14,8% (IC 95%: 11,1-18,5%).

Autopercezione del livello di attività fisica



La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

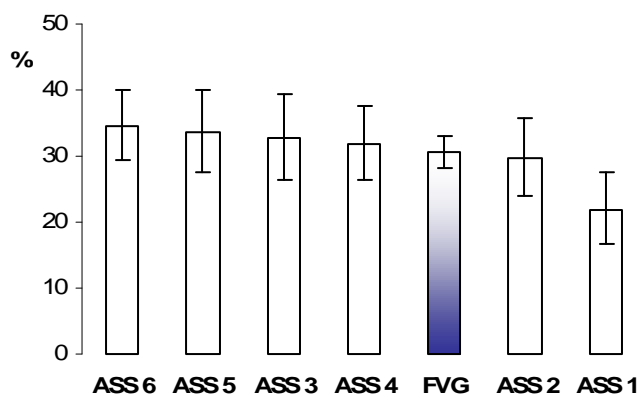
Tra gli intervistati nel 2010, il 33% dichiara che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e al 31% è stato dato il consiglio di fare regolare attività fisica.

Attenzione da parte di un operatore sanitario – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica*	33,1 (30,5-35,6)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica*	30,6 (28,2-33,1)
*vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi	

Nel quadriennio 2007-2010, si osserva una diminuzione significativa della percentuale delle persone che hanno ricevuto l'attenzione dell'operatore sanitario, passando dal 38% nel 2007 al 32% nel 2008 fino al 35% del 2009 e 33% nel 2010. Rimane invece stabile il valore del consiglio da parte degli operatori sanitari di praticare regolare attività fisica (30% nel 2007, 27% nel 2008, 29% nel 2009, 31% nel 2010).

- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Aziende Sanitarie regionali .
- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 22% ASS 1 "Triestina" - 35%.ASS 6 "Friuli Occidentale")

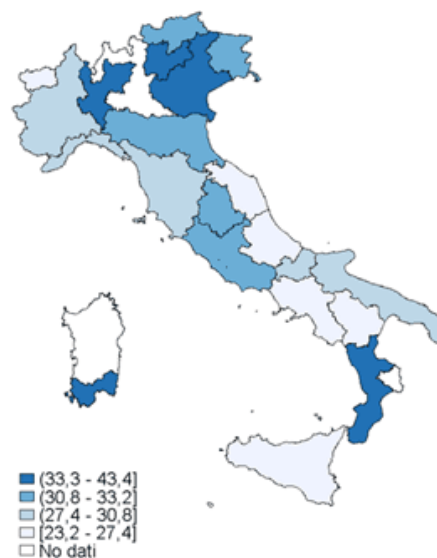
Consiglio di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari, per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



- La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che riferiscono che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto interregionale. La Basilicata registra il valore più basso (23%), la Sardegna quello più elevato (43%).

Interrogato dal medico sull'attività fisica

Pool Asl – Passi 2010



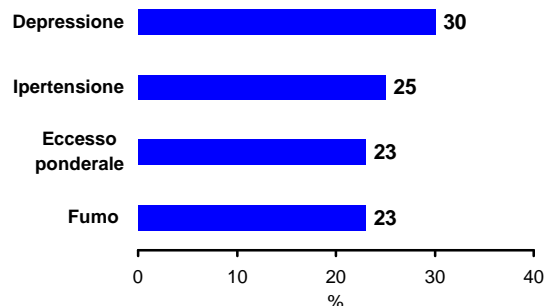
Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 30% delle persone depresse
- il 25% degli ipertesi
- il 23% delle persone in eccesso ponderale.
- Il 23% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Conclusioni

La maggior parte degli intervistati svolge almeno qualche tipo di attività fisica. Tenendo conto delle indicazioni delle linee guida, il 37% può essere definito fisicamente attivo e il 42% parzialmente attivo. Tuttavia, circa un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni risulta completamente sedentario, perché non svolge nessun tipo di attività fisica, né al lavoro né nel tempo libero. La sedentarietà risulta più diffusa tra i 50-69enni, nelle donne, nelle persone con livello di istruzione più basso e in quelle che riferiscono molte difficoltà economiche. Dal 2008, relativamente al numero di sedentari nella nostra Regione si osserva una stabilità.

Solo tre intervistati su dieci riferiscono che medici e operatori sanitari si siano informati e abbiano consigliato loro di svolgere regolare attività fisica. Nonostante sia noto che tale pratica sia efficace nell'indurre una riduzione della sedentarietà, dal 2007 al 2010 si registra una diminuzione dell'attenzione degli operatori sanitari.

Dal 2007, diminuiscono le persone con stile di vita sedentario che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente: si tratta di un segnale positivo, forse primo frutto dell'attività di sensibilizzazione

promossa a vari livelli, che lascia sperare in un successivo cambiamento nello stile di vita e quindi in un arresto del trend in crescita della sedentarietà.

Sembra inoltre promettente puntare sulla larga fetta di popolazione parzialmente attiva per la quale non dovrebbe essere troppo difficile incrementare il proprio livello di attività fisica per poter godere di tutti i vantaggi di salute che uno stile di vita più dinamico comporta. Con possibili numerosi effetti “collaterali” sul benessere psicologico, ambientale e sociale: tutti positivi, a differenza di quelli dei farmaci.

In Friuli Venezia Giulia, l'attività fisica, è uno dei punti cardine del Piano regionale della prevenzione per il triennio 2010-2012, È rilevante inoltre che la sorveglianza sia in grado di misurare i progressi nella pratica dell'attività fisica anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate in questo ambito.

Per questo, assume rilevanza l'obiettivo del programma Guadagnare Salute di rendere facile al cittadino la scelta del movimento, a partire dall'attenzione alla realizzazione di un ambiente che non lo ostacoli ma che, anzi, lo favorisca.

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità. In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Sovrappeso e obesità

PASSI misura la prevalenza di obesità mediante l'Indice di massa corporea (IMC, traduzione di Body Mass Index, BMI) calcolato in base a dati riferiti di altezza e peso.. Generalmente i dati riferiti, quando confrontati con quelli misurati, producono una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità. Nella maggior parte degli studi questa sottostima è maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni.

Situazione nutrizionale – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Popolazione in eccesso ponderale <i>Sovrappeso*</i>	32,6 (30,4-34,9)
<i>Obeso**</i>	10,3 (8,8-11,8)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario *** <i>sovrappeso</i>	47,4 (42,7-52,2)
<i>obeso</i>	81,4 (76,0-86,6)

**sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9*
***obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥ 30*
****tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi*

Secondo i dati raccolti nel 2010 dal sistema di sorveglianza PASSI, in Friuli Venezia Giulia il 33% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre il 10% è obeso: complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (43%) sono in eccesso ponderale.

Dal confronto con le stime dei tre anni precedenti, nel quadriennio 2007-10 si nota che il valore delle persone in eccesso ponderale è rimasto stabile: 40% nel 2007, 43% nel 2008, 42% nel 2009 e 43% nel 2010.

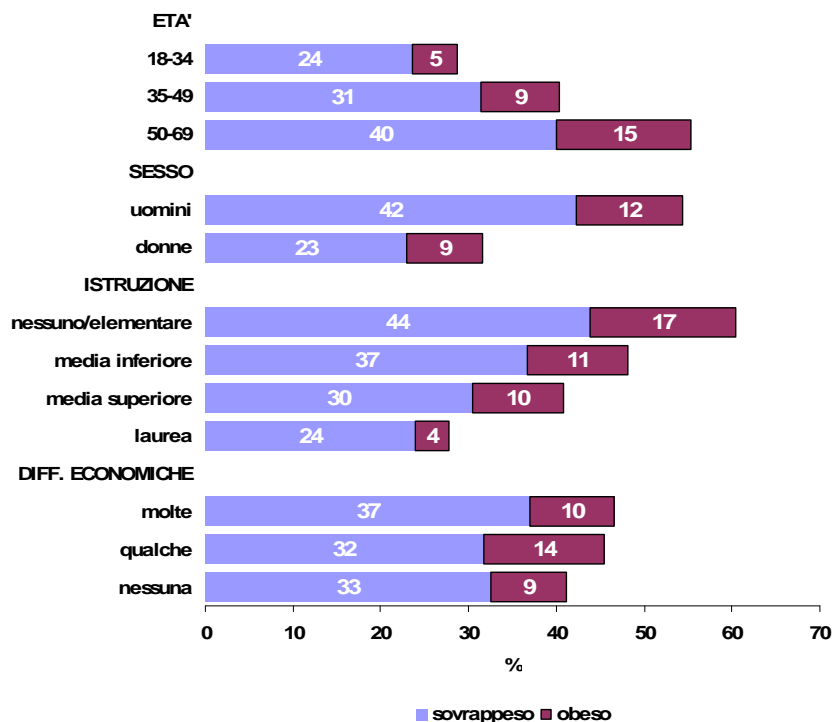
Le persone in eccesso ponderale e le loro caratteristiche

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, $IMC \geq 25$) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che con maggiori problemi economici.

Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un'analisi logistica multivariata, l'eccesso ponderale si conferma associato a età, sesso e livello d'istruzione.

Eccesso ponderale (%)

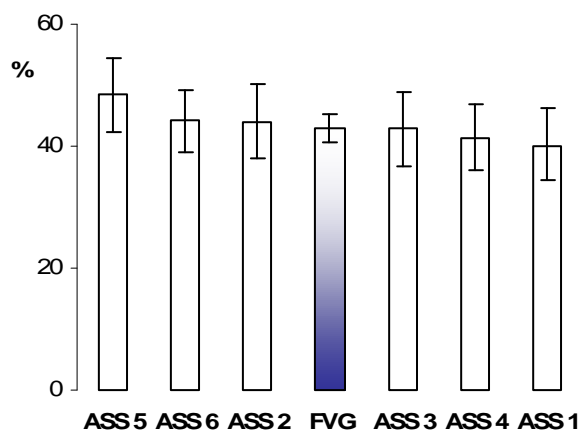
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010 (n=798)



- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone in eccesso ponderale per ASS
- Il range varia tra il 40% dell'ASS 1 "Triestina" e il 48% dell'ASS 5 "Bassa Friulana"
- Non emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS

Persone in eccesso ponderale, per ASS (%)

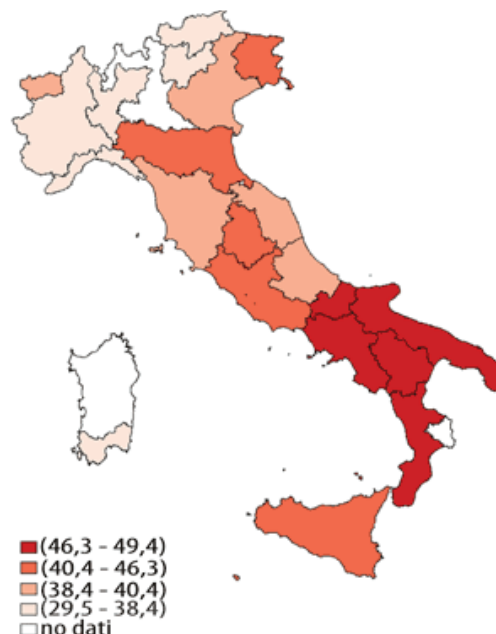
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Eccesso ponderale

Pool Asl – Passi 2010

- La mappa riporta la situazione dell'eccesso ponderale (sovrappeso/obesi) per le Regioni e Asl che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un gradiente Nord-Sud. La P.A. di Trento è il territorio con la percentuale più bassa di persone in sovrappeso/obese (29%), mentre la Puglia è la regione con la percentuale più alta (49%).

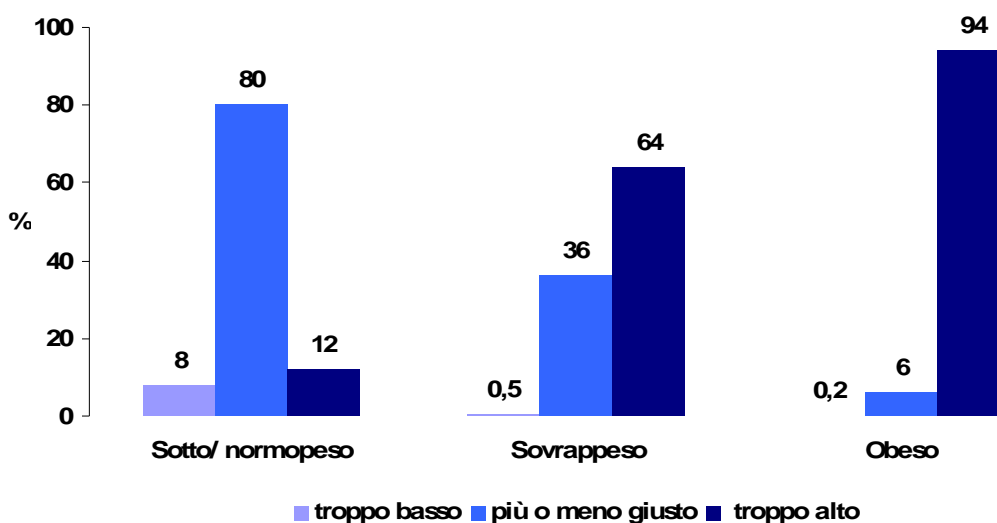


Percezione dell'adeguatezza del peso corporeo

Percepire di essere in sovrappeso può essere motivante per un eventuale cambiamento dello stile di vita. Nel campione regionale 2010, la percezione di essere in sovrappeso non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: tra le persone in sovrappeso ben il 36% ritiene il proprio peso giusto; tra gli obesi il 6% considera il proprio peso giusto.

Percezione del proprio peso per stato nutrizionale

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



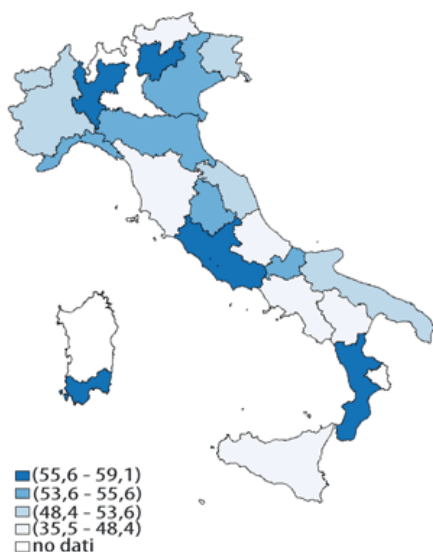
I consigli degli operatori sanitari di perdere peso e fare attività fisica

Il 54% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) dice di aver ricevuto da un medico o altro operatore sanitario il consiglio di fare una dieta per perdere peso. Questa percentuale è del 45% nei sovrappeso e dell' 80% negli obesi. Il 40% dichiara di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.

- Nel confronto tra le ASS il range circa il consiglio di perdere peso va dal 44% dell'ASS 1 "Triestina" e il 61% dell'ASS 5 "Bassa Friulana"
- La mappa riporta la frequenza, per Regione, di intervistati sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. Il valore più basso si registra in Basilicata (35%).

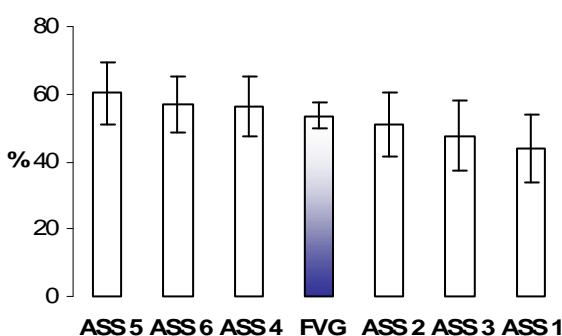
Consigliata dieta (sovrappeso/obesi)

Pool Asl – Passi 2010



Consigliata dieta (sovrappeso/obesi) , per ASS (%)

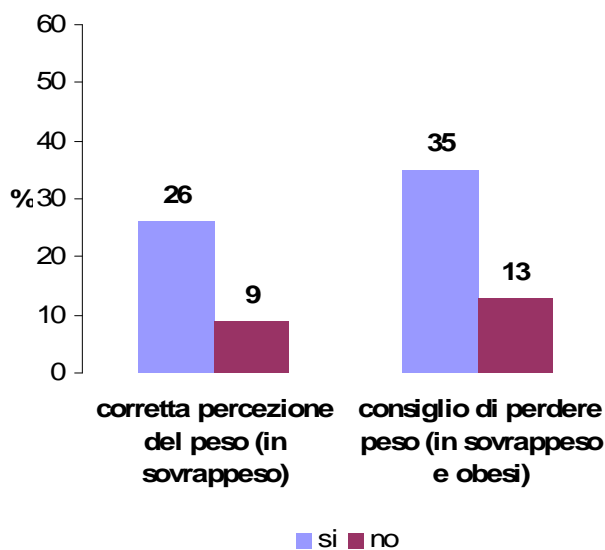
Friuli Venezia Giulia PASSI 2010



- Il 24% degli intervistati in eccesso ponderale dichiara che sta facendo una dieta per perdere o mantenere peso (il 19% dei sovrappeso e il 35% degli obesi).
- Tra coloro che sono in sovrappeso, quelli che percepiscono il proprio peso troppo elevato attuano più spesso una dieta per perdere peso (26% vs 9%).
- Tra tutte le persone in eccesso ponderale, coloro che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario seguono più frequentemente una dieta (35% vs 13%).

Attuazione di una dieta rispetto a percezione del proprio peso e consiglio dell'operatore sanitario

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Conclusioni

L'eccesso ponderale è una condizione molto diffusa e rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. Da tempo gli organismi sovranazionali come l'OMS e l'Unione Europea hanno indicato che l'eccesso ponderale, dovuto a un mancato equilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico, corrisponde a un cambiamento complesso delle società, che avviene su scala mondiale, legato alle condizioni dell'ambiente costruito, dei trasporti, dell'agricoltura e dell'offerta di alimenti e anche alla pubblicità, oltre che alle caratteristiche individuali.

Di conseguenza, oltre a misure preventive quali interventi mirati di sanità pubblica rivolti sia alla popolazione generale sia agli individui in eccesso ponderale, affinché aumenti la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale attraverso una sana alimentazione, è indispensabile che i Governi elaborino e mettano in atto politiche intersettoriali volte a favorire una dieta povera di grassi o alimenti altamente energetici e, al contrario, ricca di frutta e vegetali. È cruciale sottolineare anche il ruolo positivo dell'attività fisica nella vita quotidiana. In Italia, il programma Guadagnare Salute incorpora queste raccomandazioni e mira ad aumentare il valore della "salute in tutte le politiche".

Consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale (Organizzazione mondiale della sanità) lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

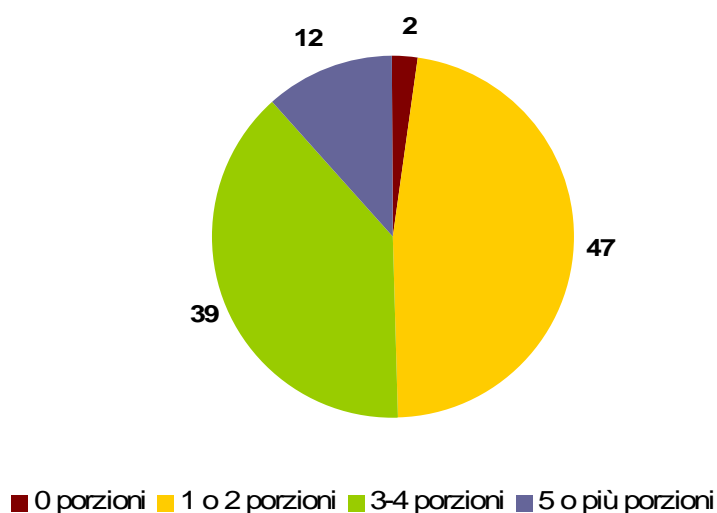
Anche le linee guida per una sana alimentazione italiana sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. In accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata o ortaggi, Passi misura il consumo di questi alimenti.

5 porzioni di frutta e verdura

Il 98% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Tra questi, il 39% ha riferito di mangiarne 3-4 porzioni.

Consumo di frutta e verdura

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010

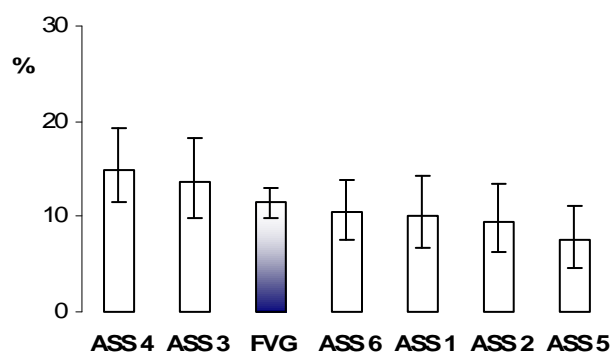


Solo il 12%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (*five-a-day*).

Le donne sono quelle che consumano più frequentemente 5 porzioni al giorno, poi le persone più adulte (50-69 anni) e quelle con un alto livello di istruzione.

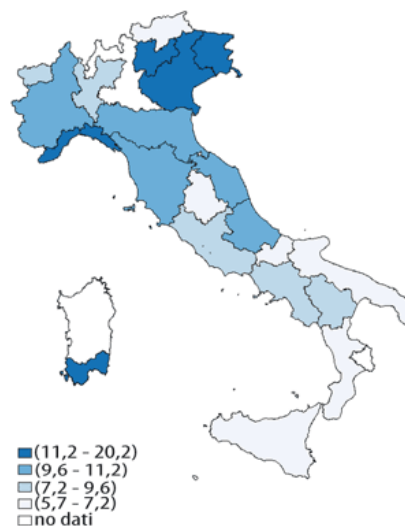
- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone intervistate che aderisce al *five-a-day* per ASS
- Il range varia tra l'8% dell'ASS 5 "Bassa Friulana" e il 15% dell'ASS 4 "Medio Friuli"
- Non emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS

**Adesione al "five-a-day",
per ASS (%)**
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



- La mappa riporta la distribuzione geografica dell'adesione alle 5 porzioni al giorno. Il valore più basso si registra nelle Asl della Calabria (6%), il più alto in Liguria (20%).

Adesione al five-a-day
Pool Asl – Passi 2010



Dal confronto con le stime degli anni precedenti, nel quadriennio 2007-10 sembrerebbe che il consumo delle 5 porzioni al giorno si stia riducendo:

- nel 2007 era del 15%
- nel 2008 era del 15%
- nel 2009 era del 13%
- nel 2010 era del 12%.

Conclusioni

All'incirca cinque adulti su 10 consumano tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura, ma poco più di una persona su 10 assume l'apporto raccomandato di questi alimenti, pari a cinque porzioni al giorno. Seguendo i principi di Guadagnare Salute, è necessario che, nel nostro Paese, le politiche economiche, agricole e commerciali aumentino la disponibilità e l'accessibilità delle famiglie e delle persone a frutta e verdura e vegetali in genere, e che programmi educativi incidano sulle scelte dei cittadini. In tutti e due i campi, i professionisti della salute possono svolgere un ruolo attivo di orientamento ed esercitare pressioni sui settori economici, agricoli e commerciali, a livello nazionale, regionale e locale.

Consumo di alcol

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

Consumo di alcol: le unità alcoliche

L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un *continuum* e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata da Passi è pari a due unità alcoliche per gli uomini (un'unità per le donne) bevute in media al giorno. Al di sopra di questo limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

In base ai limiti definiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai pattern di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che bevono bevande alcoliche si classificano in gruppi a rischio per le conseguenze sfavorevoli dell'alcol: forti consumatori, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*).

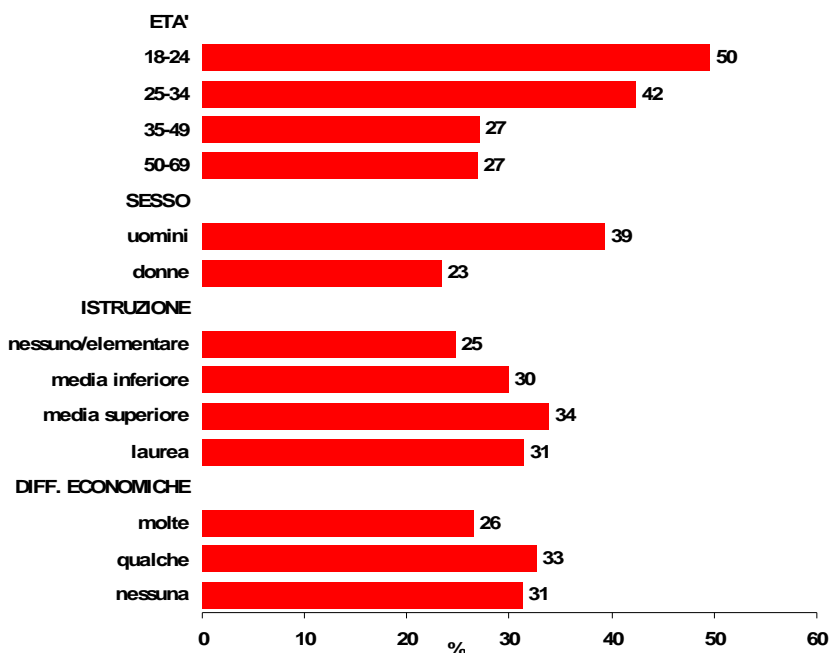
Consumo di alcol – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	69,2 (67,0-71,4)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	15,0 (13,3-16,7)
Forte bevitori*	14,2 (12,5-15,9)
Bevitori binge**	16,1 (14,3-17,8)
Bevitori a rischio***	31,4 (29,1-33,6)

* più di due unità di alcol per gli uomini (più di una per le donne), in media, al giorno (riferito agli ultimi 30 giorni)
** almeno una volta 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in singola occasione (riferito agli ultimi 30 giorni)
*** bevitori fuori pasto o bevitori **binge** o forti bevitori; poiché una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Le caratteristiche dei bevitori a rischio

Consumo a rischio (ultimo mese)
Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1820)

TOTALE: 31,4% (IC 95%: 29,1-33,6%)

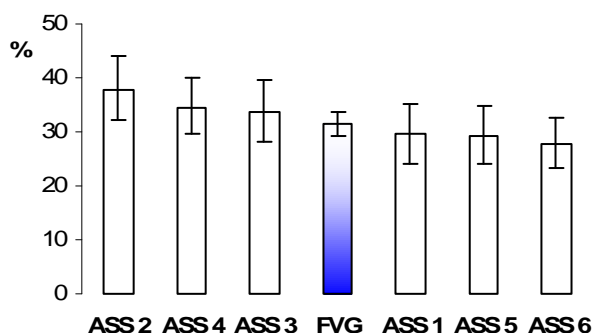


- Il consumo a rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e chi non ha difficoltà economiche.
- Analizzando con un modello logistico multivariato l'età e il sesso sono le che variabili rimangono associate in maniera statisticamente significativa con il consumo a rischio.

- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che sono da considerare bevitori a rischio nelle ASS regionali
- Il range varia dal 28 % della ASS 6 "Friuli Occidentale" al 38% della ASS 2 "Isontina".
- **Non si** osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS.

Bevitori a rischio, per ASS (%)

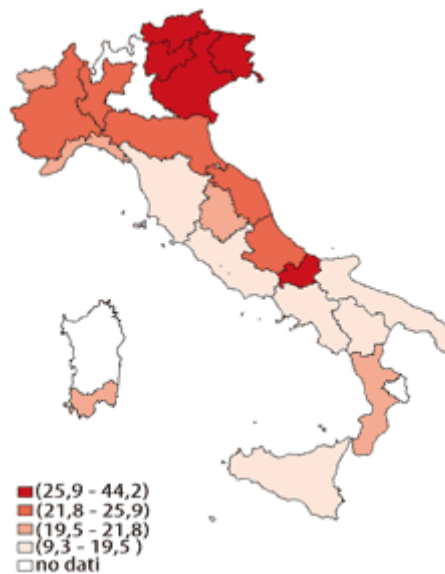
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



- La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone da considerare bevitori a rischio nelle Regioni e Asl che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo. Il range varia dal 9% della Campania al 44% della P.A. di Bolzano. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Sud-Nord.

Bevitori a rischio

pool Asl – Passi 2010 %



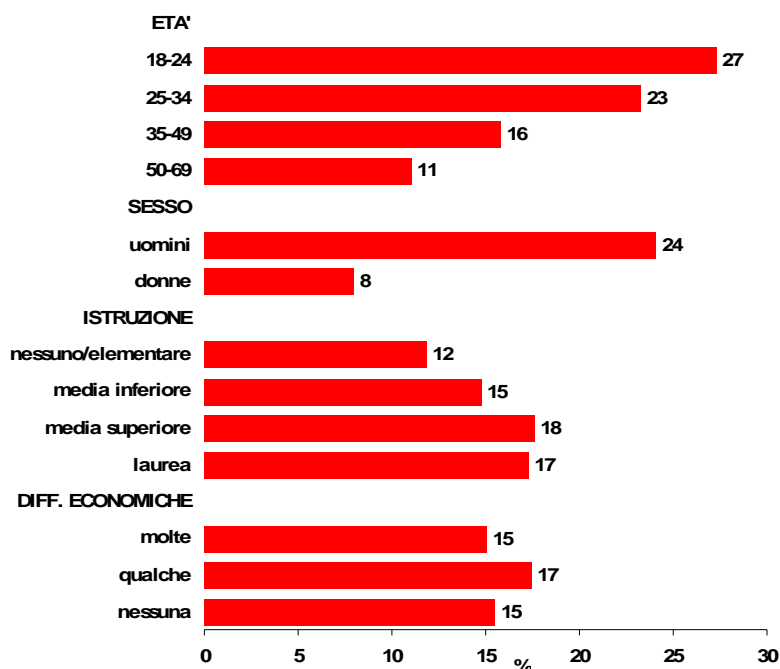
Le caratteristiche dei bevitori binge

Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione alto. L'analisi logistica multivariata conferma l'esistenza di un'associazione tra consumo binge età, sesso, ma non con il livello di istruzione.

Consumo binge (ultimo mese)

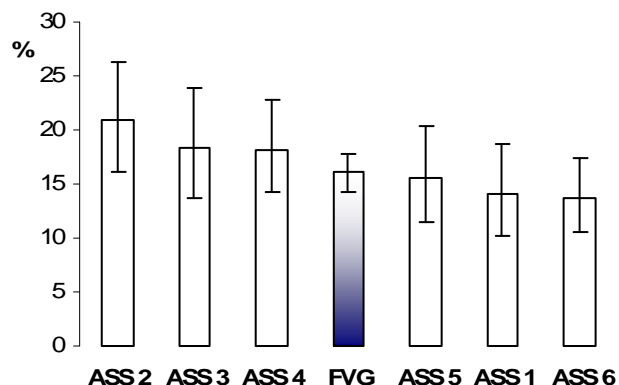
Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=1787)

TOTALE: 16,1% (IC 95%: 14,3-17,8%)



- Nel grafico a lato è riportata la situazione riguardante la percentuale di persone che sono da considerare bevitori *binge* nelle ASS regionali
- Il range varia dal 14 % della ASS 6 “Friuli Occidentale” al 21% della ASS 2 “Isontina”.
- **Non** si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS.

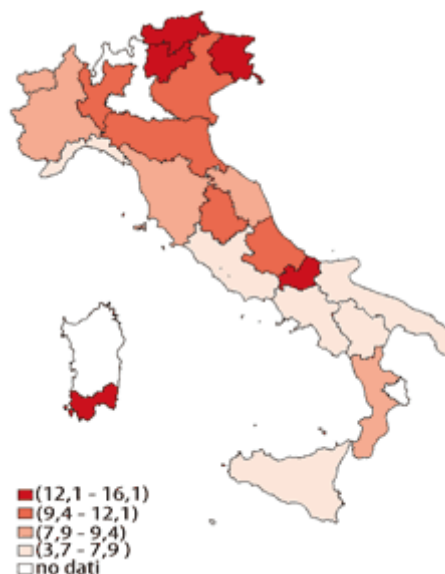
Bevitori "binge", per ASS (%)
Friuli Venezia Giulia, PASSI 2010



- La mappa riporta la percentuale di bevitori *binge* nelle Regioni e Asl che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo.
- Il range varia dal 4% della Sicilia e della Campania al 16% del Friuli-Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

Bevitori *binge*

pool Asl – Passi 2010 %



L'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

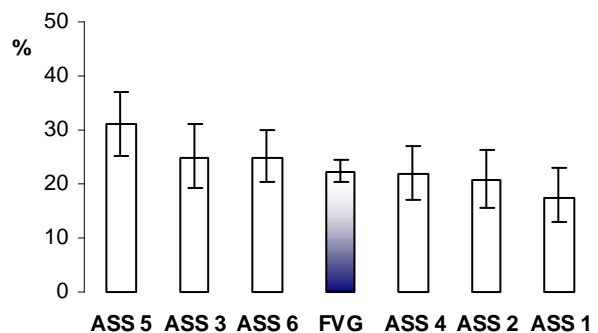
I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero ricercare sistematicamente, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti PASSI rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Attenzione all'alcol – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Attenzione dell'operatore sanitario al consumo di alcol*	22,4 (20,3-24,6)
Consiglio di ridurre il consumo nei bevitori a rischio*	5,8 (3,6-7,9)

*vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

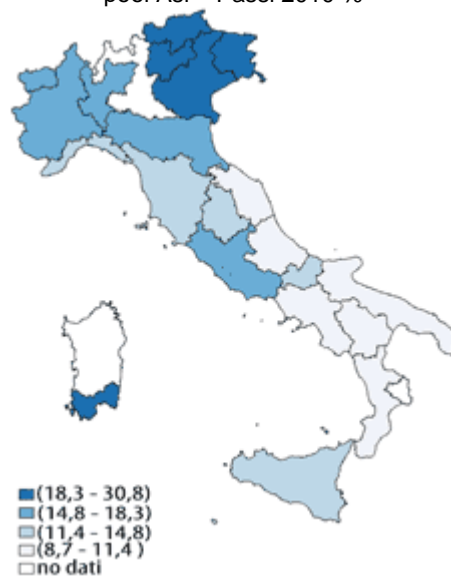
- Nelle ASS regionali solo il 22% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Solo il 6% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto da un medico o un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.
- **Non si** osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le ASS regionali.

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol, per ASS
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



- Nel pool di Asl partecipanti al sistema, solo il 15% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 9% delle Asl della Basilicata, Campania e Marche al 31% della Sardegna. Questa frequenza rimane sostanzialmente stabile dal 2007.

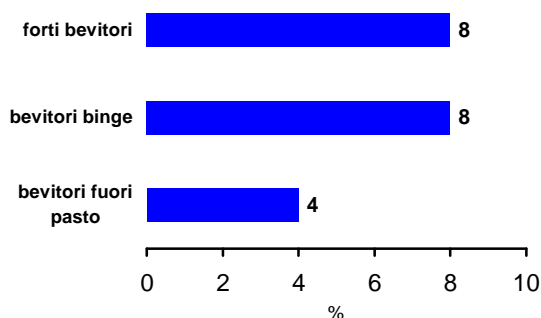
Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
pool Asl – Passi 2010 %



- Il 6% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno. (8% tra i forti bevitori e i *binge*; 4% tra i bevitori fuori pasto)

Categorie di bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010



Conclusioni

In Friuli Venezia Giulia si stima che un adulto su tre abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol non è più diffuso nelle persone con maggiori difficoltà economiche o con più bassi livelli di istruzione.

Nonostante la capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, i dati Passi mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dai loro pazienti, associati al consumo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Infatti, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo– Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Non fumatori	47,5 (45,1-49,9)
Ex fumatori	24,5 (22,4-26,6)
Fumatori ¹	27,9 (25,7-30)
<i>In astensione</i> ²	1,4 (0,8-2)
<i>Occasionali</i> ³	5,1 (3-7,1)
<i>Quotidiani</i> ⁴	21,4 (13,7-25,2)

¹ fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi)
² fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi
³ fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni
⁴ fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

Nel 2010, tra gli adulti di 18-69 anni circa la metà degli intervistati è non fumatore, il 25% è classificabile come ex fumatore e il 28% è fumatore. Tra i fumatori, la media di sigarette fumate al giorno è pari a 13. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 21% e i forti fumatori, cioè coloro che hanno dichiarato di fumare più di 20 sigarette al giorno, sono il 5%.

Abitudine al fumo di sigaretta

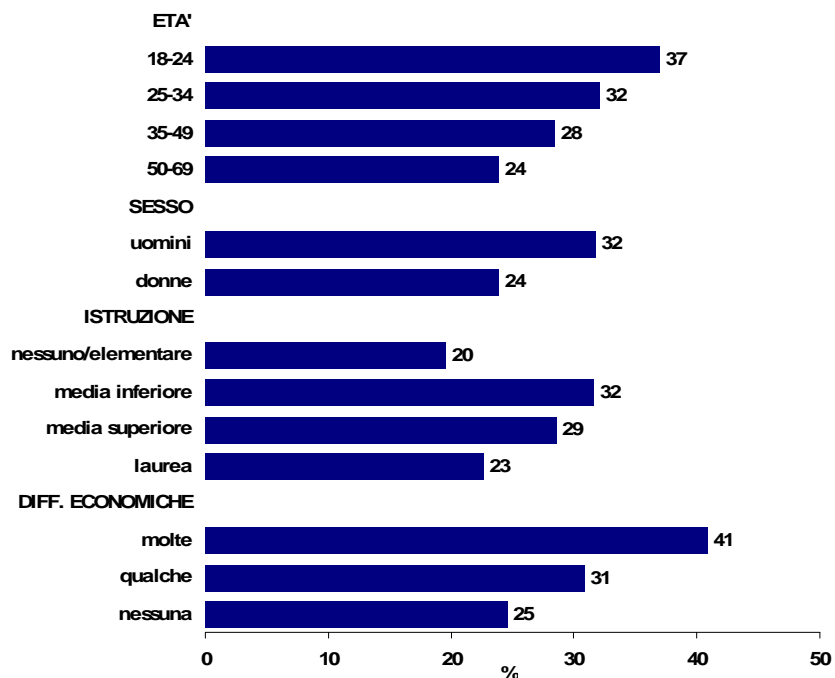
L'abitudine al fumo misurata da PASSI nel 2010, nella popolazione 18-69 anni, è pari al 28%.

L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (meno di una su quattro) anche se il dato delle donne è in crescita. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e le variabili: età, sesso, istruzione e difficoltà economiche.

Fumatori

Friuli Venezia Giulia PASSI 2010 (n=504)

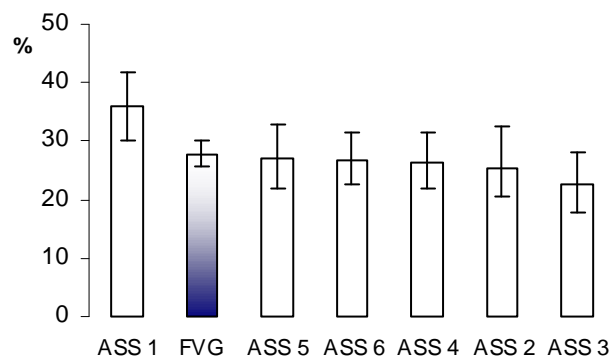
TOTALE: 27,9% (IC 95%: 25,7-30%)



- Non si evidenziano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale.
- Il range varia dal 23 % della ASS 3 "Alto Friuli" al 36% della ASS 1 "Triestina"

Fumatori, per ASS (%)

Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Fumatori

Pool Asl – Passi 2007-2010

- Per un confronto interregionale più attendibile, la prevalenza dei fumatori è stata calcolata anche sul pool quadriennale (2007-2010).
- Nella mappa, le Regioni sono distinte a seconda che la prevalenza dell'indicatore sia o in linea (differenza non statisticamente significativa) o superiore o inferiore rispetto al dato di pool 2007-2010 medio (differenza statisticamente significativa).



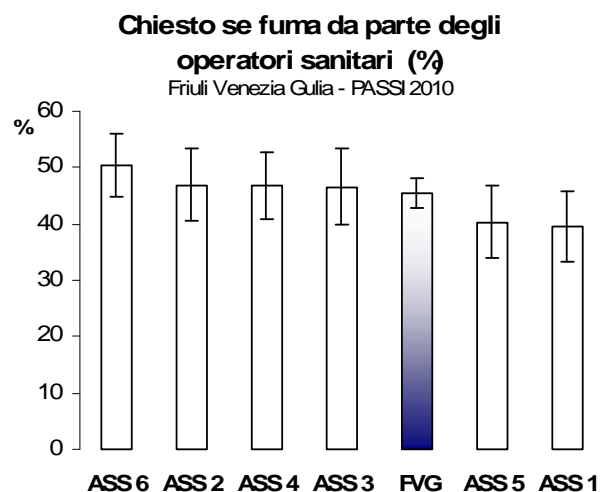
Le domande e l'attenzione di medici e operatori sanitari

Nel 2010, complessivamente in Friuli Venezia Giulia il 47% delle persone che si sono rivolte a un medico o a un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha dichiarato di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo.

Attenzione degli operatori sanitari – Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ¹	45,6 (42,9-48,2)
Consigliato dal medico – ai fumatori attuali – di smettere	49,0 (43,9-54,2)

¹ tra coloro che dichiarano di essere andati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi

- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale in merito all'attenzione al fumo da parte di un operatore sanitario, (range 39% dell'ASS 1 "Triestina" e 51 % dell'ASS 6 "Alto Friuli")



- Per un confronto interregionale più attendibile, la percentuale di intervistati che riferiscono che un operatore sanitario si è informato sull'abitudine al fumo è stata calcolata anche sul pool quadriennale (2007-2010).
- Nella mappa le Regioni sono distinte a seconda che la prevalenza dell'indicatore sia o in linea (differenza non statisticamente significativa) o superiore o inferiore rispetto al dato di pool 2007-2010 medio (differenza statisticamente significativa).

Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo

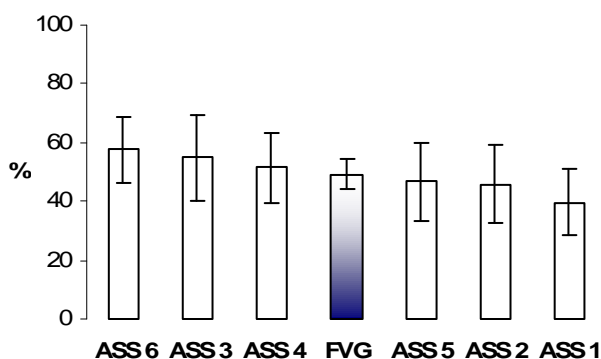
Pool Asl – Passi 2007-2010



Il consiglio di smettere di fumare

- Il 49% dei fumatori, che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.
- Nel 22% dei casi, il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 14% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 41% per entrambi i motivi.
- Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 39% dell'ASS 1 "Triestina" e 58 % dell'ASS 6 "Friuli Occidentale").
- Il 43% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.
- Fra gli ex fumatori il 90% ha smesso di fumare da solo.

Consiglio di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari, per ASS (%) Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Conclusioni

La maggioranza degli adulti in Friuli Venezia Giulia non fuma o ha smesso di fumare. Solo tre adulti su dieci hanno questa abitudine, più frequente tra gli uomini, negli adulti di 10-34 anni e nella popolazione più svantaggiata dal punto di vista socio-economico.

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità di interventi. In questo senso, il nostro Paese è fortemente impegnato nel Piano sanitario della prevenzione 2010-2012, con piani di contrasto al tabagismo in quasi tutte le Regioni.

Fumo passivo

Essere esposti a fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie, come cancro e malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici, studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

Fumo passivo– Friuli Venezia Giulia	% (IC 95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	95,8 (94,8-96,8)
<i>sul luogo di lavoro</i>	91,3 (89,5-93)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	82,4 (80,5-84,3)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	90,9 (88,1-93,7)

Esposizione a fumo passivo nei locali pubblici

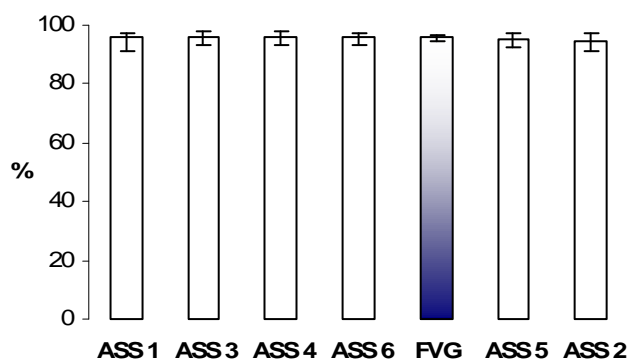
Il 96% delle persone intervistate ha riferito che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici che frequentano.

Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Pool Asl – Passi 2007-2010



Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici ("sempre" o "quasi sempre") Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010



Esposizione a fumo passivo sui luoghi di lavoro

Tra gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, circa 9 persone su 10 riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro.

Non si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interaziendale (range 89% dell'ASS 2 "Isontina" e 93 % dell'ASS 6 "Friuli Occidentale").

Esposizione a fumo passivo in casa

Per più di tre intervistati su quattro (82%) il fumo in ambito domestico non è ammesso in alcun locale della propria abitazione. Il 14% riferisce che è possibile fumare in alcune stanze, mentre un restante 3% dichiara che è consentito fumare in tutti gli ambienti chiusi della casa.

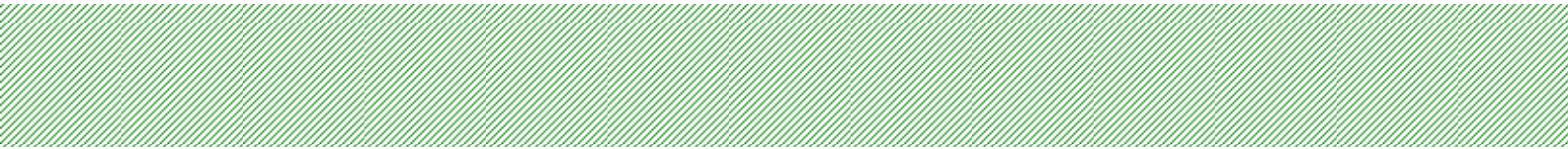
Tra coloro che vivono con minori di 15 anni, le regole sono più rigide: nel 2010 la percentuale delle case libere dal fumo è dell'91%.

Conclusioni

Fumare è attualmente una scelta consentita che può essere proibita solo ai minori. La comunità dei non fumatori va invece difesa nel suo insieme dai pericoli alla salute derivanti dall'esposizione passiva al fumo, con una particolare attenzione nel prevedere interventi specifici a favore dei meno tutelati. La legge sul divieto di fumo dei locali pubblici e sui luoghi di lavoro rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica nel nostro Paese. Tuttavia, sono ancora presenti aree territoriali con margine di miglioramento. L'attività ispettiva in luoghi di lavoro e locali pubblici potrebbe quindi ridurre le disuguaglianze rispetto all'applicazione della legge sul divieto di fumo ancora registrabili fra le diverse Regioni.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora frequente, soprattutto se si considera che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. La situazione migliora in case in cui sono presenti minori di 15 anni, ma in circa una abitazione su dieci c'è comunque la possibilità di fumare. Si dovrebbe promuovere una maggiore comunicazione sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo, in particolar modo rivolta ai genitori di bambini.

Sebbene questi tre indicatori relativi all'esposizione al fumo ambientale registrino un lieve miglioramento, è possibile fare ancora molto per evitare i danni alla salute.



appendice

metodi

Metodi

Tipo di studio

Passi è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda Sanitaria tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

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

Popolazione di studio

Popolazione di studio: persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 6 ASS della regione Friuli Venezia Giulia (circa 800.000 persone).

- Criteri di inclusione: residenza nel territorio regionale e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per Passi si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASS regionali

La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASS è di 25 unità.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASS di appartenenza.

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 condotte dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione durante tutto l'anno 2010, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è stata pari a circa 20 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori che 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.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 35% degli intervistatori ha utilizzato nel 2010 il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori, implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web, sul sito di servizio www.passidati.it.

Analisi dei dati

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

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

Per garantire idonea rappresentatività, sono stati aggregati i dati delle singole ASS opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto (quali ad esempio età e genere) sono state effettuate analisi mediante *stratificazione* e *regressione logistica*.

Nel presente rapporto per gli indicatori di principale interesse vengono mostrati grafici per il confronto del dato regionale con quello delle 6 Aziende Sanitarie regionali introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% per la variabile considerata (IC 95%).

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (D.L. n. 196/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*). Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

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

Il personale intervistante ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento. La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente custoditi, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale. Relativamente ai supporti informatici utilizzati sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, al fine di impedire l'accesso non autorizzato.

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



Coordinatore regionale:

Tolinda Gallo (ASS 4 "Medio Friuli")

Coordinatori aziendali:

Daniela Germano (ASS 1 "Triestina"); Cinzia Braida (ASS 2 "Isontina"); Andrea Iob (ASS 3 "Alto Friuli"); Tolinda Gallo (ASS 4 "Medio Friuli"); Silla Stel (ASS 5 "Bassa Friulana"); Luisa De Carlo, Daniela Fabbro (ASS 6 "Friuli Occidentale")

Intervistatori 2010

ASS 1 Triestina	Silvia Cosmini, Marilena Geretto, Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Daniela Steinbock
ASS 2 Isontina	Adriana Blazica, Marisa Bortolossi, Cinzia Braida, Nappa Maura, Francesca Sonson
ASS 3 Alto Friuli	Corrado Cassarino, Giuliana Copetti, Marianna Desiderio, Denise Di Bernardo, Paola Fuccaro, Stefania Pilan, Manuela Ridolfo
ASS 4 Medio Friuli	Elisa Bernardi, Alessandra Cunial, Loredana Fusco, Maria Rosa Liani, Stefano Miceli, Simonetta Micossi, Maria Grazia Pellizzon, Margherita Zanini
ASS 5 Bassa Friulana	Patrizia Bernardis, Patrizia Brunetti, Graziana Ciani, Cristine De Marchi, Gabriella Fedele, Liliana Roppa, Sabrina Tuniz
ASS 6 Friuli Occidentale	Patricia Belletti, Daniela Bertolo, Luisa De Carlo, Daniela Fabbro, Guastaferrò Annaclara, Sabrina Lalla, Beatrice Lazzaro, Sandra Polese, Manola Sgrulletti, Torricella Immacolata,

Si ringraziano Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASS della Regione Friuli Venezia Giulia ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Un ringraziamento speciale a tutte le persone intervistate, che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

