



Rapporto Passi

2011 - 2014

RAPPORTO PASSI 2011-2014

Il rapporto è stato curato da:

T.Gallo¹, A. Busolin²

Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

¹ *Promozione salute e prevenzione*

² *Servizio epidemiologia e flussi informativi*

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

linda.gallo@regione.fvg.it

INDICE

Introduzione	<i>pag. 5</i>
Caratteristiche Socio demografico	<i>pag. 6</i>
CAP 1: Qualità della vita relativa alla salute	<i>pag. 8</i>
Salute percepita Depressione	
CAP 2: Rischio cardiovascolare	<i>pag.13</i>
Ipertensione, ipercolesterolemia, calcolo rischio cardiovascolare Diabete	
CAP 3: Guadagnare salute	<i>pag.20</i>
Eccesso ponderale Attività fisica Consumo di frutta e verdura Abitudine al fumo Fumo passivo Consumo di alcol	
CAP 4: Sicurezza	<i>pag.30</i>
Guida sotto l'effetto dell'alcol Uso dispositivi per la sicurezza stradale Sicurezza in casa	
CAP 5: Programmi di prevenzione individuale	<i>pag.37</i>
Vaccinazione per l'influenza stagionale Vaccinazione antirosolia Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero Diagnosi precoce del tumore della mammella Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	
CAP 6: Il ruolo dei medici e degli operatori sanitari nella promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche	<i>pag.47</i>
Ringraziamenti	<i>pag.50</i>

Introduzione

Il presente rapporto aggiorna al 2014 i risultati della sorveglianza Passi, un sistema di monitoraggio dei comportamenti della popolazione adulta basato sul concetto che la prevenzione si fa a partire dall'ascolto dei cittadini. Un concetto, questo, importante nella visione attuale della prevenzione, secondo la quale le politiche sanitarie dovrebbero assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma, al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini.

Fornendo informazioni sullo stato di salute della popolazione a livello di Azienda Sanitaria e di Regione, Passi contribuisce all'attuazione delle strategie preventive contro le malattie non trasmissibili, da Guadagnare Salute al Piano nazionale e regionale della prevenzione. I servizi sanitari sono così in grado di svolgere anche il ruolo di "avvocati della salute" della propria comunità, informando i soggetti interessati sull'andamento dei consumi di tabacco e di alcol, della sedentarietà, degli screening oncologici, fattori che causano tanta parte del carico di sofferenze, malattie e morte prematura nel paese.

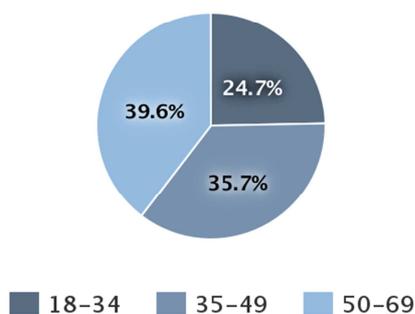
Operatori sanitari dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria (AAS), specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18 - 69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle AAS, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione (minimo 25 interviste al mese per AAS) avviene continuamente durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy. Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti indagati sono: i principali fattori di rischio per le malattie croniche oggetto del programma Guadagnare salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol, il rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, calcolo del rischio), i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto, le vaccinazioni contro influenza e rosolia, la sicurezza stradale e domestica, la percezione dello stato di salute e sintomi depressivi.

Caratteristiche socio anagrafiche

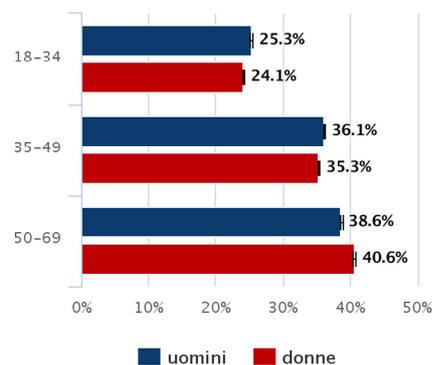
La popolazione in studio è costituita da 819.641 residenti in Friuli Venezia Giulia tra i 18 e i 69 anni. Da gennaio 2011 a dicembre 2014, sono state intervistate 7.035 persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle anagrafi sanitarie delle Aziende.

	Regione			Italia			Valore più basso peggiore	25% percentile	75% percentile	Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Basso livello di istruzione	39.4	38.2	40.6	38.3	38.0	38.6				
Molte difficoltà economiche	9.7	9.0	10.5	16.2	15.9	16.4				
Cittadinanza straniera	7.5	6.9	8.2	3.9	3.8	4.0				
Vive solo	13.3	12.4	14.2	8.4	8.2	8.6				
Coniugato	55.9	54.7	57.1	59.0	58.7	59.2				
Occupato lavorativamente	72.8	71.7	73.9	65.2	64.9	65.6				

Distribuzione del campione per età
Distribuzione percentuale
Friuli Venezia Giulia



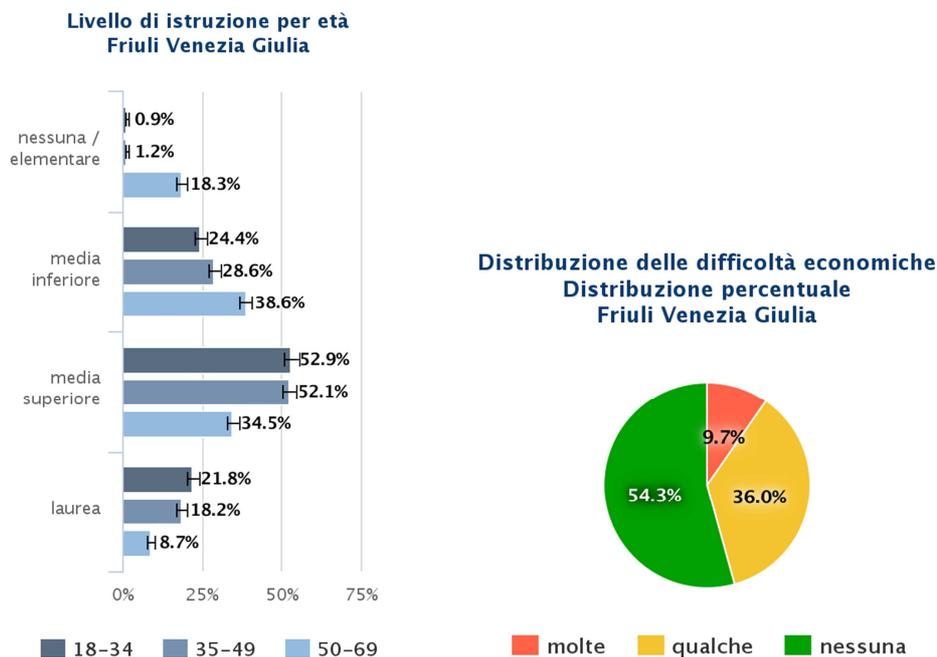
Distribuzione del campione
per età e per sesso
Friuli Venezia Giulia



La distribuzione per sesso e classe di età del campione (dati non pesati), confrontata con la popolazione residente in Regione, appare molto simile. Il 50% degli intervistati è di sesso maschile e l'età media è di 44 anni per entrambi i sessi.

L'8% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% ha la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore e il 15% è laureato. Il livello di istruzione conseguito dipende fortemente dall'età: la quota di soggetti con bassa scolarità è maggiore tra le generazioni più anziane della popolazione (50-69enni). Stratificando per genere le donne presentano livelli di scolarità più bassi degli uomini (nessun titolo di studio/elementari e licenza media), ma questo differenziale si annulla e si inverte fra le generazioni più giovani: la quota di

diplomati (licenza media superiore) non differisce fra uomini e donne ma la quota di laureati è maggiore fra le donne.



Il 54% del campione ha riferito di non avere nessuna difficoltà economica ad arrivare a fine mese con le proprie risorse finanziarie, il 36% qualche difficoltà e il 10% molte difficoltà economiche. La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche aumenta con l'età ed è maggiore tra il sesso femminile.

I dati sull'occupazione mostrano significative differenze di genere: l'80% degli uomini del campione dichiara di lavorare (continuativamente e non) vs il 66% delle donne. Per quanto riguarda il lavoro, nel periodo 2008-2014, diminuisce la quota di chi dichiara di lavorare in modo continuativo e non : dal 69% al 66%, aumenta quella di chi dichiara di non lavorare (dal 31% al 34%).

La percentuale di coniugati è più bassa rispetto alla media nazionale, mentre la quota delle persone che vivono sole è superiore (13% vs 8%) .La composizione per genere ed età della popolazione straniera residente in Friuli Venezia Giulia mostra una prevalenza di donne (9% vs 6%) e di persone giovani (16% 18-34 anni vs 3% 50-69 anni). L'analisi temporale descrive un andamento crescente della quota di cittadini stranieri (dal 4% nel 2008 al 7% nel 2014).

Qualità della vita relativa alla salute

Salute percepita

La qualità della vita in relazione allo stato di salute è influenzata da diversi aspetti, quali le condizioni socio-economiche, le malattie e i comportamenti a rischio.

Nel sistema di sorveglianza Passi la qualità della vita in relazione alla salute, viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che si basa su 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 nelle attività abituali.

	Regione			Italia			Valore più basso peggiore 25% percentile simile rispetto al valore nazionale 75% percentile valore nazionale migliore Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Stato di salute percepito positivamente	70.3	69.1	71.4	69.0	68.7	69.3	
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	6.0	5.7	6.2	4.8	4.7	4.8	
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	3.1	3.0	3.3	2.6	2.5	2.6	
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	3.5	3.3	3.7	2.8	2.7	2.8	
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.2	1.1	1.4	1.2	1.2	1.3	

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

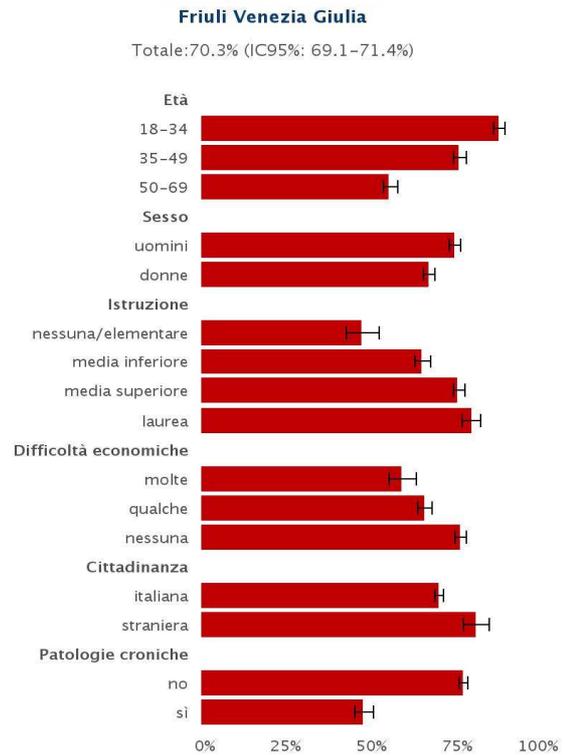
Un intervistato ha sperimentato in media 6 giorni *non in salute* negli ultimi 30 giorni: circa 3 giorni per motivi fisici e quasi 4 per motivi psicologici. Ha inoltre sperimentato limitazioni nelle attività abituali per un giorno al mese.

I giorni *non in salute* sono più frequenti nelle donne, nelle persone più anziane e in quelle con livello di istruzione basso. Ancora più frequenti lo sono tra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche e chi è affetto da malattie croniche severe.

Nel periodo 2011-2014, Passi rileva che 2/3 degli intervistati (70%) giudicano positivo il proprio stato di salute riferendo di sentirsi bene o molto bene e quasi 1/3 riferisce di sentirsi discretamente (27%); il 3% invece riferisce di sentirsi male o molto male.

I gruppi di popolazione che si dichiarano più soddisfatti della propria salute sono i giovani (87%), gli uomini (74%), le persone con un livello di istruzione più alto (80%), chi non ha difficoltà economiche (76%), chi non riferisce condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi (76%) e gli stranieri (80%).

Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio-demografiche



La distribuzione geografica della prevalenza di quelli che dichiarano buono il proprio stato di salute non disegna un chiaro gradiente. La quota di persone che riferiscono un buono stato di salute è maggiore al Nord, minore al Centro e ancor più bassa nel Sud e nelle Isole (con qualche eccezione, come per Puglia e Basilicata).

Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza

Passi 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Depressione

La depressione è un disturbo mentale che si presenta con umore caratterizzato da sentimenti di tristezza e sensazione di vuoto interiore, perdita di interesse e piacere, sensi di colpa e autosvalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e scarsa capacità di concentrazione. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, la depressione è tra le cause più importanti nel provocare la perdita di anni in buona salute per disabilità o morte prematura (Daly), in particolare nei paesi ad alto reddito. In Italia, ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffrono di un disturbo di tipo depressivo.

Escludendo finalità diagnostiche, nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Sintomi di depressione	6.3	5.7	7.0	6.4	6.3	6.6	
Richiesta di aiuto da qualcuno	52.2	46.9	57.4	59.1	57.8	60.4	
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	7.4	5.7	9.1	8.6	8.2	9.0	
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	16.5	15.1	17.9	15.4	15.0	15.8	
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	5.9	4.8	7.0	5.9	5.5	6.3	

* Tra le persone con sintomi di depressione

Nel periodo 2011-2014, Passi rileva che il 6% degli adulti fra 18 e 69 anni, riferisce sintomi di depressione.

La qualità della vita percepita delle persone che riferiscono sintomi depressivi è decisamente peggiore del resto della popolazione: solo una persona su quattro fra quelle che vivono questa condizione descrive il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono", poco più della metà del resto della popolazione senza sintomi depressivi (73%).

Anche la salute fisica, oltre quella psicologica, delle persone che riferiscono sintomi depressivi risulta decisamente compromessa se paragonata al resto della popolazione adulta: nel mese precedente l'intervista le prime dichiarano mediamente molti più giorni vissuti in cattive

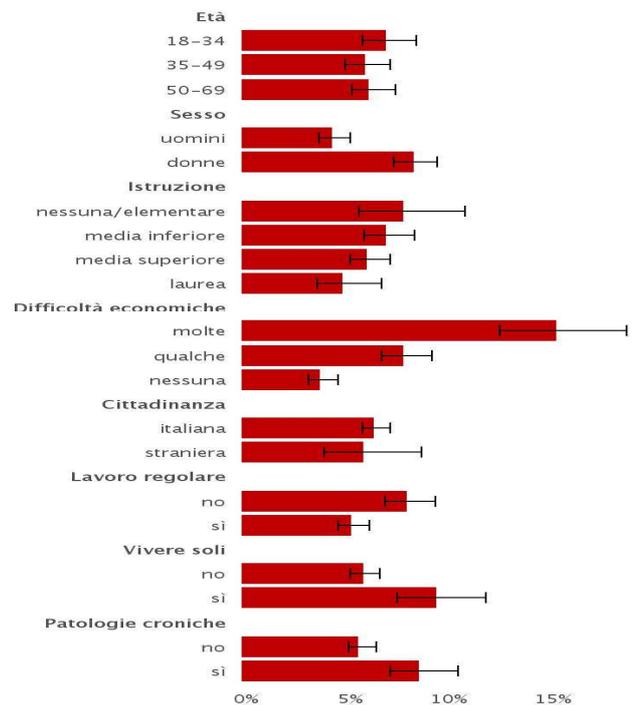
condizioni fisiche (7 giorni vs 3 giorni), in cattiva salute psicologica (17 vs 2) e molti più giorni con limitazione delle abituali attività, a causa dello stato fisico e psicologico (6 vs 1).

Molte di queste persone (48%) non chiedono aiuto a nessuno, chi lo fa si rivolge soprattutto a un medico/operatore sanitario (24%), altri a familiari e amici (18%), alcuni a entrambi, medici e persone care, (10%); gli uomini riferiscono più raramente delle donne di aver chiesto aiuto (53% vs 61%).

La prevalenza di persone con sintomi depressivi sembra più frequente nei giovani (7%), ed è più elevata fra le donne (8%), fra le persone con un titolo di studio basso o assente (8%), fra quelle con molte difficoltà economiche (15%) o senza un lavoro regolare (9%), fra quelli che riferiscono una diagnosi di patologia cronica (9%), tra coloro che dichiarano di vivere da soli (9%).

Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche Friuli Venezia Giulia

Totale: 6.3% (IC95%: 5.7-7.0%)



Sintomi di depressione per regione di residenza

Passi 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

La distribuzione della prevalenza dei sintomi depressivi non disegna un chiaro gradiente geografico e la variabilità regionale è piuttosto contenuta, tuttavia tra le Regioni italiane si rilevano alcune significative differenze : in Sardegna si registra la prevalenza maggiore (11%) e in Basilicata la più bassa (3%).

Rischio cardiovascolare

Ipertensione, ipercolesterolemia, calcolo rischio cardiovascolare

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta, verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

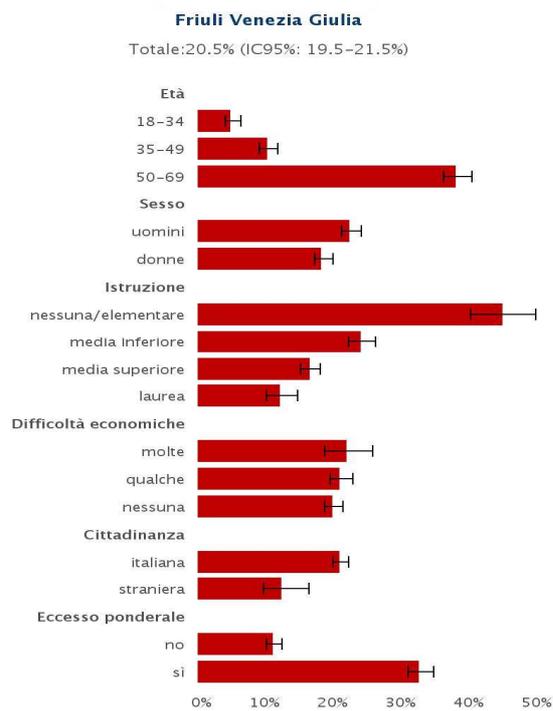
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore nazionale Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85.4	84.5	86.3	82.9	82.6	83.1	
Ipertensione riferita	20.5	19.5	21.5	20.0	19.8	20.3	
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	80.4	79.5	81.3	79.3	79.0	79.5	
Ipercolesterolemia riferita	24.6	23.4	25.8	24.0	23.7	24.3	
Calcolo rischio cardiovascolare	4.5	3.9	5.2	5.6	5.4	5.8	
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	96.9	96.4	97.3	97.5	97.4	97.6	

*Ipertensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.
 Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.
 Calcolo rischio cardiovascolare: su tutte le persone ≥35 anni, senza patologie CV.
 Almeno un fattore di rischio cardiovascolare: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.*

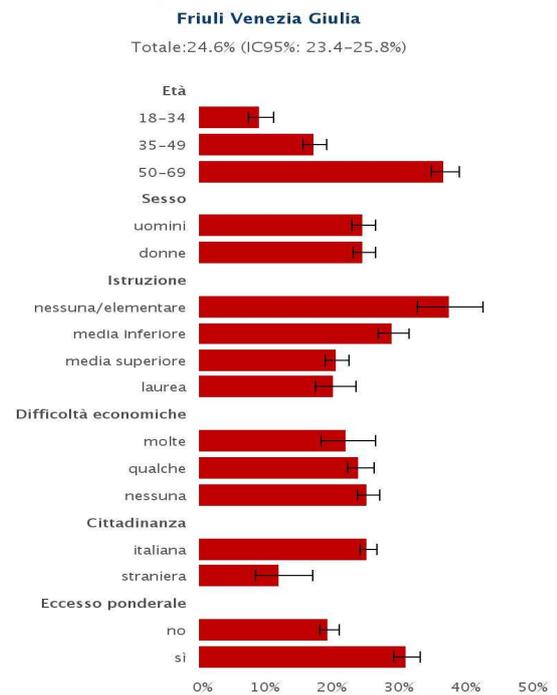
Dai dati Passi 2011-2014 risulta che circa 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista e di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia. Il 21% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione, mentre il 25% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. Entrambe le condizioni risultano più diffuse

- nelle classi d'età più avanzate
- nelle persone con basso livello di istruzione
- negli italiani
- nelle persone con eccesso ponderale.

Iperensione riferita per caratteristiche socio-demografiche/stato nutrizionale



Ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio-demografiche/stato nutrizionale



Circa l'80-90% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa, come diminuire il consumo di sale, controllare il peso corporeo e svolgere regolarmente attività fisica. Circa 1/3 degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la gran parte (80-90%) dichiara di aver ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi e più frutta e verdura, di fare regolare attività fisica e controllare il peso corporeo.

*Trattamento dell'ipertensione,
percentuale per trattamento/consiglio ricevuto*

	Friuli Venezia Giulia		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Trattamento farmacologico	72.1	69.5	74.5
Riduzione consumo di sale	82.6	80.2	84.8
Perdita/controllo peso corporeo	79.6	77.1	82.0
Attività fisica regolare	81.8	79.4	84.0

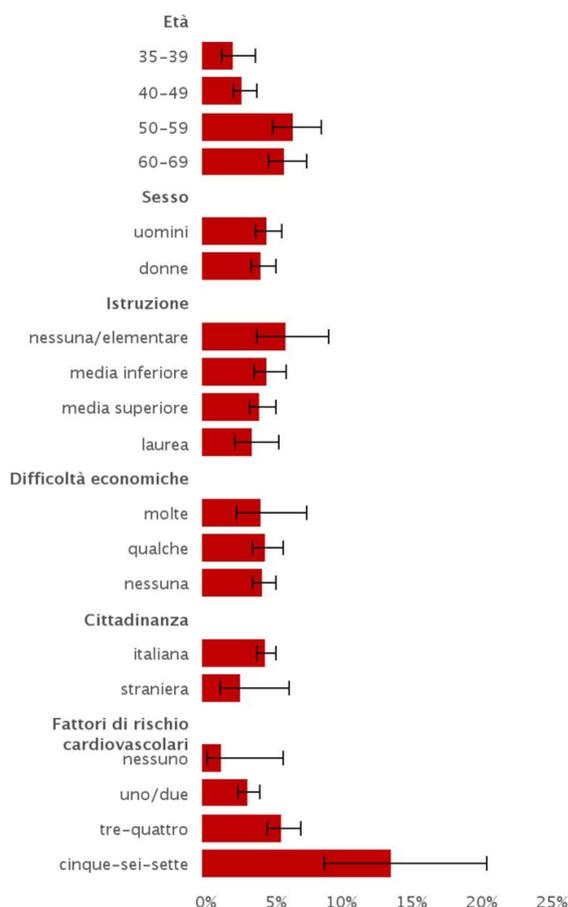
*Trattamento dell'ipercolesterolemia,
percentuale per trattamento/consiglio ricevuto*

	Friuli Venezia Giulia		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Trattamento farmacologico	27.8	25.3	30.4
Riduzione consumo carne e formaggi	86.1	83.8	88.0
Aumento consumo frutta e verdura	79.7	77.1	82.0
Perdita/controllo peso corporeo	77.4	74.8	79.8
Attività fisica regolare	83.1	80.7	85.2

**Calcolo rischio cardiovascolare in 35-69enni
senza patologie cardiovascolari**

Friuli Venezia Giulia

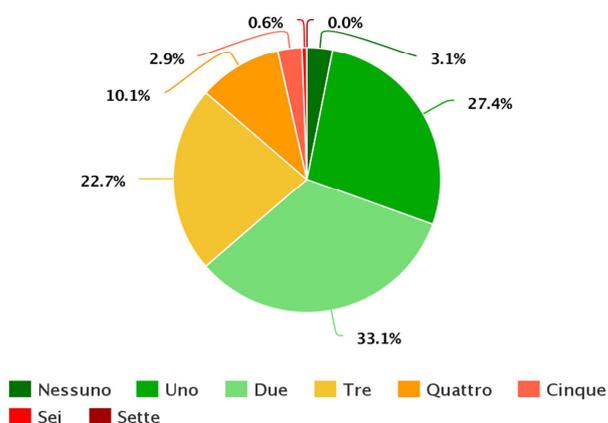
Totale: 4.5% (IC95%: 3.9-5.2%)



L'uso della carta del rischio o punteggio cardiovascolare è indicato come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone con 35 anni di età o più; è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, in termini assoluti, 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 importanti fattori di rischio (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia, sesso ed età).

I dati Passi 2011-2014 rilevano che la carta del rischio è ancora poco utilizzata: solo il 5% degli intervistati tra i 35 e i 69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale.

Profili di rischio multifattoriali – Distribuzione percentuale Friuli Venezia Giulia



La presenza di più fattori di rischio cardiovascolare in una persona può determinare un impatto sullo stato di salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali.

La frequente presenza di questi fattori (ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura), vista la larga diffusione nella popolazione, è in parte dovuta a un'associazione casuale, ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco.

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69

	Friuli Venezia Giulia		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Iperensione arteriosa	20.5	19.5	21.5
Ipercolesterolemia	24.6	23.4	25.8
Sedentarietà	20.7	19.7	21.7
Fumo	26.7	25.6	27.8
Eccesso ponderale (IMC>25)	42.1	40.9	43.3
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	88.2	87.4	89.1
Diabete	4.3	3.8	4.8

Calcolo rischio cardiovascolare per regione di residenza

Passi 2011-2014

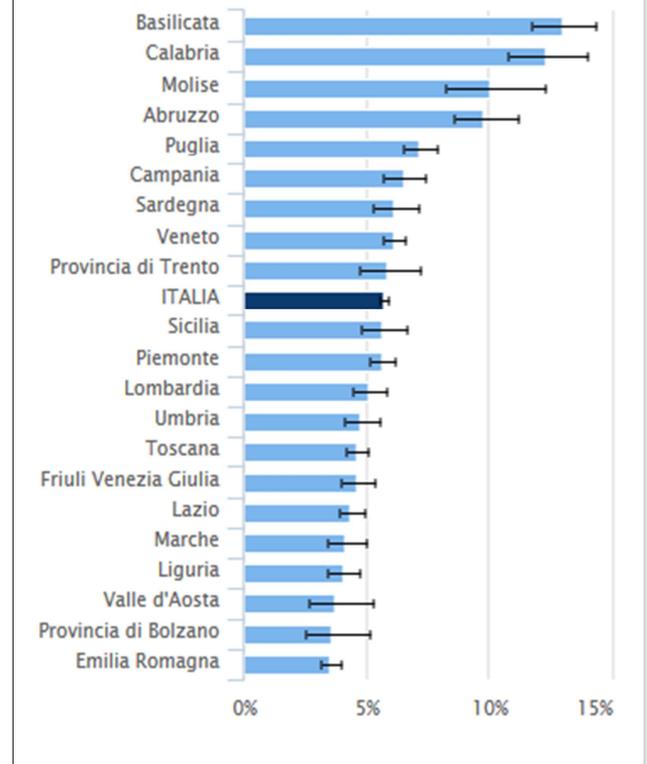


■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

La carta o punteggiaggio del rischio cardiovascolare, , è poco utilizzata anche a livello nazionale (6%). Si notano differenze statisticamente significative, ma il valore più alto è comunque il 13% delle Asl partecipanti della Basilicata. Anche nelle situazioni di maggior rischio è coinvolta solo una minoranza di assistiti.

Calcolo rischio cardiovascolare per regione di residenza

Passi 2011-2014

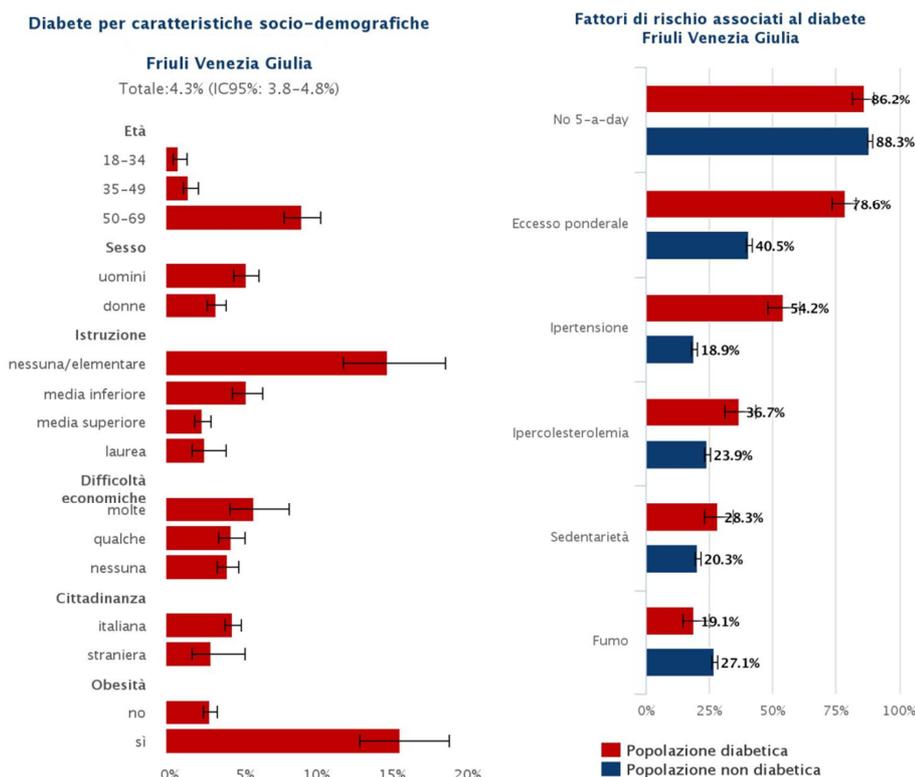


Diabete

Il diabete mellito è una patologia a forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione, con un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per il sistema sanitario. Il diabete di tipo 2 (molto più diffuso rispetto al tipo 1) compare per lo più in età adulta ed è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali, la sua insorgenza può essere perciò prevenuta con uno stile di vita adeguato.

	Regione			Italia			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Diabete	4.3	3.8	4.8	4.3	4.1	4.4				

Nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi, in Friuli Venezia Giulia, la percentuale delle persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di diabete è del 4%. La prevalenza di diabetici cresce con l'età e già dopo i 50 anni è il 9%, è più frequente fra gli uomini, e nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri.

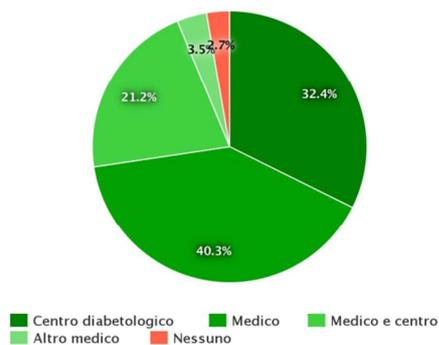


Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri. Circa la metà delle persone con diabete riferisce anche una diagnosi di ipertensione (54%) e un terzo (37%) di ipercolesterolemia (contro il 18% e il 23% osservati rispettivamente nella popolazione libera da diabete); il 79% risulta in eccesso ponderale (IMC ≥ 25) (vs 41%) e meno della metà di loro sta seguendo una dieta per cercare di perdere peso (47%); il 28% risulta completamente sedentario (vs 20%). Circa il 91% di

persone con diabete riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno, poco meno di aver controllato il colesterolo (81%).

Tra i diabetici ipertesi, il 91% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 64% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Presa in carico delle persone con diabete - Friuli Venezia Giulia



La maggior parte (32%) delle persone con diabete è seguito principalmente dal centro diabetologico, o dal medico di medicina generale (40%), o da entrambi (21%), pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (4%), o meno del 3% riferisce di non essere seguito da nessuno.

Il 65% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (42% negli ultimi 4 mesi) e ben il 25% non conosce l'esistenza o il significato di questo esame. Oltre l'80% delle persone con diabete dichiara di essere sotto trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte con ipoglicemizzanti orali.

Guadagnare salute

Eccesso ponderale

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.

L'eccesso ponderale, nei Paesi a medio ed alto reddito, infatti 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.

Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (Imc oppure Body Mass Index - Bmi), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m) al quadrato.

Il Bmi è rappresentato in 4 categorie: sottopeso (Bmi < 18,5), normopeso (Bmi 18,5-24,9), sovrappeso (Bmi 25-29,9), obeso (Bmi ≥ 30).

Nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi le prevalenze di sovrappeso e obesità vengono calcolati in base ai dati riferiti dagli intervistati su peso ed altezza. Il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale.

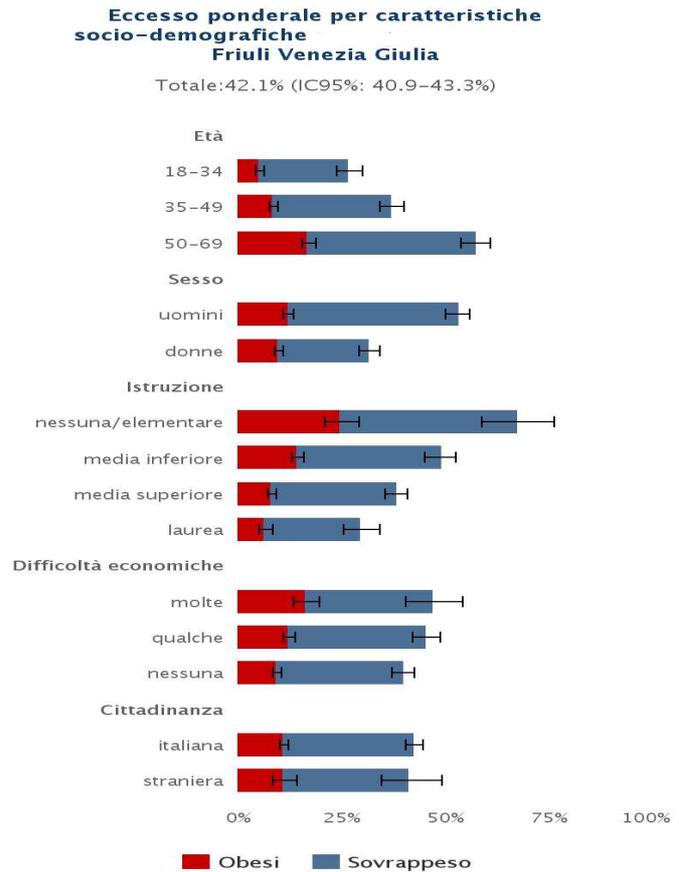
	Regione n = 7008			Italia n = 151603			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Obesi	10.8	10.0	11.6	10.2	10.0	10.4	
Sovrappeso	31.3	30.2	32.5	31.7	31.3	32.0	
Normo/sottopeso	57.9	56.7	59.1	58.1	57.8	58.5	

Due adulti su cinque (42%) sono in eccesso ponderale, con il 31% in sovrappeso e l'11% di obesi.

L'eccesso ponderale (sovrappeso o obesità - Imc >25) è più frequente:

- col crescere dell'età
- negli uomini (41% vs 22%)
- nelle persone con basso livello di istruzione

Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.



Eccesso ponderale per regione di residenza

Passi 2011-2014



Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Fra le regioni del Nord che presentano percentuali di soggetti in eccesso ponderale inferiori rispetto al valore nazionale, il Friuli Venezia Giulia è il territorio con la percentuale di persone in sovrappeso/obese simile al valore nazionale (42%).

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).

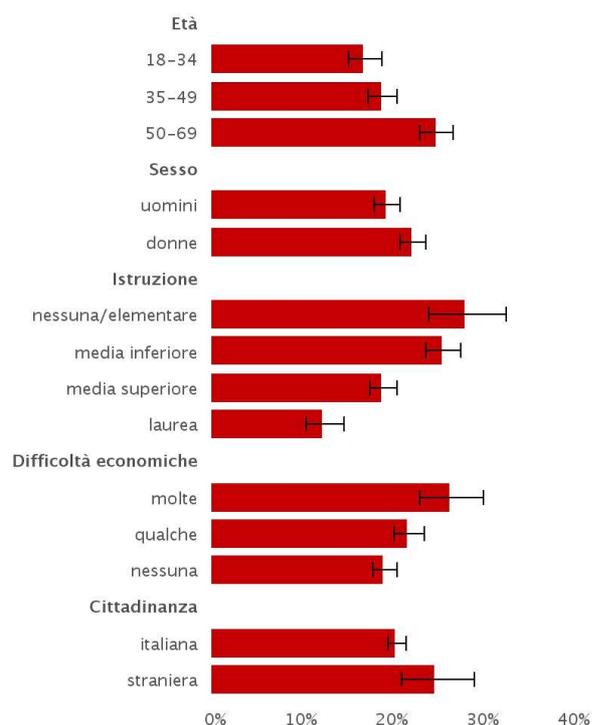
Inoltre, il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. Il livello di attività fisica raccomandato nella popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

	Regione n = 6983			Italia n = 148842			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Attivo	36.1	34.8	37.3	33.2	32.9	33.5	
Parzialmente attivo	43.3	42.0	44.5	35.8	35.5	36.1	
Sedentario	20.7	19.7	21.7	31.0	30.7	31.3	

Sedentari per caratteristiche socio-demografiche

Friuli Venezia Giulia

Totale: 20.7% (IC95%: 19.7-21.7%)



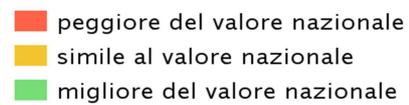
– Il 36% delle persone intervistate nel periodo 2011-2014 riferisce di effettuare un lavoro pesante o di praticare attività fisica a un livello che può essere definito attivo. Il 43% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (è dunque parzialmente attivo), mentre il 21% risulta completamente sedentario.

– Le percentuali di persone completamente sedentarie aumentano con l'età (25%), tra le donne (22%) e le persone che hanno il minor grado di istruzione. Emerge inoltre una maggior componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche e tra gli stranieri.

Sedentario per regione di residenza

Passi 2011-2014

- La prevalenza di sedentari non accenna a ridursi nel corso del 2011-2014, ma si osserva inoltre un chiaro gradiente Nord-Sud con differenze significative nel confronto tra Regioni: la P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (1 persona su 10), mentre in Basilicata si registra quella più alta (6 persone su 10)



Consumo di frutta e verdura

Lo scarso consumo di frutta e verdura secondo l'Organizzazione mondiale della sanità 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.

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.

	Regione n = 7033			Italia n = 152215			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
0 porzioni	2.7	2.3	3.1	2.9	2.8	3.0	
1/2 porzioni	46.5	45.2	47.7	49.4	49.0	49.7	
3/4 porzioni	39.1	37.9	40.3	38.2	37.9	38.6	
5+ porzioni	11.8	11.0	12.6	9.5	9.3	9.7	

In Friuli Venezia Giulia, la metà degli adulti consuma tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura, mentre solo uno su dieci (12%) ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero cinque porzioni al giorno (*five a day*).

Consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, è un'abitudine che cresce con l'avanzare dell'età (16% vs 7%) ed è più frequente fra le donne (14%).

Abitudini 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.

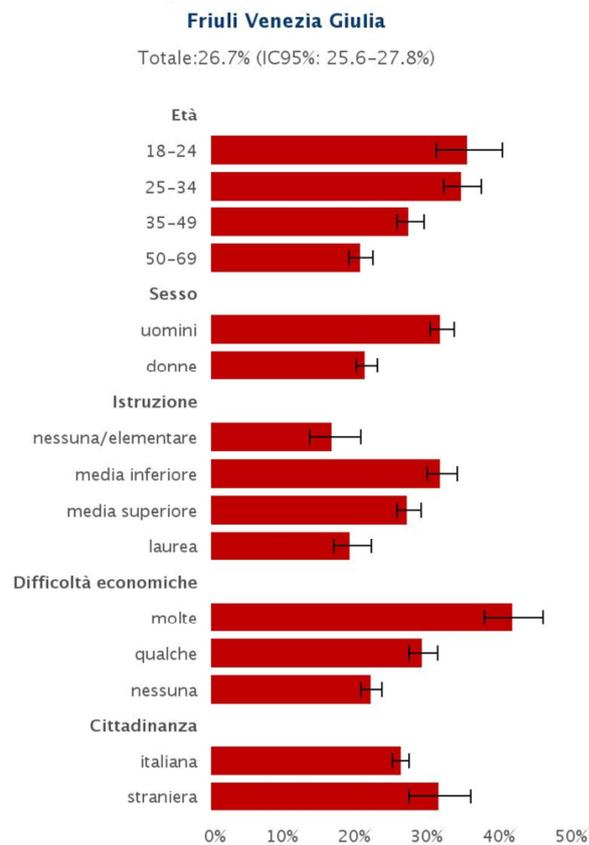
Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità di interventi. In questo senso, l'Italia è fortemente impegnata nel Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, con piani di contrasto al tabagismo in quasi tutte le Regioni.

	Regione n = 7033			Italia n = 152224			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore nazionale Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Non fumatori	49.6	48.4	50.9	54.5	54.1	54.8	
Fumatori	26.7	25.6	27.8	27.4	27.1	27.7	
in astensione	1.1	0.9	1.4	1.0	1.0	1.1	
occasionali	1.2	0.9	1.5	0.5	0.5	0.6	
quotidiani	24.5	23.4	25.6	25.8	25.5	26.1	
Ex-fumatori	23.7	22.6	24.8	18.1	17.9	18.4	
Numero medio di sigarette fumate	12.0	11.7	12.4	12.7	12.6	12.8	

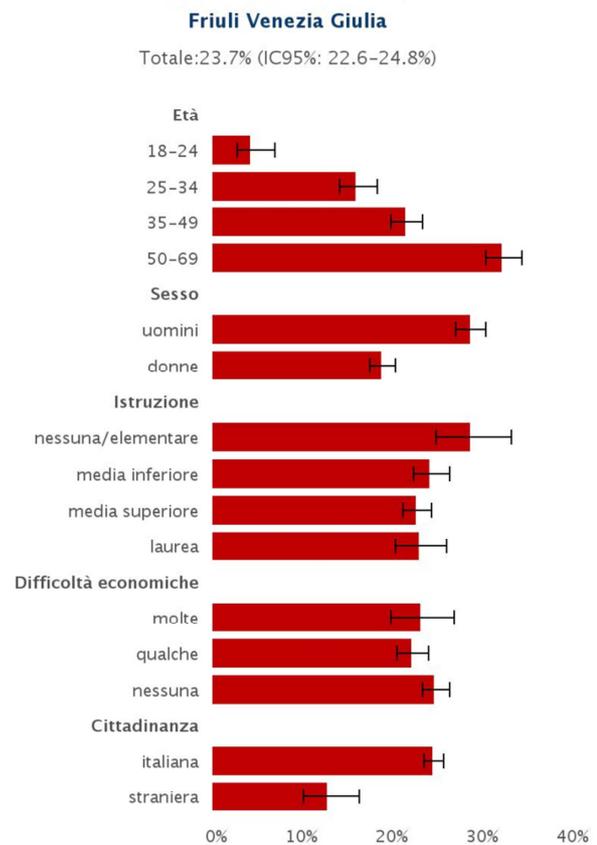
Fumatore: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).
Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.
Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.
Fumatore in astensione: fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.
Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni.
Fumatore quotidiano: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

In Friuli Venezia Giulia, la maggioranza degli adulti non fuma o ha smesso di fumare: meno di un intervistato su tre fuma e, fra questi, circa un quarto consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno.

Fumatori per caratteristiche socio-demografiche



Ex-fumatori per caratteristiche socio-demografiche



L'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 18 e 24 anni e tra 25 e 34 anni (35%), mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente (21%). Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (meno di una su quattro) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici. 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. Fumano di più gli stranieri.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, l'8% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

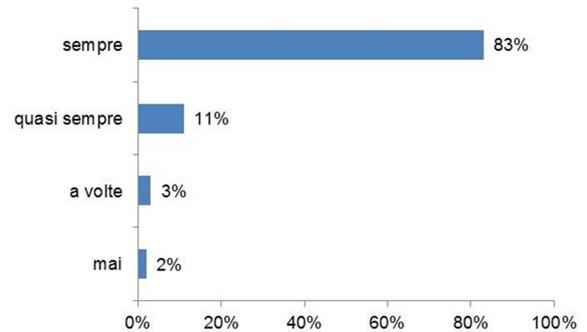
La prevalenza di ex fumatori (complessivamente pari al 23% degli intervistati nel periodo 2011-2014) è significativamente più alta fra i più anziani (32%), fra gli uomini (29%), fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (25% vs 13%) e per coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche (25%).

Fumo :passivo: rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Tra i lavoratori intervistati nel 2011-14, il 94% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (83%) o quasi sempre (11%).

Il 5% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è a volte (3%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Friuli Venezia Giulia*



*lavoratori che operano in ambienti chiusi
(escluso chi lavora solo)

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza

Passi 2011-2014



La geografia dell'esposizione al fumo passivo disegna un chiaro gradiente Nord-Sud: secondo quando percepiscono le persone intervistate da Passi, il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro sembra essere significativamente più elevato nelle Regioni del Nord e meno in quelle del Centro e soprattutto del Sud.

Consumo 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.

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.

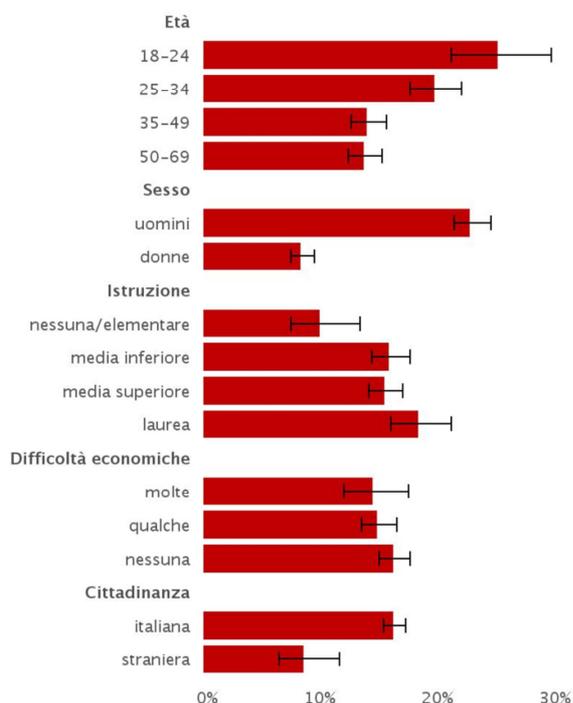
	Regione n = 6981			Italia n = 149605			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Consumo alcol	69.2	68.0	70.3	55.1	54.7	55.4	
Consumo fuori pasto	15.2	14.4	16.1	8.0	7.8	8.1	
Consumo abituale elevato	5.8	5.2	6.5	3.7	3.6	3.8	
Consumo binge	15.6	14.7	16.5	8.8	8.6	9.0	
Consumo a maggior rischio	29.0	27.9	30.2	16.9	16.7	17.1	

Più di due terzi degli adulti in Friuli Venezia Giulia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di consumare bevande alcoliche e circa un terzo ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione.

Consumo binge per caratteristiche socio-demografiche

Friuli Venezia Giulia

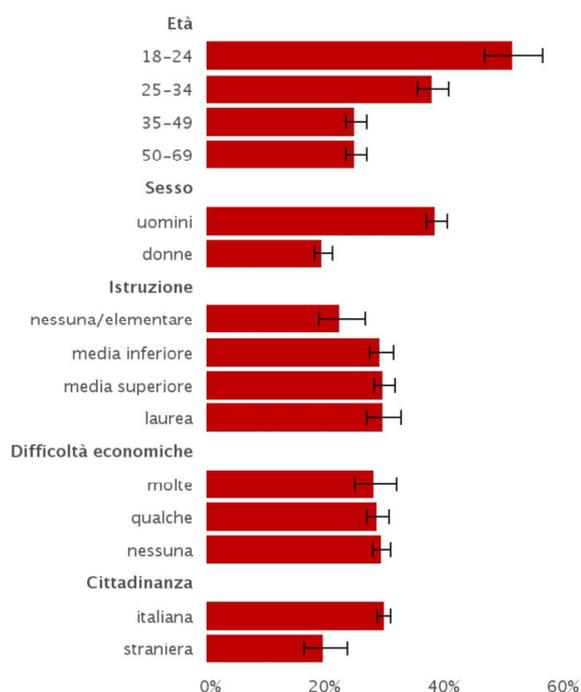
Totale:15.6% (IC95%: 14.7-16.5%)



Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche

Friuli Venezia Giulia

Totale:29.0% (IC95%: 27.9-30.2%)



Le persone a particolare rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori, le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*)

La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio, per il periodo di rilevazione 2011-2014 è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 52%) e gli uomini (39%), i cittadini italiani (30%). Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni 25%), gli uomini(23% vs8%)e le persone con livello di istruzione alta e tra i cittadini italiani (16% vs.9%). Per le difficoltà economiche, invece, non risultano differenze significative.

Il consumo di alcol a "maggior rischio" resta prerogativa dei residenti nel Nord Italia, in particolare nella in Friuli Venezia Giulia dove si registrano le percentuali più alte. della media nazionale. Il consumo binge disegna la stessa geografia del consumo a "maggior rischio"

Consumo a maggior rischio per regione di residenza

Passi 2011-2014



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Consumo binge per regione di residenza

Passi 2011-2014



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Sicurezza

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Nella maggior parte dei paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa uno su cinque dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale si rileva un eccesso di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol, superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto, nel periodo di riferimento sia come conducenti sia come persone trasportate.

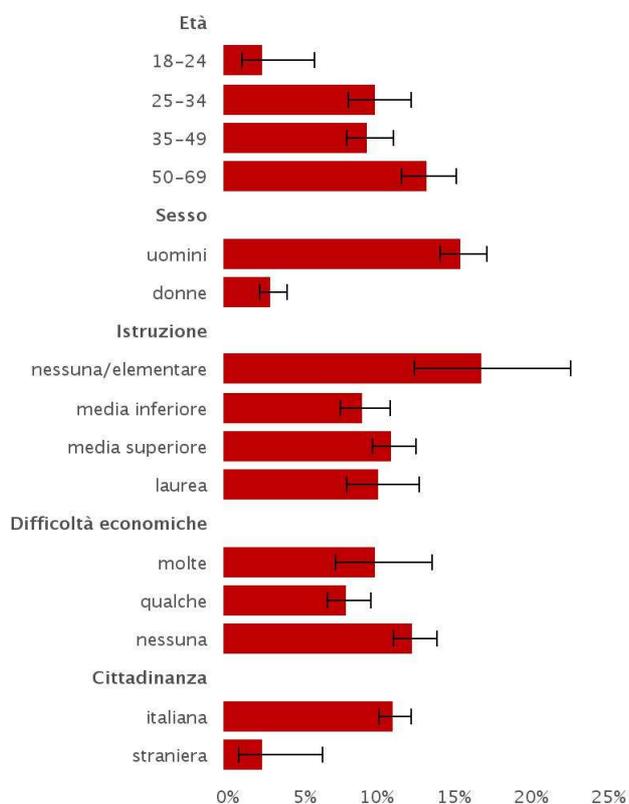
	Regione n = 4601			Italia n = 81712			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Guida sotto effetto dell'alcol	10.6	9.7	11.6	8.6	8.4	8.9	
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	7.2	6.6	7.9	5.9	5.7	6.0	
Controlli forze dell'ordine	43.4	42.1	44.6	33.6	33.3	33.9	
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	13.5	12.2	14.8	10.6	10.3	10.9	

Nel quadriennio 2011-2014, l'11% dei conducenti riferisce di aver guidato un'auto, o una moto, sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni, ovvero di aver bevuto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messo alla guida, mentre il 7% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi (14% tra coloro che sono stati fermati dalle forze dell'ordine) e prevalentemente indirizzati a giovani e uomini.

Guida sotto effetto dell'alcol per caratteristiche socio-demografiche
Friuli Venezia Giulia

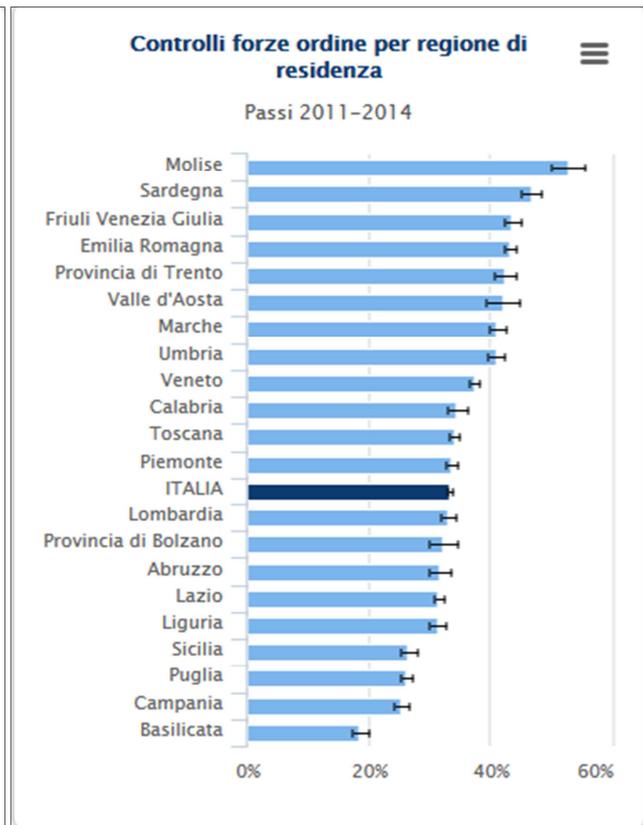
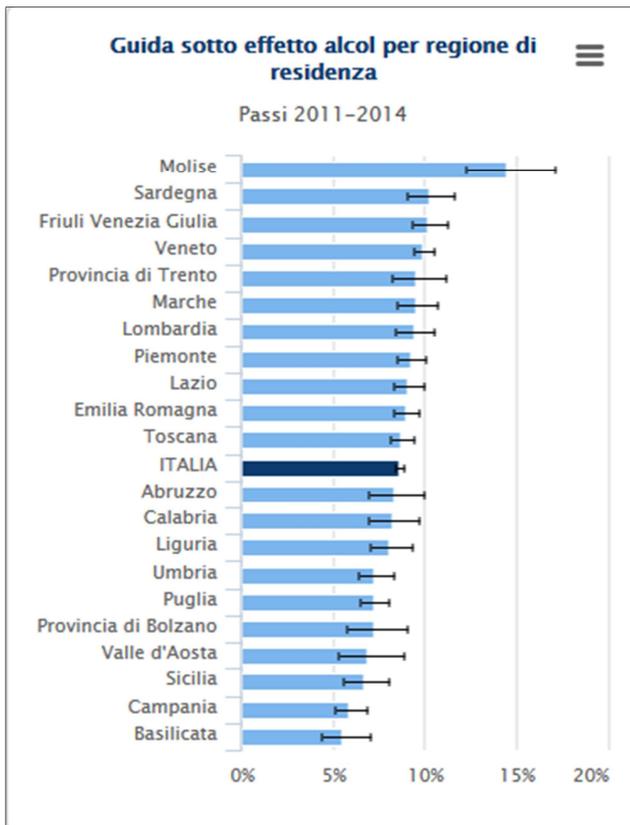
Totale: 10.6% (IC95%: 9.7-11.6%)



Tra i 18 e 24 anni, il 3% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto. Questo dato seppur basso, è preoccupante in quanto il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto quando legato alla giovane età. Considerando poi i giovani tra 18 e 21 anni, il 5% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto, rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è più elevata nella fascia d'età 25-34 anni e 50-69 anni, (13%) tra gli uomini (15% vs 3%) e tra i cittadini italiani.

Dal confronto tra le Regioni emergono differenze significative sia per quanto riguarda la guida sotto l'effetto dell'alcol che il controllo delle forze dell'ordine. In Friuli Venezia Giulia le percentuali sono tra le più elevate rispetto al resto delle regioni italiane.



Uso dei dispositivi di sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Uso cintura anteriore sempre	93.9	93.3	94.5	84.5	84.2	84.8	
Uso cintura posteriore sempre	37.3	35.9	38.7	20.1	19.8	20.4	
Uso casco sempre	99.2	98.6	99.5	95.3	94.9	95.6	
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	15.0	12.9	17.4	22.3	21.5	23.1	
Penetrazione campagna informativa su uso di dispositivi sicurezza per bambini	61.1	57.9	64.2	61.2	60.2	62.1	

La maggior parte degli intervistati che, nei precedenti ultimi 12 mesi, sono andati in moto dichiara un comportamento responsabile perché nel 99% dei casi indossa sempre il casco.

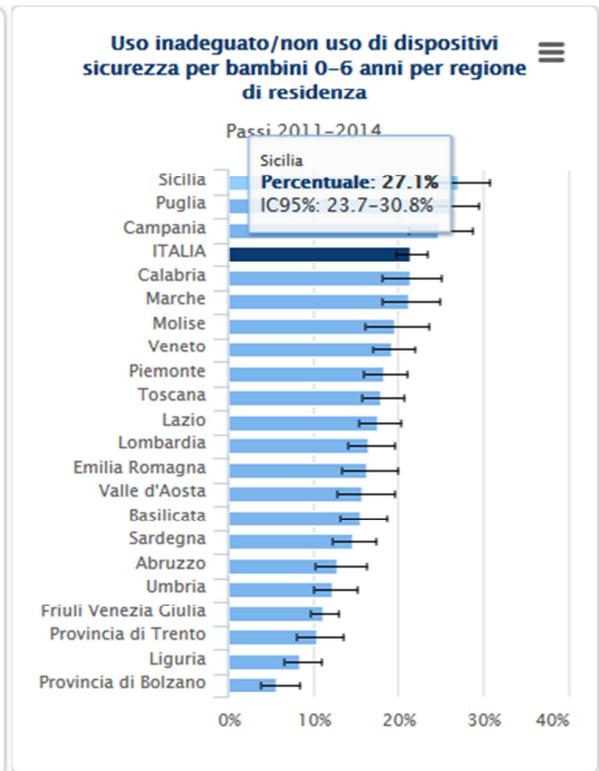
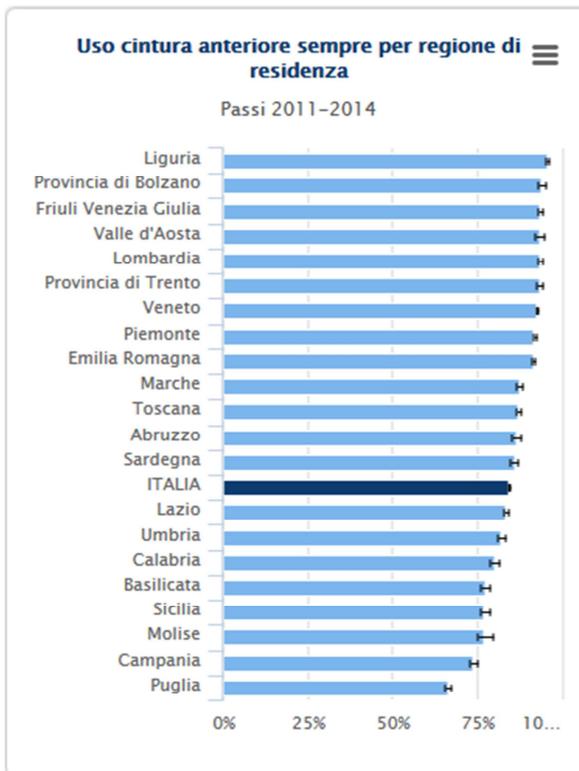
Gli intervistati che hanno viaggiato in auto come conducente o viaggiatore anteriore dichiarano, nel 94% dei casi, di indossare sempre la cintura di sicurezza.

Invece, l'uso della cintura posteriore è ancora oggi poco frequente: solo il 37% degli intervistati, infatti, dichiara di indossarla sempre.

Infine, l'85% degli intervistati che vivono con minori fino a 6 anni, dichiara di assicurare sempre i bambini al seggiolino di sicurezza, quando li trasporta in auto.

Sei intervistati su dieci (61%), nel cui nucleo familiare sono presenti minori, hanno riferito di aver visto o sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza dei bambini.

In tema di utilizzo dei dispositivi di sicurezza stradale la regione Friuli Venezia Giulia è fra le più virtuose in Italia.



Sicurezza in casa

Il rischio di incorrere in un incidente domestico è generalmente sottovalutato, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Eppure gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico). Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

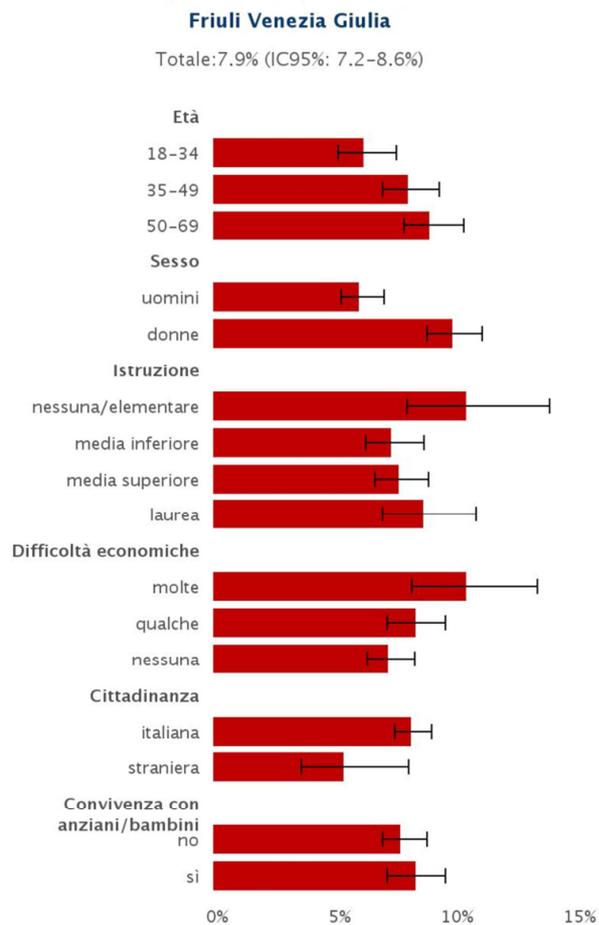
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore rispetto al valore nazionale simile migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	7.9	7.2	8.6	5.8	5.7	6.0	
negli ultra-64enni	8.8	6.8	11.3	6.1	5.6	6.6	
in chi convive con ultra-64enni	9.3	7.1	12.0	5.9	5.5	6.3	
nelle donne	9.8	8.7	11.0	7.2	6.9	7.4	
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	7.9	6.7	9.4	7.4	7.0	7.7	
Infortunio domestico che ha richiesto cure	4.5	4.0	5.0	3.3	3.2	3.5	

La consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa nella popolazione adulta : 8 intervistati su 100 considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari).

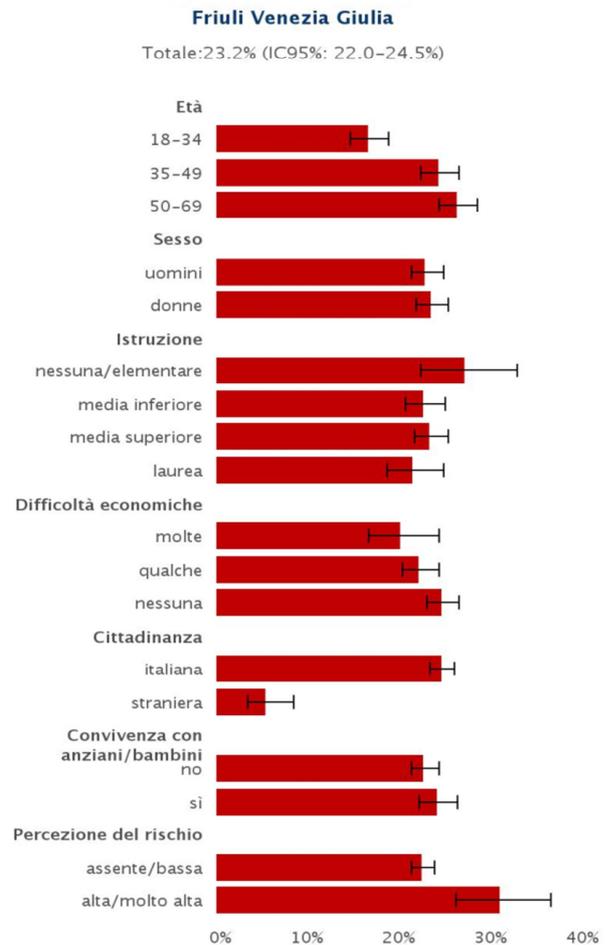
Questa consapevolezza è maggiore tra chi vive con anziani o bambini, tra le donne, tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, tra chi ha più difficoltà economiche.

5 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale). Gli incidenti domestici sono più frequenti al crescere dell'età, tra le donne, tra le persone più svantaggiate per istruzione o difficoltà economiche.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche socio-demografiche



Ricevute informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi per caratteristiche socio-demografiche



1 intervistato su 5 dichiara di aver ricevuto qualche informazione su come poter prevenire gli infortuni domestici. Hanno ricevuto queste informazioni i soggetti di età più anziana, gli italiani, i soggetti che hanno una maggiore consapevolezza del rischio.

Coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici hanno dichiarato come fonti più comuni i mass media (38%) e gli opuscoli (51%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto il personale sanitario (16%), tecnici (13%) e parenti o amici (3%). Tra chi ha ricevuto informazioni, il 29% dichiara di aver poi modificato i propri comportamenti o di aver adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Programmi di prevenzione individuale

Vaccinazione antinfluenzale stagionale

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio, in particolare: persone di 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti (per esempio, operatori sanitari) e persone con oltre 64 anni.

L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio sanitario nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno i tre quarti della popolazione target.

Tuttavia, mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni non esistono invece dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà a stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione e che quindi dovrebbero vaccinarsi. Passi può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche

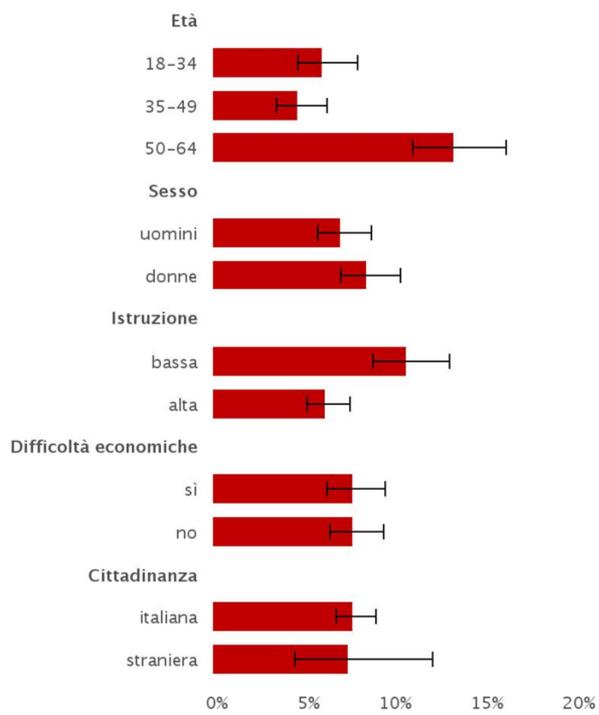
	Regione n = 2874			Italia n = 66964			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura vaccinale nei 18-64enni	7.7	6.7	8.8	9.0	8.7	9.3	
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	18.2	14.7	22.3	23.2	22.2	24.3	
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	5.5	4.6	6.6	6.4	6.1	6.6	

Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale aumenta con l'avanzare dell'età, in particolare è più alto tra i 50-64 anni e fra le persone con un più basso livello di istruzione. Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale è più frequente fra le persone affette da patologie croniche (18%), alle quali è fortemente raccomandata, ma resta in ogni caso molto lontano dall'atteso: solo 1 su 5 dei 18-64enni affetti da una patologia cronica (fra cui malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie croniche, tumori, malattie croniche del fegato), riferiscono di essersi vaccinati. Le persone con diabete, tra quelle con patologie croniche, ricorrono più frequentemente alla vaccinazione antinfluenzale.

Copertura vaccinale nei 18-64enni per caratteristiche socio-demografiche

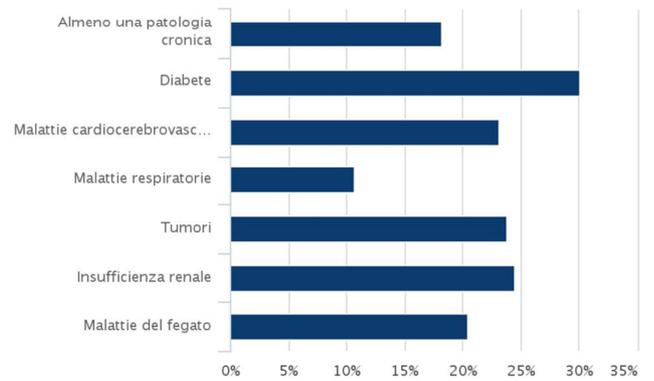
Friuli Venezia Giulia

Totale: 7.7% (IC95%: 6.7-8.8%)



Copertura vaccinale nei 18-64enni con patologie croniche Friuli Venezia Giulia

Passi 2011-2014



Vaccinazione antirosolia

L'Organizzazione mondiale della sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita. La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero, e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, i dati routinari di copertura vaccinale evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%. Il Piano prevede inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

Nella Regione Friuli Venezia Giulia i dati sulla Rosolia sono stati raccolti nei seguenti anni: 2011, 2012, 2013

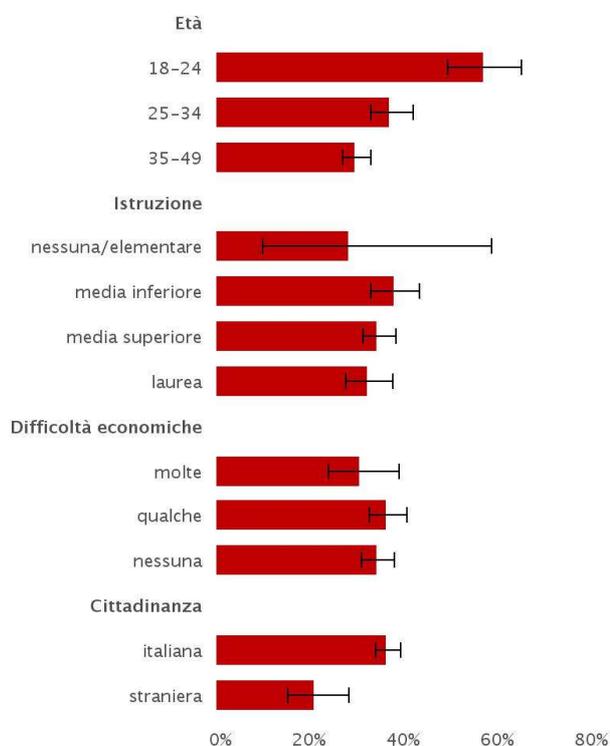
Per quanto riguarda la copertura vaccinale, il 35% delle donne dichiarano di essere state vaccinate contro la rosolia.

Si conferma che la percentuale di donne vaccinate è significativamente maggiore tra quelle più giovani: nella classe di età 18-24 è massima (57%) (grazie al recupero straordinario previsto dal Piano di eliminazione con l'offerta della vaccinazione nell'adolescenza) mentre nelle generazioni successive la percentuale di vaccinate per la rosolia diminuisce gradualmente (37% tra le 25-34enni e 30% tra le 35-49enni). Inoltre, le vaccinate sono più frequenti tra le donne e con cittadinanza italiana (37%).

La quota di donne certamente suscettibili alla rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (pari al 3%), tuttavia molto alta è la quota di donne che non sono a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia (32%).

Vaccinazione antirosolia caratteristiche socio-demografiche Friuli Venezia Giulia

Totale: 34.7% (IC95%: 32.3-37.2%)



Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna per frequenza e in Italia rappresenta quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili. La mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con lo screening cervicale, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni alle donne, a partire dai 25 anni fino ai 64 anni di età. Tuttavia lo screening viene effettuato anche al di fuori di programmi organizzati, su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato il Pap test o l'HPV test e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla AAS oppure su iniziativa personale.

	Regione n = 2780			Italia n = 61112			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening per neoplasia cervicale totale	89.2	87.9	90.4	78.7	78.3	79.1	
Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato	61.6	59.6	63.5	41.7	41.3	42.2	
Copertura screening per neoplasia cervicale spontaneo	27.5	25.7	29.3	36.5	36.0	37.0	

Dai dati Passi 2011-2014 risulta che quasi 9 donne su 10, in età fra 25 e 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina.

Lo screening cervicale a scopo preventivo avviene per il 62% dentro i programmi organizzati dalle AAS e per il 28% si tratta di uno screening spontaneo.

Gli screening organizzati riducono le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione. Infatti, per la gran parte delle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente di altre si sottopongono allo screening cervicale, l'offerta di un programma organizzato rappresenta l'unica occasione di prevenzione del tumore della cervice.

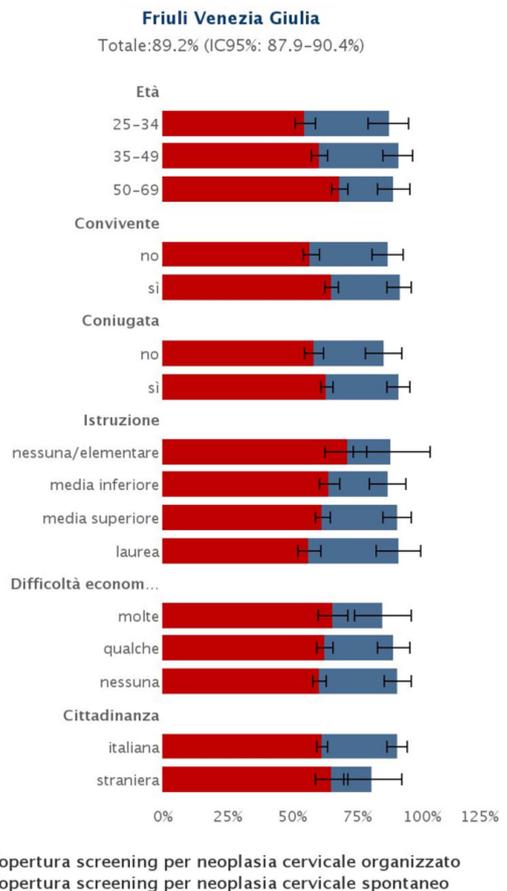
La copertura al test di screening è maggiore nelle donne di 35-49 anni (83%), in quelle coniugate (83%) e conviventi (82%) e nelle italiane rispetto alle straniere (79% vs. 73%).

La copertura tende a crescere all'aumentare del livello d'istruzione ed è maggiore nelle donne che riferiscono di non avere difficoltà economiche.

Ma, esaminando separatamente le donne che hanno eseguito il test nell'ambito dei programmi di screening organizzati dalla AAS e coloro che lo hanno eseguito di propria iniziativa, emerge che:

- la percentuale di donne che fanno il test all'interno della campagne di screening è maggiore nella classe d'età 50-64 anni, in chi ha un livello di istruzione più basso
- la percentuale di donne che fanno il test al di fuori delle campagne di screening mostra un forte gradiente per livello d'istruzione e difficoltà economiche riferite ed è più elevata nelle cittadine italiane.

Copertura screening per neoplasia cervicale per caratteristiche socio-demografiche



Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato per regione di residenza

Passi 2011-2014



Lo screening cervicale a scopo preventivo a livello nazionale avviene quasi in ugual misura dentro e fuori i programmi organizzati dalle Asl: lo screening organizzato e quello spontaneo catturano entrambi circa il 40% della popolazione target femminile. Nelle Regioni del Centro-Nord, tuttavia, dove l'offerta di programmi organizzati è maggiore, è anche più alta la quota di donne che vi si sottopone rispetto alla quota di donne che lo fanno come iniziativa spontanea; accade il contrario nelle Regioni meridionali, dove l'offerta di programmi organizzati è comunque più bassa.

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Secondo i dati dei registri tumori, il cancro della mammella provoca un quarto di tutti i tumori maligni delle donne. Grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure si stima una migliore sopravvivenza, dopo aver avuto un cancro della mammella. La mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, si raccomanda l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia. Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

	Regione n = 1356			Italia n = 29274			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening mammografico totale	85.6	83.5	87.5	71.0	70.3	71.7	
Copertura screening mammografico organizzato	68.3	65.5	71.0	51.4	50.7	52.1	
Copertura screening mammografico spontaneo	17.1	14.9	19.5	19.2	18.6	19.8	

Quasi l'86% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista. La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle AAS e il 68% della popolazione target femminile aderisce ai programmi offerti dalle Aziende. A questa percentuale di donne si aggiunge il 17% di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa personale, ovvero al di fuori dei programmi di screening organizzati.

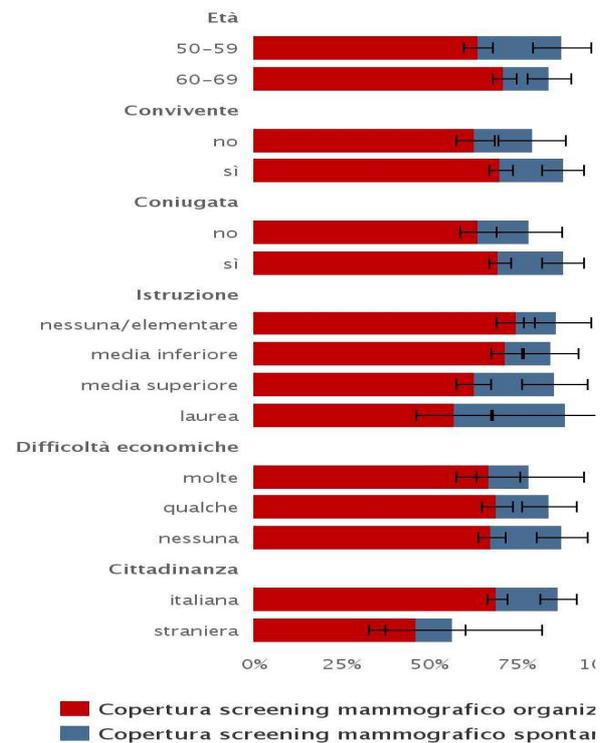
Il sottoporsi a una mammografia preventiva, è più frequente nelle donne di 50-59 anni, nelle coniugate o conviventi e senza difficoltà economiche. La copertura tra le donne italiane è più alta rispetto alle straniere (87% vs 58%). Confrontando le caratteristiche delle donne che hanno eseguito il test di screening nell'ambito di programmi organizzati con quelle delle donne che lo hanno fatto di propria iniziativa, si nota che:

- la percentuale di donne che praticano l'esame all'interno del programma di screening è maggiore tra 60 e 69 anni. Al contrario, l'esame su iniziativa personale è effettuato con maggiore frequenza dalle donne un po' più giovani (50-59 anni)
- le donne italiane praticano lo screening il 30% in più delle straniere, indipendentemente dal fatto che il test sia organizzato o effettuato su iniziativa personale
- le differenze basate sul livello di istruzione sono capovolte: cioè, nello screening organizzato le donne meno istruite hanno una copertura migliore di quella delle donne più istruite. Nello screening praticato di propria iniziativa, invece, accade esattamente il contrario.

Copertura screening mammografico per caratteristiche socio-demografiche

Friuli Venezia Giulia

Totale: 85.6% (IC95%: 83.5-87.5%)



Copertura screening mammografico organizzato per regione di residenza

Passi 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Chiaro il gradiente Nord-Sud della copertura dello screening mammografico.

Diagnosi precoce del tumore del colon retto

I tumori del colon-retto sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne. Si tratta di una neoplasia abbastanza rara prima dei 40 anni, che diventa più frequente a partire dai 60. Quasi 300.000 cittadini italiani, secondo i registri tumori, vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale.

Negli ultimi anni, nonostante sia aumentato il numero di tumori, si è assistito a una diminuzione della mortalità, dovuta a un'informazione più adeguata, ai miglioramenti terapeutici e soprattutto alla diagnosi precoce che si stima riduca la mortalità per cancro del colon-retto di circa il 20%.

Viene proposto, come strategia di screening, per le neoplasie del colon-retto nelle persone della fascia 50-69 anni la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale o l'esecuzione della rettosigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame, la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.

Tra gli argomenti di salute monitorati dal Passi, è presente una sezione che indaga sulla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto tra le persone di 50-69 anni.

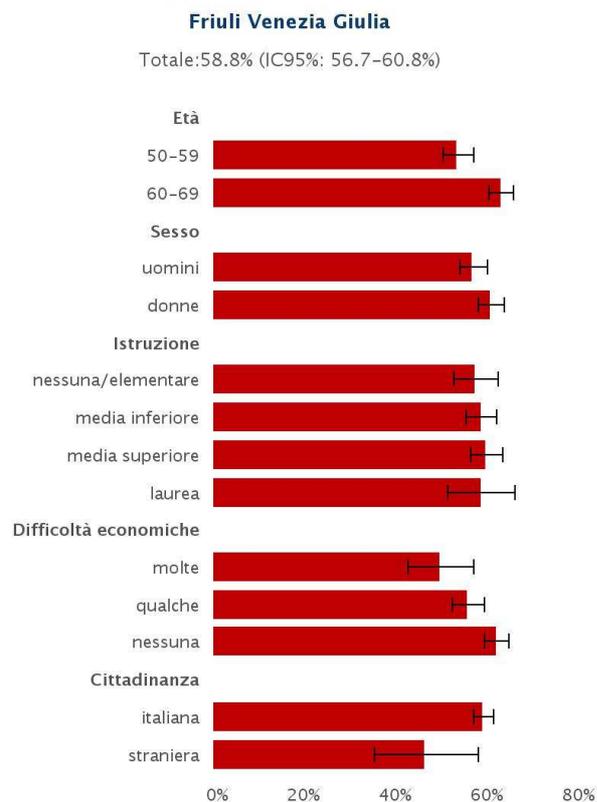
	Regione n = 2674			Italia n = 51966			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening coloretale totale	65.0	62.9	66.9	40.8	40.3	41.3	
Copertura screening coloretale organizzato	57.1	55.0	59.1	32.8	32.3	33.2	
Copertura screening coloretale spontaneo	7.4	6.4	8.6	7.3	7.0	7.6	
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	58.8	56.7	60.8	34.6	34.1	35.0	
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	15.9	14.4	17.5	13.2	12.9	13.6	

N.B. Le Asl piemontesi sono escluse dalle stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati

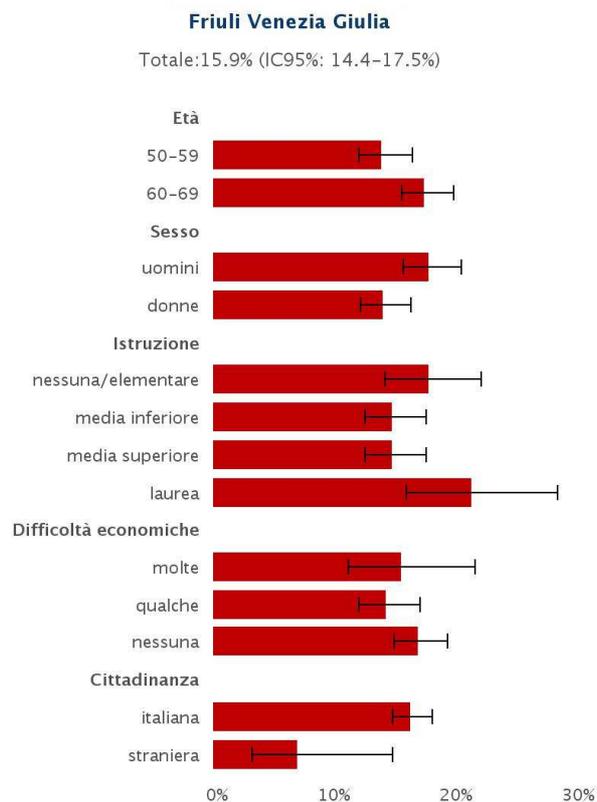
Nel periodo di rilevazione 2011-14, il sistema di sorveglianza Passi, rileva che il 65% delle persone di 50-69 anni di età ha eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali a scopo preventivo, in accordo con le raccomandazioni (ricerca del sangue occulto fecale, negli ultimi due anni, oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia, negli ultimi cinque anni).

L'adesione allo screening avviene nella quasi totalità dei casi nell'ambito di programmi organizzati (57%) e scarsamente su iniziativa personal (7%).

Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche



Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per caratteristiche socio-demografiche



La ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof) è il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce del tumore coloretale. Circa il 59% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni di età riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista. Le persone di maggiore età, 60-69enni (63%), le donne (61%), le persone economicamente più avvantaggiate (62%) e i cittadini italiani (59%) rappresentano i gruppi di popolazione in cui è più alta l'adesione allo screening.

La colonscopia/rettosigmoidoscopia è un esame secondario alla ricerca del sangue occulto fecale, che ne completa la procedura diagnostica qualora il Sof risultasse positivo; pertanto non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening.

Il 16% degli intervistati di 50-69 anni, riferisce di aver effettuato una colonscopia o rettosigmoidoscopia a scopo preventivo, nei cinque anni precedenti l'intervista. Hanno eseguito più frequentemente l'esame le persone di maggiore età (17%), gli uomini (19%), le persone con maggiore istruzione (21%), quelle che non hanno difficoltà economiche (17%) e i cittadini italiani (16%).

Come già detto l'adesione allo screening avviene nella quasi totalità dei casi nell'ambito di programmi organizzati e scarsamente su iniziativa personale. L'offerta non è però ancora presente su tutto il territorio nazionale né tantomeno è omogenea.

Per la ricerca del sangue occulto, il gradiente geografico descrive le Regioni meridionali come le più svantaggiate (appena il 13% della popolazione target residente nel Sud Italia dichiara di aver fatto un Sof) così come la geografia della copertura della colonscopia/rettosigmoidoscopia e le caratteristiche socio-demografiche delle persone che vi si sottopongono sono sovrapponibili a quanto osservato per il Sof.

Copertura screening colorettaile organizzato per regione di residenza

Passi 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Il ruolo dei medici e degli operatori sanitari nella promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche

I dati del sistema di sorveglianza Passi indicano che in Friuli Venezia Giulia sebbene molte persone adottino già uno stile di vita salutare, esiste una fascia di popolazione per la quale sarebbe sufficiente un piccolo sforzo per incrementare ulteriormente i vantaggi, mentre una percentuale inferiore ha ancora difficoltà e va quindi sostenuta anche attraverso politiche ed interventi di sanità pubblica per rendere più facile la scelta salutare. Il lavoro dei sanitari e in particolare dei Medici di medicina generale, è pertanto di fondamentale importanza sia perché hanno i contatti più frequenti con i loro assistiti, sia per la fiducia di cui godono presso di essi. Infatti, i soli consigli (anche brevi) dati dai sanitari ai propri assistiti, si sono dimostrati efficaci nel modificare gli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol).

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari?

	Regione n = 7008			Italia n = 151603			Valore più basso peggiore 25% percentile simile rispetto al valore nazionale 75% percentile valore nazionale migliore Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	75.4	71.7	78.7	77.6	76.7	78.5	
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	43.5	41.1	46.0	41.9	41.3	42.5	

In Friuli Venezia Giulia poco più della metà delle persone in eccesso ponderale (52%) ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e il 75% delle persone obese.

Il 24% delle persone in eccesso ponderale segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (35%, a fronte del 14% tra quelle che non hanno ricevuto tale consiglio).

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

	Regione n = 6983			Italia n = 148842			Valore più basso peggiore 25% percentile simile rispetto al valore nazionale 75% percentile valore nazionale migliore Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica	31.1	29.9	32.4	30.6	30.3	30.9	
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	41.2	38.3	44.2	42.4	41.7	43.2	
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	39.1	37.0	41.2	37.7	37.2	38.3	

Il 39% dei sanitari si è informato sull'attività fisica praticata dai propri assistiti ed al 31% di questi ha consigliato di praticarla. Il livello di interesse dei sanitari rispetto all'attività fisica dei propri assistiti è aumentato nel tempo.

L'attenzione degli operatori sanitari nel consigliare l'attività fisica è maggiore nei soggetti affetti da patologie croniche (41%) e in eccesso ponderale (39%).

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

	Regione n = 7033			Italia n = 152224			Valore più basso peggiore 25% percentile simile rispetto al valore nazionale 75% percentile valore nazionale migliore Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Chiesto se fuma	46.6	45.2	47.9	39.9	39.6	40.3	
Consiglio smettere	45.7	43.1	48.4	52.1	51.4	52.8	

Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Fra chi è stato in contatto con un sanitario nell'ultimo anno, quasi la metà (47%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo e al 46% è stato consigliato di smettere di fumare.

È stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 65% dei fumatori, il 45% degli ex fumatori e il 37% dei non fumatori.

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

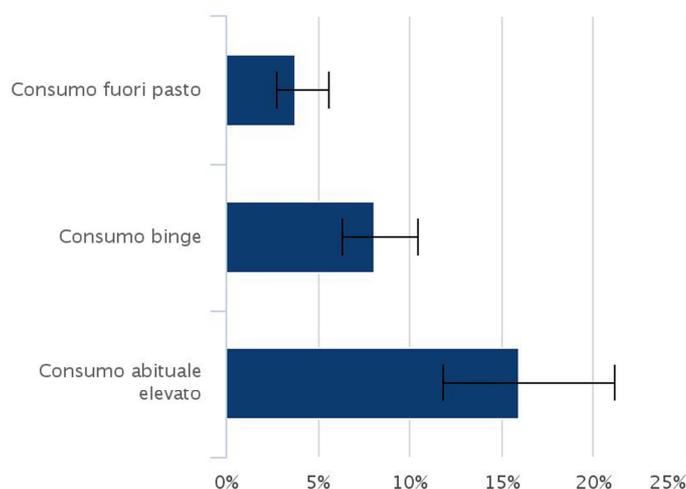
	Regione n = 6981			Italia n = 149605			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	6.0	4.9	7.5	6.0	5.6	6.4	

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: In Friuli Venezia Giulia un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti relativi al consumo di alcol solamente nei confronti di una persona su 5 tra quelle con cui ha avuto contatto (20%).

Tra i bevitori a rischio solo il 6% ha ricevuto il consiglio di bere meno e questo riguarda, in particolare, chi ne fa un consumo abituale elevato (16%), meno i consumatori binge (8%) e ancor meno chi consuma alcol prevalentemente fuori pasto (4%).

Categorie di bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico Friuli Venezia Giulia

Passi 2011-2014



Ringraziamenti

Questo rapporto è stato possibile grazie all'attività dei Coordinatori Aziendali e degli intervistatori del Sistema di Sorveglianza PASSI, di seguito i nomi in ordine alfabetico:

Patricia Belletti, Patrizia Bernardis, Elisa Bernardi, Daniela Bertolo, Adriana Blazica, Marisa Bortolossi, Cinzia Braidà, Nicla Bravin, Silvana Buttignon, Cristina Cappello, Graziana Ciani, Emanuela Colombino, Dolores Comelli, Giuliana Copetti, Silvia Cosmini, Alessandra Cunial, Luisa De Carlo, Cristine De Marchi, Antonella Devetti, Denise Di Bernardo, Daniela Fabbro, Miriam Fabris, Gabriella Fedele, Paola Fuccaro, Loredana Fusco, Tolinda Gallo, Marilena Geretto, Daniela Germano, Jessica Giordari, Annaclara Guastaferrò, Andrea Iob, Sabrina Lalla, Mirella Lazzaretto, Beatrice Lazzaro, Maria Rosa Liani, Silvia Lovadina, Rosella Malaroda, Stefano Miceli, Simonetta Micossi, Annarosa Moretti, Nappa Maura, Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Maria Grazia Pellizzon, Stefania Pilan, Sandra Polese, Daniele Pulit, Manuela Ridolfo, Liliana Roppa, Manola Sgrulletti, Francesca Sonson, Marzia Spangaro, Silla Stel Romana Sussan, Daniela Steinbock, Margherita Zanini

Inoltre si ringraziano Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAS 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.

