

Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale quadriennio 2013-2016



Progetto realizzato con il supporto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

- **a livello aziendale le assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione**

Intervistatori: Patricia Belletti, Daniela Bertolo, Nicla Bravin, Luisa De Carlo, Jessica Giordari, Daniela Fabbro, Anna Clara Guastafarro, Mirella Lazzaretto, Sara Piazza, Sandra Polese, Jessica Sorentini.

Coordinatore: Luisa De Carlo

Vice-coordinatore: Daniela Fabbro

- **a livello regionale**

Coordinatore: Tolinda Gallo

- **a livello nazionale**

Responsabile Scientifico: Maria Masocco - Cnesps - Iss, Roma

Membri del Gruppo tecnico

Nicoletta Bertozzi - Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica - Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna

Stefano Campostrini - dipartimento di Statistica, Fondazione Università Ca'Foscari, Venezia

Giuliano Carrozzini - dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena

Benedetta Contoli - Cnesps - Iss, Roma

Marco Cristofori - Unità operativa Sorveglianza e Promozione della salute, Ausl Umbria 2 Orvieto (Tr)

Paolo D'Argenio - Cnesps - Iss, Roma

Angelo D'Argenzio - dipartimento di Prevenzione, Asl Caserta, Caserta

Amalia Maria Carmela De Luca - Uoc Epidemiologia, Asp Cosenza, Cosenza

Pirous Fateh-Moghadam - Osservatorio per la salute, Provincia autonoma di Trento

Gianluigi Ferrante - Cnesps - Iss, Roma

Valentina Minardi - Cnesps - Iss, Roma

Luana Penna - Cnesps - Iss, Roma

Alberto Perra - Cnesps - Iss, Roma

Valentina Possenti - Cnesps - Iss, Roma

Elisa Quarchioni - Cnesps - Iss, Roma

Mauro Ramigni - Azienda Ulss 9 Treviso dipartimento di Prevenzione, Treviso

Stefania Salmaso - Cnesps - Iss, Roma

Massimo Oddone Trinito - dipartimento di Prevenzione, Usl Roma C, Roma

Stefania Vasselli - ministero della Salute, Roma

Un ringraziamento particolare:

- ai Cittadini intervistati per la cortesia e la disponibilità mostrate;
- ai Medici di Medicina Generale per la loro collaborazione;

Redazione e impaginazione a cura di:

Stefania Pilan e Luisa De Carlo (Dipartimento di Prevenzione AAS 5 n. "Friuli Occidentale").
Le fotografie tratte da siti internet sono contrassegnate per essere riutilizzate; le altre sono state realizzate da Luisa De Carlo.

Per informazioni sul sistema di sorveglianza PASSI.: luisa.decarlo@ass5.sanita.fvg.it

Il rapporto PASSI 2013-16 aziendale è scaricabile dal sito: www.ass6.sanita.fvg.it

Per maggiori informazioni e approfondimenti visita il sito www.epicentro.iss.it/passi

Indice

	Pagina
<i>Profilo socio-demografico</i>	6
<i>Benessere</i>	
Percezione dello stato di salute	11
Sintomi di depressione	12
<i>Guadagnare salute</i>	
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	14
Attività fisica	16
Abitudine al fumo	18
Fumo passivo	20
Consumo di alcol	21
Alcol e guida	22
<i>Rischio cardiovascolare</i>	
Iperensione arteriosa	24
Ipercolesterolemia	25
Carta del rischio	25
<i>Sicurezza stradale e domestica</i>	
Sicurezza stradale	28
Sicurezza domestica	29
<i>Programmi di prevenzione:</i>	
Screening dei tumori del collo dell'utero	31
Screening dei tumori della mammella	33
Screening dei tumori del colon-retto	36
Vaccinazione antiinfluenzale	39
Vaccinazione antirosolia	41
<i>Metodi</i>	42

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione



Profilo socio demografico del campione

A partire dal 01.01.2015 l'Azienda per i Servizi Sanitari n.6 "Friuli Occidentale" in seguito alla Legge Regionale "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" del 18.07.2014, ha cambiato denominazione in Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 (AAS 5), non modificando comunque il territorio di competenza.

La popolazione in studio al 31.12.2016 è costituita da 207.160 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della AAS5 "Friuli Occidentale". Da gennaio 2013 a dicembre 2016, nella Azienda AAS5 "Friuli Occidentale" sono state intervistate 1407 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2013	PASSI 2014	PASSI 2015	PASSI 2016
Numerosità	396	396	307	308
Tasso di risposta	92.7	90.6	89.8	89.8
Tasso di rifiuto	5.6	7.6	9.4	10.2

Caratteristiche demografiche degli intervistati

L'età e il sesso

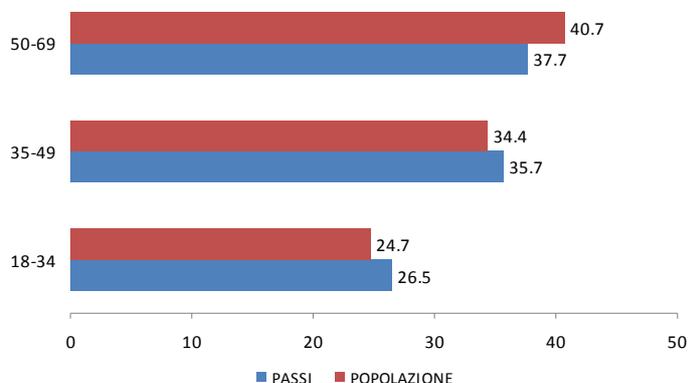
Il campione intervistato in AAS5 (1407 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50%) e uomini (50%).

Il campione è costituito per:

- il 26% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 36% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 38% da persone nella fascia 50-69 anni.

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è quasi sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età
AAS5 2013-2016

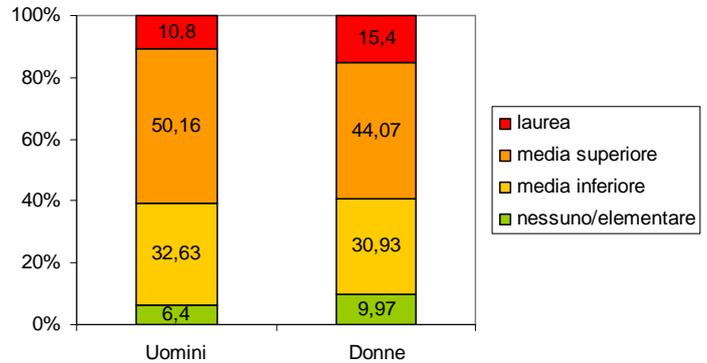


Il titolo di studio

Nella AAS5 "Friuli Occidentale" l'8% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32% la licenza media inferiore, il 47% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

Il titolo di studio è fortemente correlato all'età: il 19% di chi ha tra i 50 e i 69 anni non possiede alcun titolo vs l'1% delle altre classi d'età. Il 77% dei laureati ha meno di 50 anni.

% titolo di studio suddiviso per sesso
AAS5 - PASSI 2013-2016 (1405)



Lo stato civile

In Provincia di Pordenone i coniugati/conviventi rappresentano il 57% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 7% ed i vedovi il 3%.

Il 10.7% degli intervistati vive da solo; la percentuale è maggiore tra le persone della classe d'età 50 -69 anni (13% vs 8% delle altre classi) e tra gli uomini (12% vs il 9% delle donne).

% di persone che vivono sole
AAS5 - PASSI 2008-2016 (n=387)



Cittadinanza

In AAS5 "Friuli Occidentale" il campione è costituito dal 15% da cittadini stranieri, soprattutto donne (17%) e con un'età compresa tra i 18 e i 34 anni (29% dato statisticamente significativo).

% di stranieri per anno
AAS5 - PASSI 2008-2016 (n=482)



Il lavoro

Nel "Friuli Occidentale" il 72% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente. Lavora regolarmente il 80% degli uomini vs il 63% delle donne (dato statisticamente significativo).

Nella regione Friuli Venezia Giulia la percentuale delle persone occupate è del 72%. Nel pool di ASL PASSI nel periodo 2013-2016 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 65%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per anno
ASS5 2008-2016



% di persone che dichiarano molte difficoltà per anno
AAS5 - PASSI 2008-2016 (n=360)



Difficoltà economiche

Nel quadriennio 2013 -2016:

- il 56% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 34% qualche difficoltà
- il 10% molte difficoltà economiche.

La fascia 18-34 ha riferito più difficoltà rispetto alla fascia 50-69 (12% vs 9%); le donne hanno dichiarato maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (12% vs 9%).

Conclusioni

L'elevato tasso di risposta indica la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione. La bassa percentuale di rifiuti, sebbene in aumento, indica la necessità di trovare nuove strategie per far conoscere l'importanza del Sistema di Sorveglianza alla popolazione.

Dato che il territorio della Azienda Sanitaria "Friuli Occidentale" corrisponde a quello della Provincia di Pordenone, il campione indica una buona rappresentatività e consente di estendere le stime ottenute alla popolazione della Provincia.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

BENESSERE

Percezione dello stato di salute
Sintomi di depressione



Percezione dello stato di salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

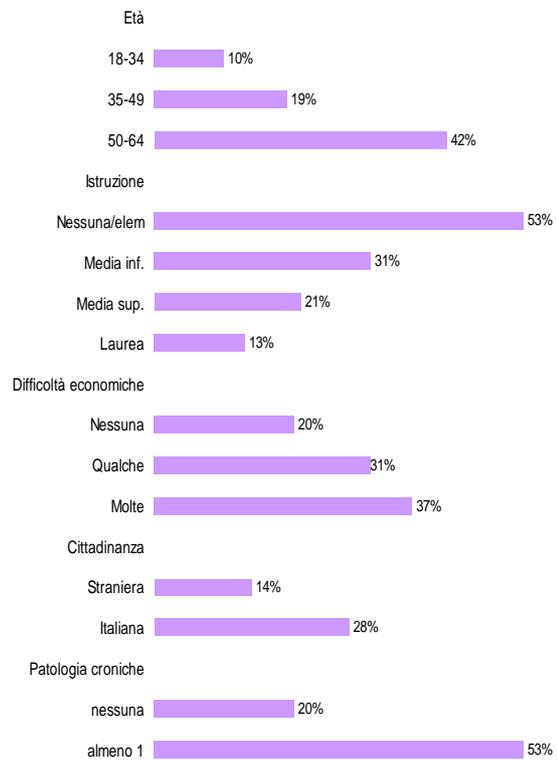
Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*).

Nell'Azienda per l'Assistenza sanitaria n. 5, il 75% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 23% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

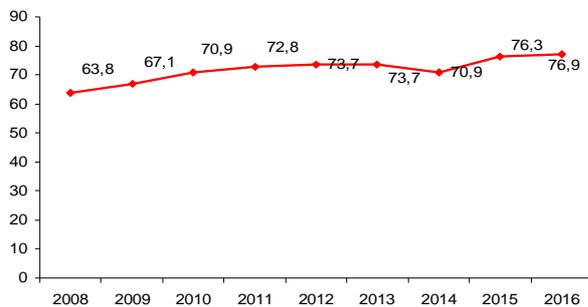
Stato di salute - PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Stato di salute percepito positivamente	75%	71%	69%

Caratteristiche socio demografiche persone che riferiscono uno stato di salute male o molto male AAS5 2013-16



Analisi del trend delle persone che percepiscono uno stato di salute positivo AAS5 2008-2016



Il numero medio di giorni in cattiva salute nell'ultimo mese è di 5.

La media dei giorni in cattiva salute fisica è pari a 3, quella dei giorni in cattiva salute psichica è di 2.

Il numero medio di giorni con limitazione delle attività a causa dello stato di salute è pari a 1.

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

Sintomi di depressione - PASSI 2013-16

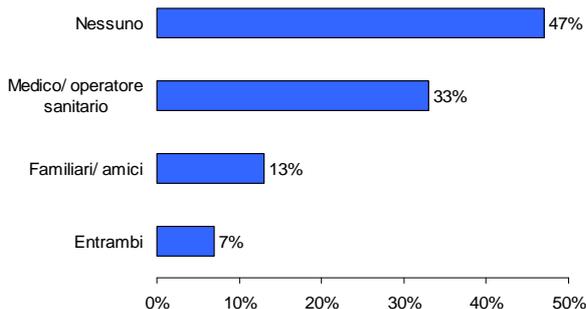
	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati con sintomi di depressione	5%	6%	6%

In AAS5 il 5% presenta dei sintomi di depressione.

Questa condizione è maggiormente diffusa tra gli italiani (6% vs 4% degli stranieri), i giovani (18-34 anni con una percentuale dell'7% vs il 5% dei 50-69 anni), nelle persone con basso titolo di studio (11%), almeno una patologia (8%), senza lavoro o con un lavoro irregolare (7%), in chi vive solo (6%); inoltre risultano essere statisticamente significative le percentuali delle persone con molte difficoltà economiche (15%) e delle donne (7%).

Il 53% delle persone con sintomi di depressione riferiscono uno stato di salute discreto/ male o molto male e di avere avuto limitazioni nell'attività quotidiana fino a 8 giorni nell'ultimo mese.

Solamente il 53% ha cercato aiuto. Tale percentuale a livello regionale è pari al 56,8% e a livello nazionale è del 61,0%.



% persone che dichiarano sintomi di depressione
POOL PASSI 2013-16



Conclusioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute. Si stima che solo il 5% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali maggiori tra le donne, le persone con difficoltà economiche, i senza lavoro e tra i giovani. I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (una persona su due), sebbene in aumento rispetto alle rilevazioni passate.

GUADAGNARE SALUTE

Situazione nutrizionale e abitudini
alimentari

Attività fisica

Abitudine al fumo

Consumo di alcol



Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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. Un ruolo protettivo è riconosciuto ad alcuni alimenti: frutta e verdura ad esempio proteggono dalle neoplasie e per questo motivo se ne raccomanda l'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno (*five-a-day*).

Nella AAS5 il 45% della popolazione presenta un eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura - PASSI 2013-2016

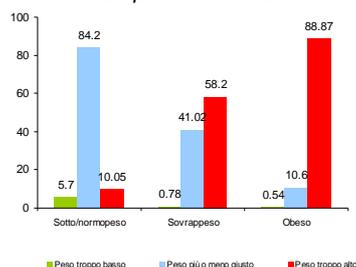
	AAS 5	FVG	Italia
Popolazione in eccesso ponderale			
<i>Sovrappeso</i> ¹	33.2 %	31.2%	31,7 %
<i>Obes</i> ²	11.8 %	10,5 %	10,5%
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario			
<i>Sovrappeso/obesi</i>	47.11 %	49.4 %	49,2 %
Adesione al <i>five-a-day</i>			
	10,00 %	12,70%	9,50 %

¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

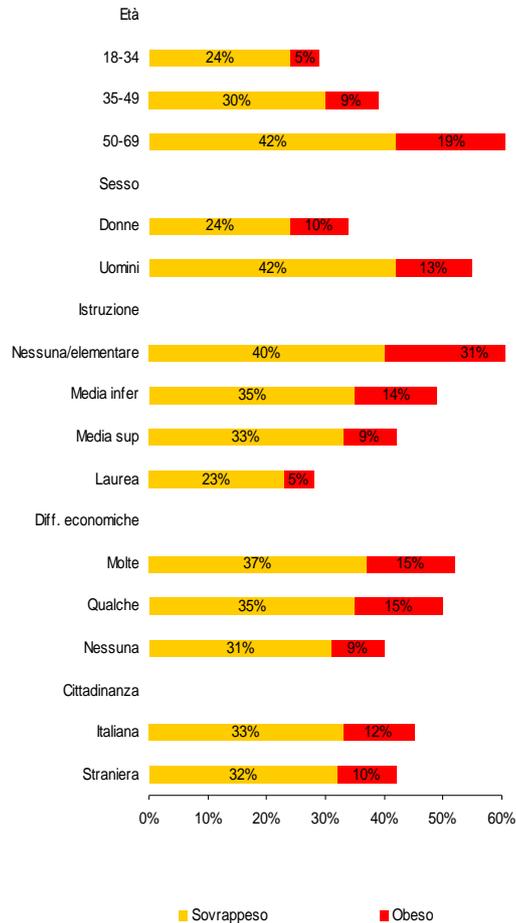
² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC riferito: in AAS5 infatti, si osserva un' elevata corrispondenza nei normopeso (84.28%) e negli obesi (88,87%), mentre tra le persone in sovrappeso invece il 41.0 % ritiene il proprio peso adeguato mentre solo il 58.2 % lo reputa troppo alto.

Percezione del proprio peso corporeo % Prevalenze per stato nutrizionale – AAS5



Eccesso ponderale in AAS5 Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche



L'eccesso ponderale si collega molto spesso ad altre condizioni di salute, diventandone sia causa che conseguenza.

In particolare, tra gli intervistati in AAS5 nel periodo 2013 -2016, si registra tra gli ipertesi un 35% di persone in sovrappeso/obese mentre, tra coloro che dichiarano di avere il colesterolo alto, il 32% è in condizione di eccesso ponderale.

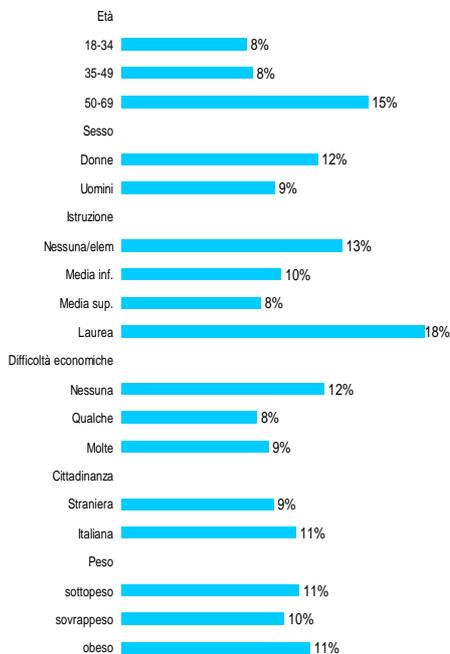
Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

Nella AAS 5 il 89% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 44% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 11% le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è maggiore in modo statisticamente significativo:

- nelle persone over 50, rispetto alla classe d'età 18-34 (15% vs. 7%).
- tra le donne (12% vs. 9%).

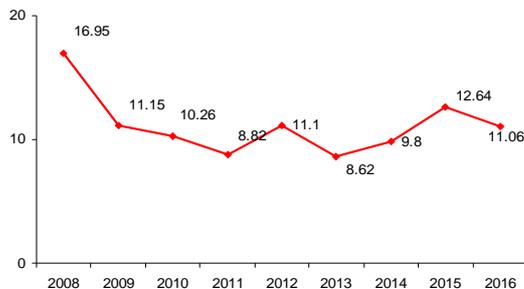
Adesione al five-a-day

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
AAS 5 2013-2016



Analisi del trend delle persone che consumano più di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

AAS5 2008-2016



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli sulla perdita di peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Il 47% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.

Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (21% nei sovrappeso e 27% negli obesi ed il 24% di chi considera il proprio peso alto).

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli sul fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Il 78% delle persone in eccesso ponderale dichiara di svolgere attività fisica. La percentuale di sedentari è pari al 22% delle persone in sovrappeso e al 31% degli obesi.

Il 78% di chi pratica attività fisica non ha ricevuto il consiglio di effettuarla contro il 75% di chi la pratica su consiglio di un operatore sanitario.

Conclusioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI, in quanto i dati raccolti sono autoriferiti; nonostante questa verosimile sottostima, **in AAS5 quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.**

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: quasi una persona su due percepisce il proprio peso come "giusto", non dimostrando quindi un'attenzione alla problematica.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di mortalità per ipertensione, ictus, sindrome metabolica, diabete di tipo 2°, cancro al seno, cancro al colon, depressione, cadute.

Il Sistema Passi indaga pone quesiti adattati dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - *physical activity module* dei Cdc di Atlanta. I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre distinti gruppi:

- *persona attiva*: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni oppure lavoro pesante dal punto di vista fisico
- *sedentario*: meno di 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana; non svolge lavoro pesante dal punto di vista fisico
- *parzialmente attivo*: non sedentario, ma non raggiunge livelli della persona attiva.

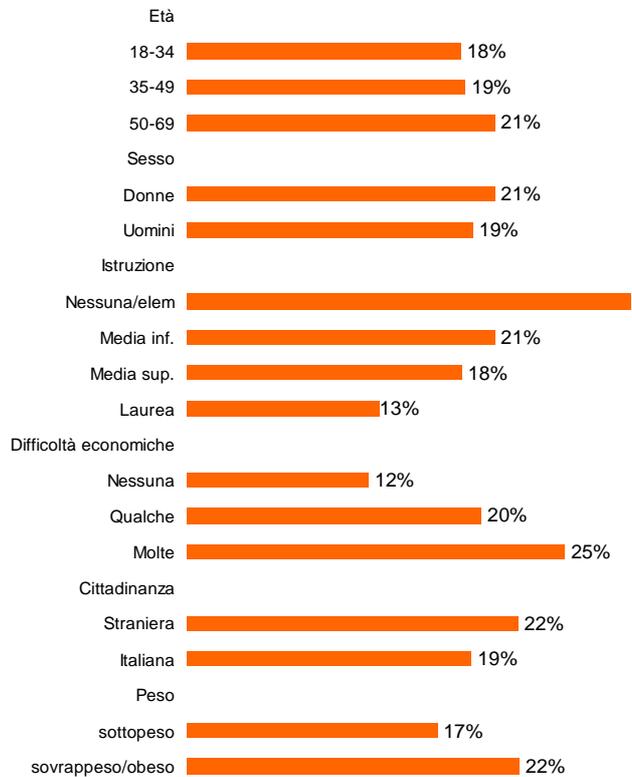
Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

	AAS 5	FVG	Italia
Attivo	38,42%	37,1%	32,3 %
Parzialmente attivo	42,22 %	43 %	35,2 %
Sedentario	19,36%	19,9%	32,5%

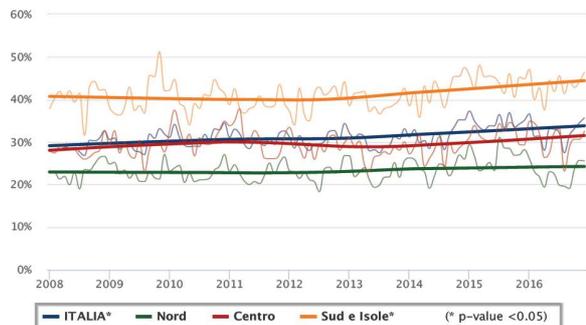
Lo stile di vita sedentario si associa frequentemente ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 24% delle persone ipertese (vs il 18% delle persone normotese)
- il 22% delle persone in sovrappeso (vs il 17% dei normopeso)
- il 21% dei fumatori (vs il 19% dei non fumatori)
- il 22% delle persone con sintomi di depressione (vs il 19% di chi non ne ha).

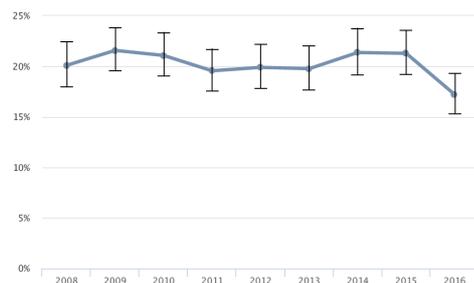
% di sedentari per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2013- 2016 (n=273)



Trend della sedentarietà
POOL ASL 2008-2016



Trend della sedentarietà
POOL FVG 2008-2016



% di sedentari per regione di residenza
POOL Asl 2013-2016



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

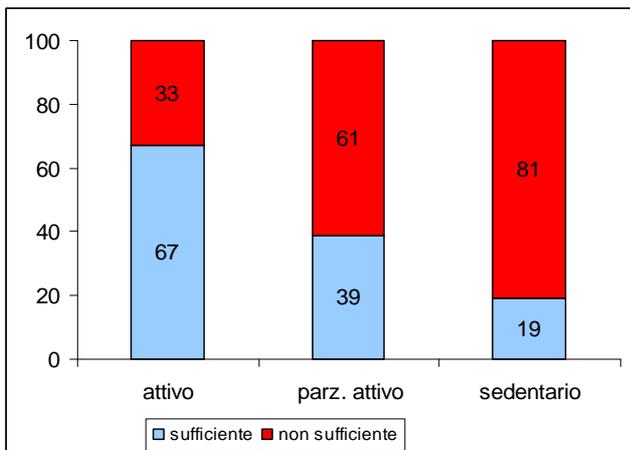
	AAS 5	FVG	Italia
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica	31 %	29,8 %	30,2 %
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	43,6 %	n.d.	43,2 %
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	41%	n.d.	38,1%

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Autopercezione del livello di attività fisica praticata

Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
AAS5 PASSI 2013-16



Il 39% delle persone parzialmente attive ed il 19% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente

Conclusioni

Nella AAS 5 "Friuli Occidentale" si stima che il 38% pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il **19% può essere considerato completamente sedentario**. Tale percentuale sembra in lieve diminuzione. È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: **circa un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento**.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo.

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.

Abitudine al fumo di sigaretta – AAS 5 PASSI 2013-2016

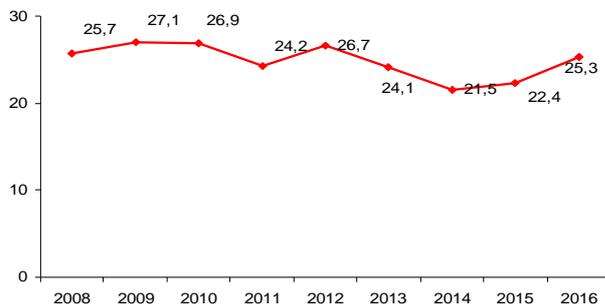
	AAS 5	FVG	Italia
Non fumatori ¹	55,14	51,9	55,7
Fumatori ²	23,19	26	26,4
Ex –fumatori ³	22,06	22,1	17,9

1 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.

2 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).

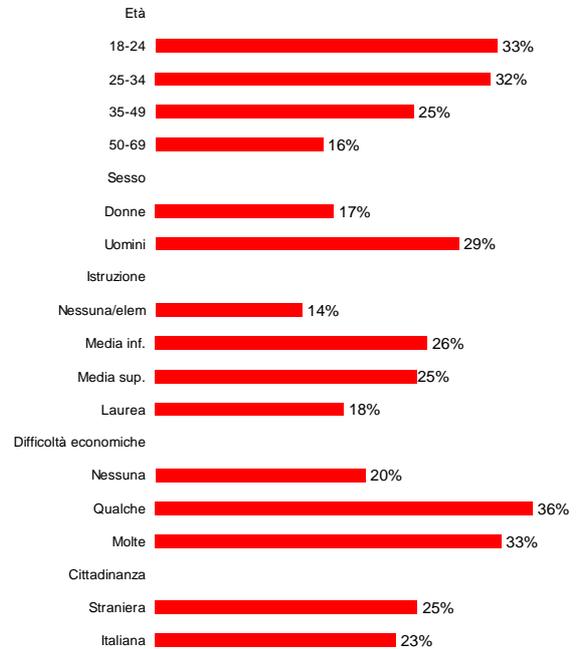
3 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Analisi del trend dei fumatori AAS5 2008-2016



Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2013-2016



I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 10 sigarette al giorno. Il 14% fuma più di 20 sigarette al giorno (*forte fumatore*).

Il 3% degli intervistati viene definito *fumatore occasionale* (fumatore che non fuma tutti i giorni) e sempre l'1% è in astensione (fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

Qual è l'attenzione degli operatori sanitari?

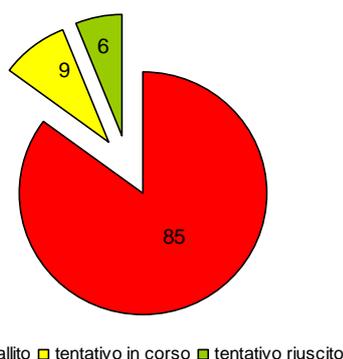
	AAS 5	FVG	Italia
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	44,1 %	45,5 %	38,1 %
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali¹ (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	48%	43,7%	51,1 %

Il 48% dei fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare, l'ha ricevuto per motivi di salute (14%), a scopo preventivo (23%) o per entrambe le ragioni (11%).

Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Il 42% dei fumatori ha tentato almeno una volta di smettere di fumare, ma solo il 6% ci è riuscito.

**% dell'esito del tentativo di smettere di fumare
tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
AAS5 2013-2016**



L'86% delle persone che sono riuscite a smettere di fumare ce l'hanno fatta da soli, il 4% con l'aiuto di farmaci, il 2% attraverso corsi dell'Asl o di altri enti, l'8% in altre modalità.

Tra il pool di ASL nazionali, il 37% ha tentato di smettere di fumare e solo il 9% ci è riuscito.

Fumo passivo

L'abitudine al fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro

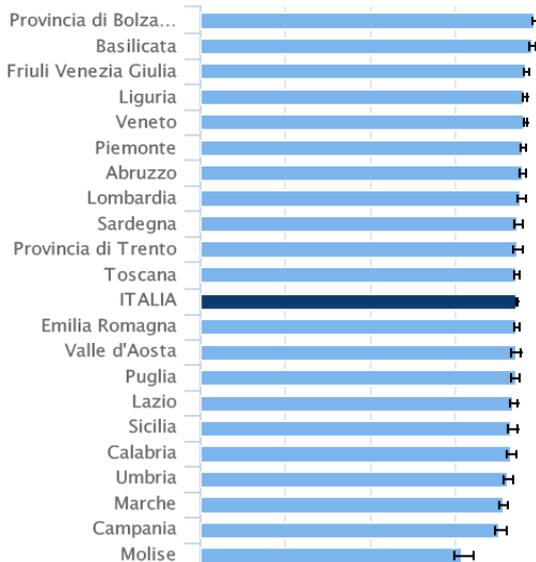
Per quanto riguarda il rispetto del divieto di fumare all'interno dei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, gli intervistati dell'AAS 5 si dimostrano in linea con i risultati ottenuti dalla Regione Friuli Venezia Giulia, superiori a quelli nazionali.

PASSI 2013-2016

Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	AAS 5	FVG	Italia
nei locali pubblici	96,3%	96,4%	90,7%
sul luogo di lavoro	94,5%	95,3%	92,6%

Percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro

Pool ASL 2013-2016



A livello nazionale il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro va dal 98,3% della Provincia di Bolzano al 77,1% del Molise.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell' AAS 5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2012-15:

- il 92% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 7 % che si fuma in alcuni luoghi;
- il 1% che si fuma ovunque.

A livello regionale, l'86,6% degli intervistati afferma che non si può fumare in casa. A livello nazionale, tale percentuale è del 80,6%.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 97% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa (percentuale nazionale pari all'87%).

Conclusioni

Nella AAS5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2013-16, si stima che **meno di una persona su quattro è classificabile come fumatore**; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-35 anni. Quasi la metà dei fumatori, ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

4 persone su 10 tra i fumatori hanno tentato di smettere di fumare ma di questi meno di 1 su dieci ci è riuscito. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari.

Ormai consolidato sempre essere in tutta Italia il rispetto del divieto di fumo sia negli ambienti di lavoro che nei locali pubblici.

Consumo di alcol

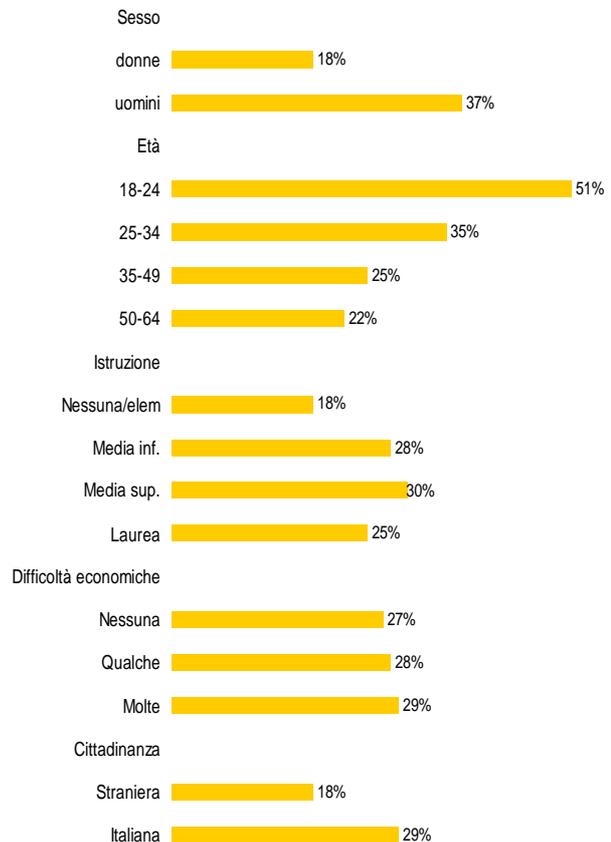
Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Consumo di alcol – AAS5 - PASSI 2013-16

	AAS5	FVG	Italia
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	67%	68,5%	55,1%
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	16%	16,2%	8,2%
Consumo abituale elevato (più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, per gli uomini) e più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, per le donne)	6%	5,6%	3,4%
Consumo binge (5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010))	14,2%	14,7%	8,9%
Consumo a maggior rischio (consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti)	27,6%	28,6%	16,9%

Il consumo di alcol è sensibilmente maggiore nel Nord Italia, in particolare la percentuale più elevata di intervistati con un maggior rischio consumo è nella provincia di Bolzano (38,9%).

Consumo a maggior rischio Percentuali per caratteristiche socio-demografiche AAS5 2013-16



Per quanto riguarda invece, il fenomeno del binge drinking esso vede coinvolti soprattutto gli uomini e i giovani.

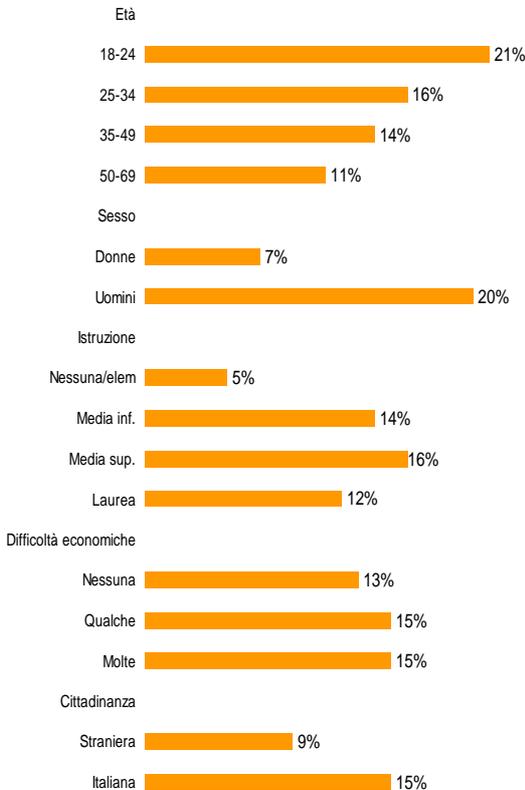
A livello nazionale, è sempre la provincia di Bolzano che presenta il numero maggiore di persone con questa tipologia di rischio (22,8%).

Binge drinking POOL ASL 2013-16



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Consumo BINGE
Percentuali per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2013-16



Alcol e guida

Tra gli indicatori previsti dal Sistema di Sorveglianza PASSI vi è la guida sotto l'effetto dell'alcol. In questo caso viene chiesto agli intervistati se negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si è messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) dopo aver bevuto nell'ultima ora 2 o più unità alcoliche. Inoltre viene indagato anche se l'intervistato ha viaggiato in un veicolo a motore guidato da un uomo o una donna che aveva bevuto 2 o più unità alcoliche nell'ora precedente.

Guida e alcol - PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Guida sotto effetto dell'alcol	9,3%	8,8%	7,7%
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	8,1%	6,6%	5,3%
Controlli forze dell'ordine	42%	39,9%	31,4%
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	9,3%	10,6%	9,8%

Gli operatori sanitari suggeriscono di bere meno?

Consiglio operatori sanitari - PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	7 %	5,8 %	6,0 %

In AAS 5 la percentuale di persone che ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol è pari al 5% tra i consumatori fuori pasto, al 10% dei bevitori binge e in quelli con consumo abituale elevato al 13%, in linea con i dati regionali e nazionali.

Conclusioni

Il Friuli Venezia Giulia si classifica tra le regioni italiane nelle quali il consumo di alcol è molto elevato.

La maggioranza della popolazione della Azienda per l'Assistenza Sanitaria "Friuli Occidentale" beve alcol (67%). Tuttavia, **si stima che più di un adulto su quattro (28%) abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione.** Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più uno su cinque, tra i giovani uno su quattro.

In aumento soprattutto fra i giovani di particolare rilevanza è il fenomeno del binge drinking.

Per quanto riguarda invece la guida in stato di ebbrezza si nota che è più frequente fra gli uomini adulti e questa cattiva abitudine è molto diffusa nella nostra regione rispetto al resto dell'Italia.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Ipertensione arteriosa

Ipercolesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare



Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (Disability Adjusted Life Years), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Tra gli intervistati in AAS5 si stima che circa **il 97% degli intervistati presenta almeno un fattore di rischio**: il 45% ha un eccesso ponderale, il 23% è un fumatore, il 22% è iperteso, il 19% è sedentario, il 5% presenta una condizione di diabete. Successivamente verranno approfonditi i dati raccolti in merito all'ipertensione, ipercolesterolemia e all'utilizzo del carta del rischio.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione. In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Il 94% degli intervistati riferisce di aver misurato almeno una volta nella vita la pressione ipertesa. Di questi, l'84% l'ha misurata per almeno una volta negli ultimi due anni. Il 14% delle persone straniere intervistate riferisce di non averla mai misurata.

PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono di essere ipertesi	22,4%	20,8%	19,8%

La condizione di ipertensione in AAS5 è maggiormente diffusa:

- negli uomini (26% vs 19% delle donne)
- tra gli italiani (24% vs il 11% degli stranieri)
- nella classe d'età 50-69 (39% vs il 6% della classe 18-34)
- in chi riferisce qualche difficoltà economica (28%) o ha un titolo di studio medio basso (70%)
- in chi è in sovrappeso (35%).

In AAS5, il 78% degli intervistati riferisce di assumere farmaci, al 77% è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, all'81% di svolgere attività fisica.

Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?

Nella ASS5 "Friuli Occidentale", il 75% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Nella ASS5, il 25% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Tale percentuale è del 25% in Friuli Venezia Giulia e del 23% nel pool nazionale.

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Nella ASS5 il 32% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di carne e formaggi (86%)
- svolgere regolare attività fisica (85%)
- ridurre o controllare il proprio peso (79%)
- aumentare il consumo di frutta e verdura (80%).

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono aver utilizzato questo strumento	5%	4,2%	5,2%

L'utilizzo della carta del rischio è diffuso maggiormente nel Sud Italia, seppur le percentuali di confronto siano molto esigue. Si va infatti dal 12,5% della Basilicata al 3,5% della Provincia di Bolzano.

Calcolo del rischio cardiovascolare per regione di residenza

Pool ASL 2013-2016



Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

Conclusioni

Si stima che nella AAS 5 "Friuli Occidentale", nella fascia d'età 18-69 anni, **una persona su cinque sia ipertesa**; questa proporzione aumenta fino al 40% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Attenzione va data alle categorie più a rischio della popolazione, in quanto anche per questa tematica le persone straniere risultano essere più svantaggiate o meno attente alla loro salute rispetto agli italiani.

Per quanto riguarda l'ipercolesterolemia, si stima che nella fascia d'età 18-69 anni, **circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia**, fino a salire ad una persona su tre sopra ai 50 anni.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia una su tre ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

Nella nostra regione, in particolare, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.

SICUREZZA

Sicurezza stradale
Sicurezza domestica



Sicurezza stradale e domestica

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni, rappresentando quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

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.

Utilizzo dei dispositivi di sicurezza- PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Uso della cintura anteriore sempre	96%	95%	86%
Uso della cintura posteriore sempre	40%	39%	20%
Uso del casco sempre	99%	99%	96%

In AAS5 la percentuale di intervistati che dichiara di utilizzare sempre la cintura anteriore di sicurezza è aumentata negli anni passando dal 91% del 2008 al 98% del 2016, per quanto riguarda la cintura posteriore si è passati dal 37 al 42%, per il casco dal 97% al 100%.

Utilizzo dei dispositivi 0-6 anni

L'86% degli intervistati in provincia di Pordenone riferisce di non avere nessuna difficoltà a far utilizzare i dispositivi di protezione dei bambini in auto.

La difficoltà d'utilizzo è presente soprattutto tra gli intervistati che hanno riportato di avere bambini tra i 2 e i 6 anni (16%), un'età dei genitori compresa tra 35-69 (17%), molte difficoltà economiche (17%) e tra le donne (17%).

% di persone che utilizzano sempre la cintura posteriore di sicurezza

POOL ASL 2013-16



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

Sorveglianza Passi

La percentuale di chi ha difficoltà è pertanto del 15%, in linea con il dato regionale (pari al 16%) ed inferiore rispetto al valore nazionale (22%).

Campagne informative

Il 58% degli intervistati afferma di aver sentito delle campagne informative sull'importanza dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei bambini.

Tale valore è simile al valore nazionale, pari al 60%.

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza.

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.

Principali indicatori- PASSI 2013-16

	AAS 5	FVG	Italia
Consapevolezza del rischio	7%	8%	6%
Ha subito un infortunio negli ultimi 12 mesi	4%	4%	3%

La percezione di subire un rischio in ambito domestico è maggiore tra

- le donne rispetto agli uomini (8% vs 6%)
- i laureati rispetto a chi non ha nessun titolo di studio (11% vs 7%)
- chi dichiara molte difficoltà economiche rispetto a chi non ne ha nessuna (10% vs 6%)
- i cittadini italiani rispetto agli stranieri (8% vs 3%)
- le persone con 35-49 anni rispetto alla fascia d'età 18-34 (8,5% vs 4%).

Inoltre, se nell'abitazione sono presenti:

- ragazzi fino ai 14 anni tale percentuale è pari a 7% (in FVG 8,3%),
- persone con più di 64 anni, la percentuale è del 6% (in FVG 7,7%).

Campagne informative

Il 20% degli intervistati dichiara di aver sentito campagne informative per la prevenzione degli incidenti domestici. In particolare lo riferiscono il 20% degli uomini e delle donne, il 21% delle persone con nessuna difficoltà economica vs 15% di chi ha molte difficoltà) e il 22% degli italiani (in modo statisticamente maggiore rispetto all'8% degli stranieri).

Le informazioni sono state raccolte tramite opuscoli (50%), mass media (27%), medici o altri operatori sanitari (21%), tecnici (17%), familiari e parenti (2%).

In seguito alla ricezione di informazioni, il 35% afferma di aver modificato il comportamento.

La modifica del comportamento è avvenuta per il 37% tra gli stranieri, per il 41% tra i giovani, per il 46% tra chi riferisce molte difficoltà economiche, per il 46% in chi vive con persone anziane.

Conclusioni

L'utilizzo della cintura di sicurezza anteriore e del casco ormai sono abitudini consolidate. In fase di miglioramento l'utilizzo della cintura posteriore e dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini.

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni. E' fondamentale però lavorare sulla trasmissione di informazioni, in quanto queste incidono positivamente sulla modifica dei comportamenti, soprattutto nelle categorie più a rischio.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Screening dei tumori del collo dell'utero

Screening dei tumori della mammella

Screening dei tumori del colon retto

Vaccinazione antiinfluenzale

Vaccinazione antirosolia



Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

L'incidenza e la mortalità del tumore della cervice stimate in Italia dal 1980 al 2014 sono in continua riduzione.

La riduzione del rischio di ammalarsi e di morire per tumore della cervice è più accentuata nelle donne oltre i 65 anni di età e via via meno importante nelle più giovani, tanto che dalla metà degli anni 2000 il differenziale di rischio per età si è azzerato o addirittura invertito.

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Asl e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito.

In Italia i test di primo livello disponibili sono il Pap test e il test dell'HPV.

Passi effettua la stima della copertura dello screening, distinguendo la partecipazione dentro e fuori i programmi delle Asl, individua i fattori predittivi della pratica del test, e la penetrazione delle azioni di promozione, fornendo ai pianificatori informazioni essenziali per il monitoraggio del livello di protezione della popolazione a rischio e indirettamente della performance dei programmi di screening.

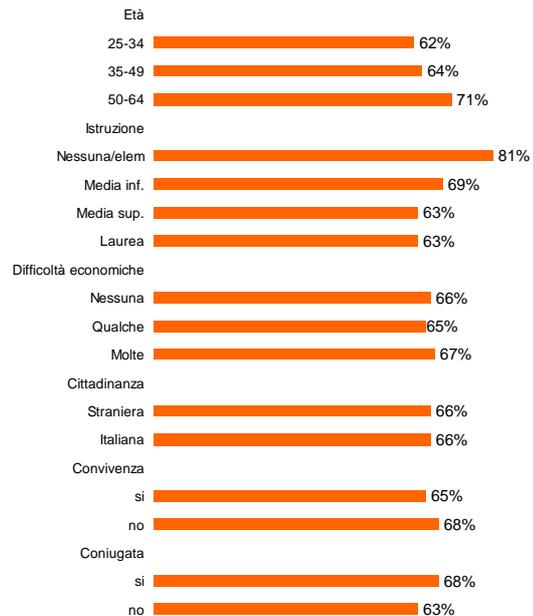
Copertura screening per neoplasia cervicale

	AAS 5	FVG	Italia
Ha svolto negli ultimi 2 anni un pap test o un HPV test	86.9%	89.1%	79.6%
Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato	66%	64.8%	44.6%
Copertura screening per neoplasia cervicale spontaneo	21%	24.2%	34.4%

Il 7% delle intervistate dichiara di non aver mai eseguito un pap test o un HPV test nel corso della vita.

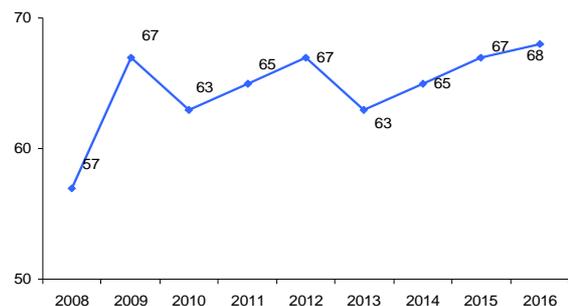
Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni all'interno di un programma organizzato

AAS5 2013-16



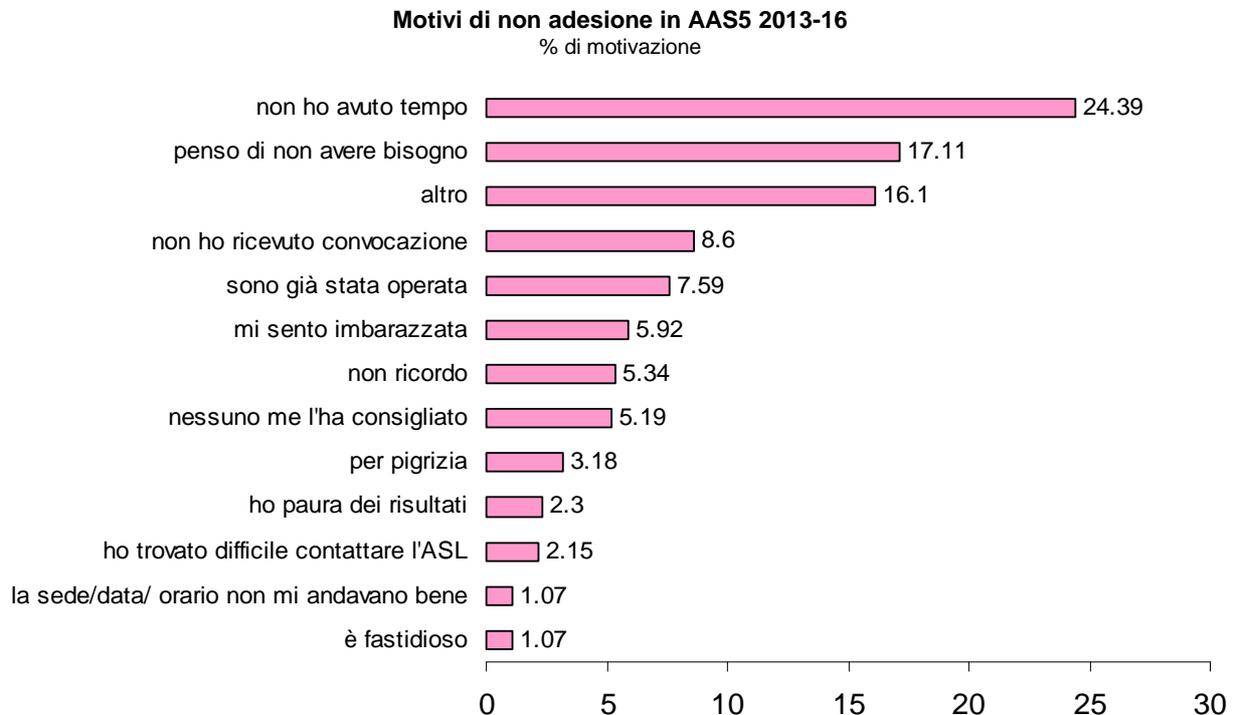
Trend di adesione al programma organizzato

AAS5 2013-16



Il 76% delle donne che riferiscono di aver effettuato un pap test o un HPV test non lo ha pagato. Tra coloro che invece lo hanno pagato, il 16% ha sostenuto il costo totale, il 8% ha pagato il ticket.

Perché non è stato eseguito il test di screening?



Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

Il 89% delle intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera dall'AAS5 di invito.

Il 75% ha visto campagne informative.

Il 59% ha ricevuto il consiglio di eseguire il test da un medico o operatore sanitario.

L'86% delle persone che hanno eseguito il pap test come raccomandato dalle linee guida ha ricevuto 1 intervento di presentazione dell'esame, il 91% ne ha ricevuti 2.

Conclusioni e raccomandazioni

Secondo il Sistema PASSI, in AAS 5, la percentuale di donne che ha eseguito il pap test all'interno del programma di screening organizzato o per adesione spontanea è dell'87%. Dai dati aziendali a disposizione, la percentuale di donne che nel periodo 2015-16 ha partecipato allo screening organizzato per la cervice uterina è del 63,7%, in linea pertanto con i dati raccolti dal Sistema PASSI nel quadriennio 2013-16 (66%).

L'elevata copertura al test di screening testimonia la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica. Problematiche logistiche/ organizzate e il pensare di non averne bisogno sono invece le principali motivazioni di chi non ha mai eseguito questo esame.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Secondo le stime dell'Istituto superiore di sanità, basate sui dati raccolti dai Registri Tumori, il tumore della mammella è, tra le donne, la neoplasia di gran lunga più frequente.

Grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure, la sopravvivenza delle donne affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente, la mortalità per cancro alla mammella si è ridotta notevolmente e la sopravvivenza stimata a 5 anni è pari all'87%.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro della mammella femminile.

Copertura screening per neoplasia della mammella

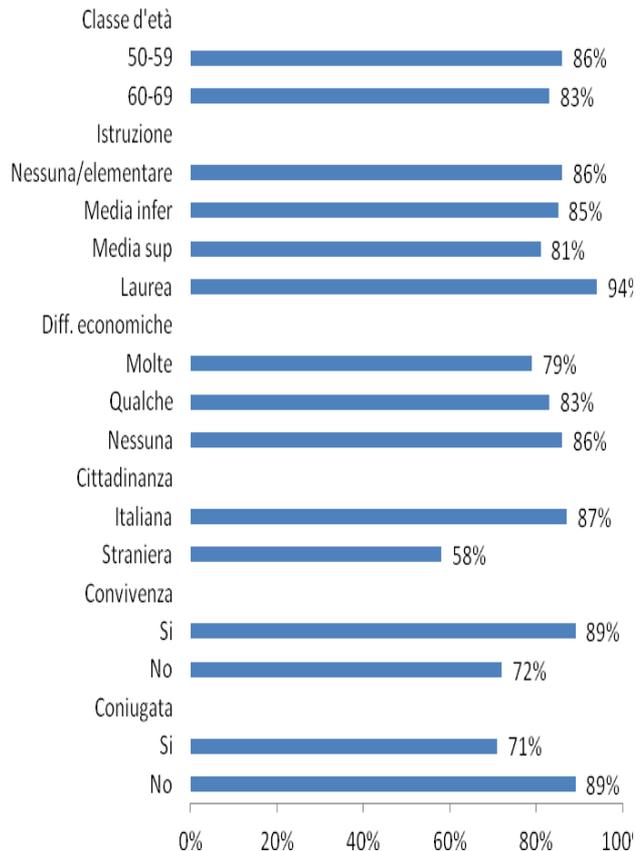
	AAS 5	FVG	Italia
Copertura screening mammografico totale	85%	85%	73%
Copertura screening mammografico organizzato	73%	70%	54%
Copertura screening mammografico spontaneo	12%	15%	19%

L'età media della prima mammografia nella fascia pre screening è di 38 anni. L'età media alla prima mammografia preventiva nelle donne tra 50-69 anni è risultata essere di 45 anni.

Il 5% delle donne intervistate riferisce di non aver mai eseguito una mammografia in tutta la vita, il 53% dichiara di averla eseguita nell'ultimo anno.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Caratteristiche socio demografiche
Donne AAS5 50-69 anni



L'86% delle donne che hanno eseguito una mammografia non ha sostenuto alcuna spesa, il 9% ha pagato il ticket, il 5% ha pagato completamente l'esame.

Quale promozione del test di screening mammografico?

Il 59% delle donne intervistate ha ricevuto da medici o operatori sanitari il consiglio di eseguire la mammografia; il 91% ha ricevuto la lettera di invito, il 78% ha visto campagne di promozione dell'esame.

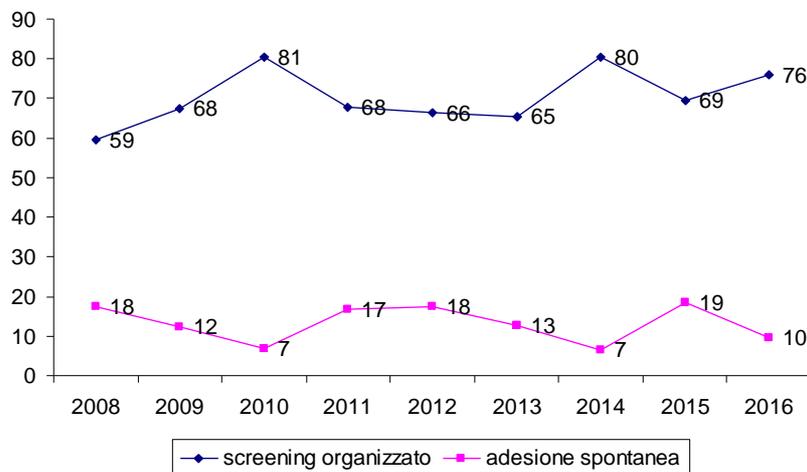
Il 73% delle donne intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia all'interno di un programma organizzato.

Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

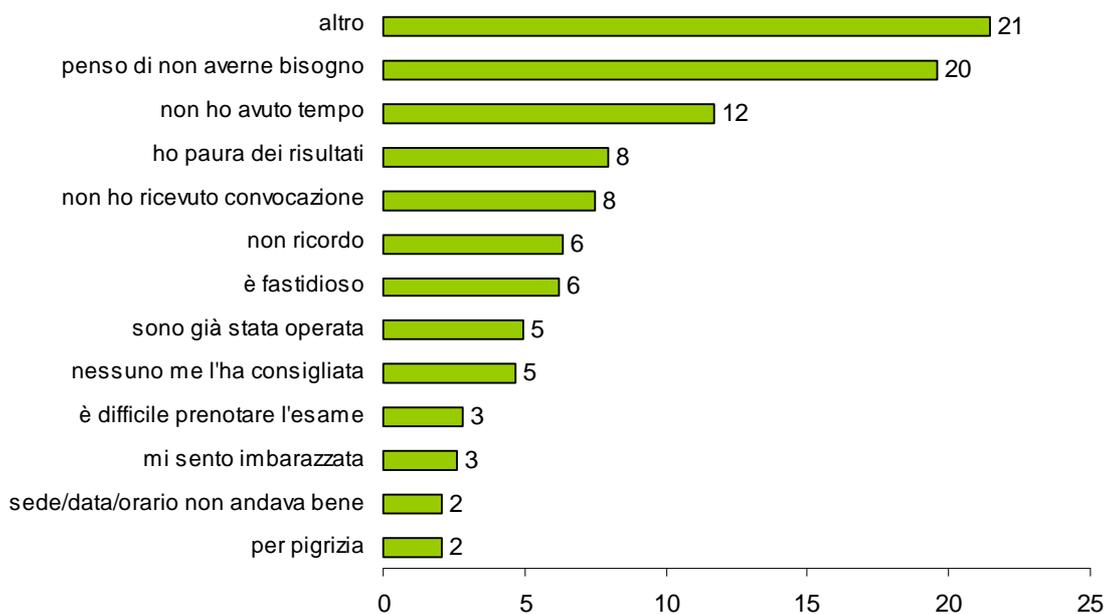
L' 86% delle donne intervistate che riferiscono di aver effettuato la mammografia non hanno pagato.

Tra coloro che invece che hanno pagato, il 6% ha sostenuto il costo totale, il 9% ha pagato solo il ticket.

Trend di adesione al programma organizzato e adesione spontanea
AAS5 2013 -16



Perché non è mai stata eseguita una mammografia?



Conclusioni e raccomandazioni

Secondo il Sistema PASSI, nell'AAS5 "Friuli Occidentale", la percentuale di donne tra 50-69 anni che ha effettuato una mammografia come raccomandato dalle linee guida è pari all'85%. I dati sono elevati rispetto alla media nazionale, ma in linea con gli indicatori raccolti dai report regionali sugli screening oncologici, i quali riportano che in questa fascia d'età la percentuale di chi ha effettuato almeno una mammografia nei due anni precedenti presso una struttura pubblica o privata convenzionata è pari al 79,3%.

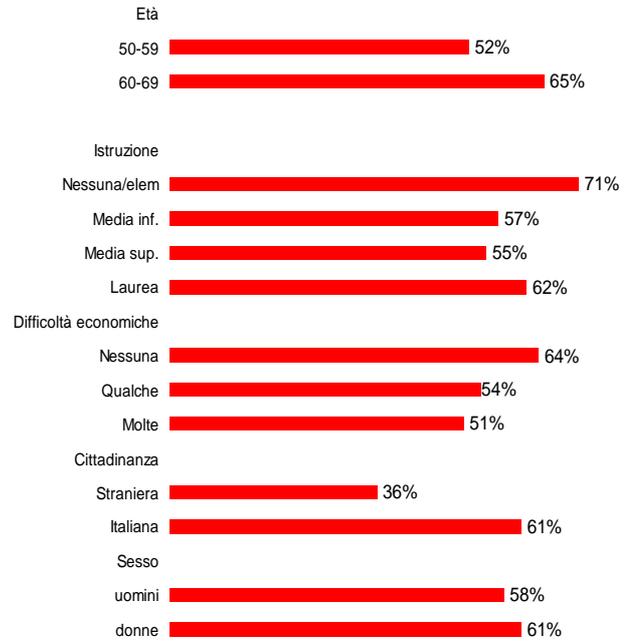
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne.

I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la endoscopia digestiva (colonscopia e rettosigmoidoscopia). Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening coloretale, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro del colon retto.

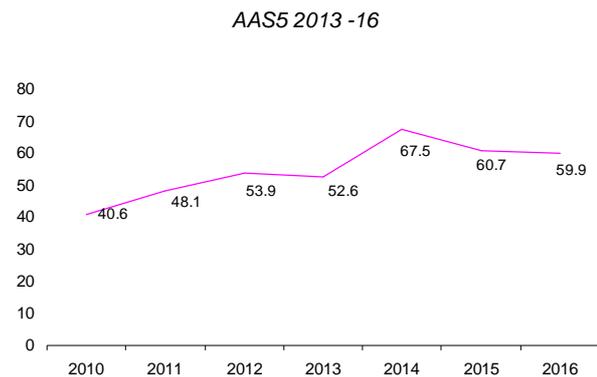
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni



Copertura screening per neoplasia colon retto

	AAS 5	FVG	Italia
Copertura screening coloretale totale	66%	70%	44%
Copertura screening coloretale organizzato	60%	64%	36%
Copertura screening coloretale spontaneo	5%	5%	8%
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	60%	64%	38%
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	13%	16%	14%

Trend di adesione al programma organizzato



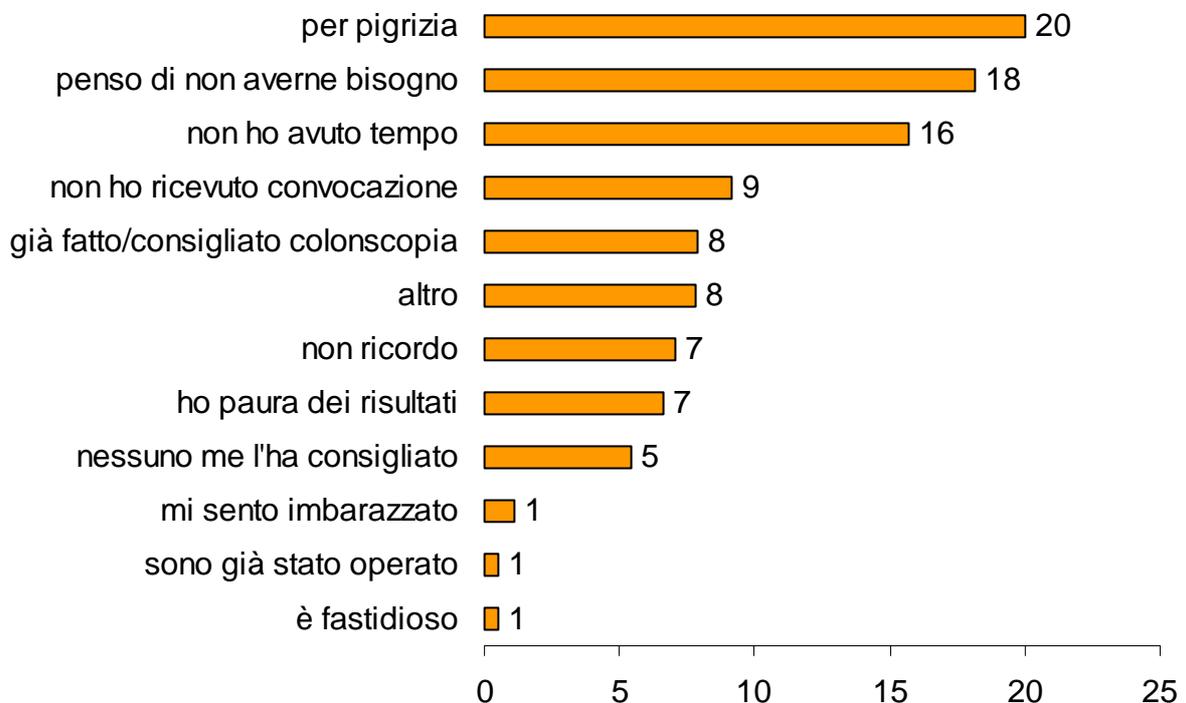
Il 33% dichiara di non aver mai eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci. L'79% degli intervistati di età 50-69 anni dichiara di non aver mai eseguito una colonscopia.

Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

Il 94% degli intervistati che riferiscono di aver effettuato la ricerca del sangue occulto non lo ha pagato.

Tra coloro che invece lo hanno pagato, il 1% ha sostenuto il costo totale, il 5% ha pagato il ticket.

Perché non ha mai eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci?



Quale promozione del test di screening per neoplasia del colon retto?

L'81% di chi ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci ha ricevuto una lettera, il 56% ha visto campagne informative; il 33% ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella AAS 5 "Friuli Occidentale" l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata avviata nell'ottobre 2008 e negli anni si nota un leggero trend positivo, seppur con grandi margini di miglioramento. L'adesione allo screening in Provincia di Pordenone è sicuramente migliore rispetto al contesto nazionale.

I dati ottenuti dal Sistema PASSI, infatti, rilevano che il 60% delle persone ha effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci come raccomandato dalle linee guida e il 12% ha eseguito una colonscopia negli ultimi 5 anni.

Confrontando i dati del Sistema PASSI con i dati di rilevazione sugli Screening Oncologici (anni 2014-15) si nota una buona compatibilità tra quanto riferito dagli intervistati e quanto raccolto dal programma regionale. Secondo quest'ultimo, infatti, la percentuale di adesione allo screening per la ricerca del sangue occulto in AAS 5 è stata pari al 60,4% nel 2014 e al 64,4% nel 2015.

La lettera di invito, in ogni caso, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target. Sono comunque necessarie iniziative rivolte alla popolazione target e che coinvolgano gli attori presenti sul territorio, quali i Medici di Medicina Generale e i farmacisti per far sì che ci sia una maggiore consapevolezza del problema e una migliore adesione all'offerta regionale dello screening.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

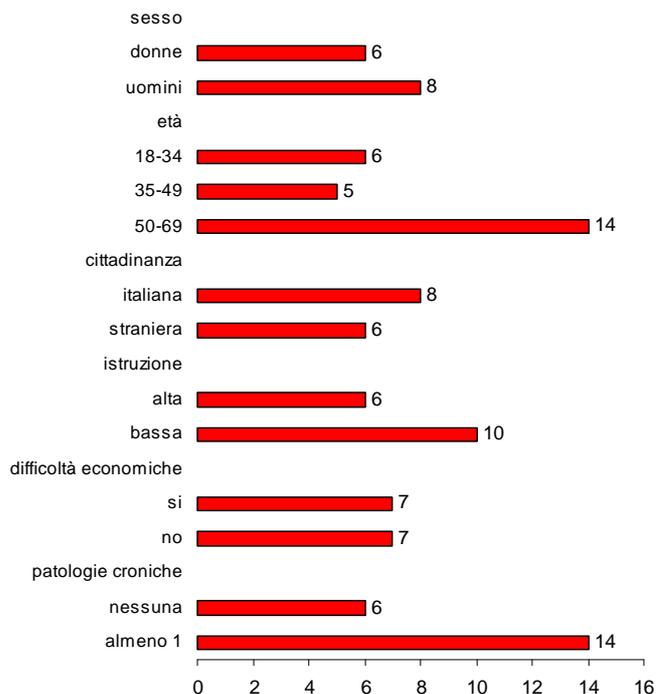
La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime campagne antinfluenzali?

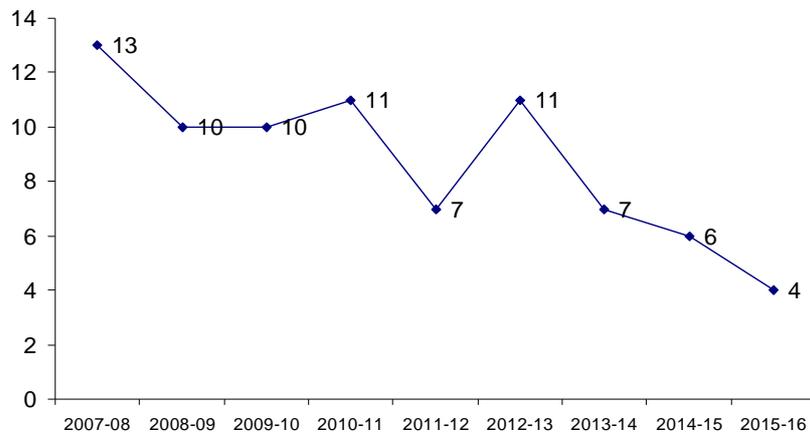
- Nella AAS 5 "Friuli Occidentale" il 7% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 14%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- Il 76% degli intervistati che ha effettuato la vaccinazione antiinfluenzale l'ha eseguita nel mese di novembre.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello regionale la percentuale di persone che riferisce la vaccinazione è del 6,1% (6,7% in Italia).

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche



Vaccinazione antinfluenzale nelle campagne antinfluenzali, dal 2007 al 2016 (18-64 anni)
Prevalenze per anno AAS5



- In Friuli Venezia Giulia, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 14%.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è pari al 19%.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone (18-64 anni)
Totale: 6,7% (IC 6.4-6.9%)



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Friuli Venezia Giulia hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni. Il calo della copertura vaccinale negli anni però è stato dettato dalla disinformazione e dall'allarmismo trasmesso dai mass media. I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo il 14% è vaccinato in questo sottogruppo a rischio.

Vaccinazione antirosolia

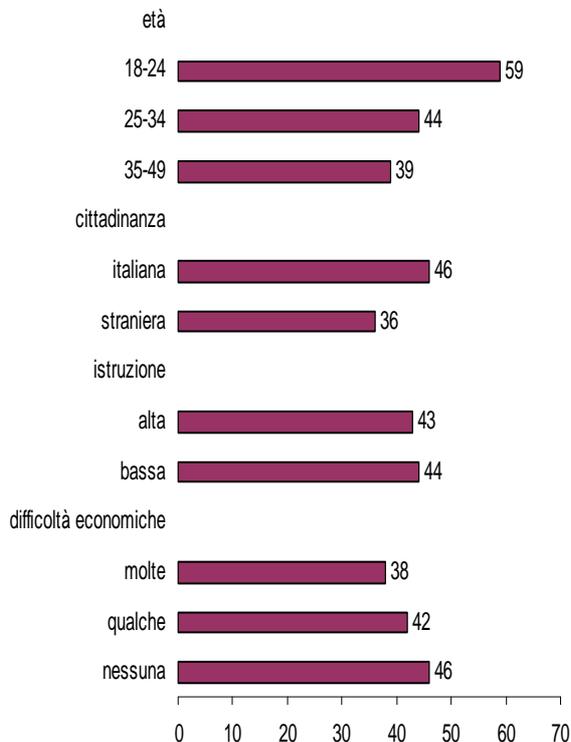
Quando contrae la rosolia nei primi mesi della gravidanza, la donna ha il 90% delle probabilità di trasmettere il virus al feto. L'infezione del feto può causarne la morte oppure la sindrome di rosolia congenita con gravi malformazioni. La rosolia congenita è completamente prevenibile con la vaccinazione.

Nel periodo 2013-2016, tutte le Regioni/Province autonome hanno raccolto dati relativi alla vaccinazione antirosolia, 14 di queste lo hanno fatto continuativamente (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e di Trento, Veneto, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia). Ai dati "nazionali" di questa sezione dunque le Regioni/Regioni/Province Autonome hanno dunque contribuito nel tempo in modo diverso. Per quanto riguarda la Regione FVG non sono disponibili dati regionali in quanto la raccolta non è stata effettuata in modo continuativo in tutte le Aziende sanitarie. E' possibile fare però i confronti tra il livello locale e quello nazionale.

Copertura rosolia

	AAS 5	Italia
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	44%	42%
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	2%	2%
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	31%	37%

Vaccinazione antirosolia in AAS 5 % donne che dichiarano di essere vaccinate



Conclusioni e raccomandazioni

In Italia, il Piano di eliminazione della rosolia congenita e del morbillo punta a coperture vaccinali superiori al 95% dei bimbi entro i 2 anni; prevede inoltre di vaccinare i bambini oltre i 2 anni di età e gli adolescenti suscettibili, di praticare sistematicamente una seconda dose di vaccino contro morbillo, rosolia e parotite, e di attuare azioni volte ad aumentare la protezione immunitaria nelle donne in età fertile. Secondo il Piano, sono candidate alla vaccinazione, anche le donne in età fertile senza un certificato di avvenuta vaccinazione o senza un referto che attesti la presenza di IgG specifiche.

È essenziale utilizzare ogni fonte informativa disponibile per monitorare il livello di protezione immunitaria delle donne in età fertile.

È fondamentale pertanto promuovere la vaccinazione anche nei gruppi più a rischio, in particolare tra le donne straniere (solamente il 36% delle intervistate dichiara di essere protetta).

METODI

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

Passi è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda Sanitaria (ASS) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validata a livello nazionale ed internazionale. Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prioritariamente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita da persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria regionale.

I criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono la residenza nel territorio aziendale e disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità a sostenere l'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

Il sistema di sorveglianza PASSI è nato soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello della ASS, il campionamento deve garantire quindi la rappresentatività a livello aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è il campionamento stratificato proporzionale per sesso a classi d'età (18-34, 35-49, 50-69) ed è direttamente effettuato dall'anagrafe sanitaria dell'ASS. Il protocollo dello studio prevede inoltre che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna ASS, sia di 25 unità. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irreperibili o che non desiderano partecipare all'indagine. Per confrontare i dati di ciascuna realtà locale con i dati complessivi della regione di appartenenza, i programmi di analisi permettono di ottenere le stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASS partecipanti al sistema di sorveglianza.

Interviste

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

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 del Dipartimento di prevenzione con cadenze mensili; luglio e agosto sono stati considerati come unica mensilità. 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.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1 .

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre presentati i valori relativi all'insieme delle ASS partecipanti al sistema PASSI ("pool PASSI") nel quadriennio 2013-2016.