

Progressi delle Aziende Sanitarie  
per la Salute in Italia

# Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale quadriennio 2014-2017



**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:** Luisa De Carlo, Jessica Giordari, Anna Clara Guastafarro, Mirella Lazzaretto, Sara Piazza, Sandra Polese, Jessica Sorentini, Bertolo Daniela, Bonfada Martina, Nicaretta Sara, Piazza Sara, Spataro Angela.

**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, UsI 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:**

Luisa De Carlo, Jessica Greguol, Giulia Goi, Jessica Sorentini (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@as5.sanita.fvg.it](mailto:luisa.decarlo@as5.sanita.fvg.it)

*Il rapporto PASSI 2014-17 aziendale è scaricabile dal sito:* [www.as6.sanita.fvg.it](http://www.as6.sanita.fvg.it)

*Per maggiori informazioni e approfondimenti visita il sito* [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)

# Indice

	Pagina
<b><i>Profilo socio-demografico</i></b>	6
<b><i>Benessere</i></b>	
Percezione dello stato di salute	11
Sintomi di depressione	12
<b><i>Guadagnare salute</i></b>	
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	15
Attività fisica	17
Abitudine al fumo	19
Fumo passivo	21
Consumo di alcol	22
Alcol e guida	23
<b><i>Rischio cardiovascolare</i></b>	
Iperensione arteriosa	25
Ipercolesterolemia	26
Carta del rischio	29
<b><i>Sicurezza stradale e domestica</i></b>	
Sicurezza stradale	30
Sicurezza domestica	32
<b><i>Programmi di prevenzione:</i></b>	
Screening dei tumori del collo dell'utero	32
Screening dei tumori della mammella	34
Screening dei tumori del colon-retto	37
Vaccinazione antiinfluenzale	40
Vaccinazione antirosolia	42
<b><i>Metodi</i></b>	43
<b><i>Gli indicatori del Piano della Prevenzione 2015-2019 della Regione F.V.G</i></b>	44

# 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 31.12.2017 è costituita da 206.688 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della AAS5 "Friuli Occidentale". Da gennaio 2014 a dicembre 2017, 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 2014	PASSI 2015	PASSI 2016	PASSI 2017
Numerosità	396	307	308	309
Tasso di risposta	90.6	89.8	89.8	86.1
Tasso di rifiuto	7.6	9.4	10.2	7.2

### Caratteristiche demografiche degli intervistati

#### L'età e il sesso

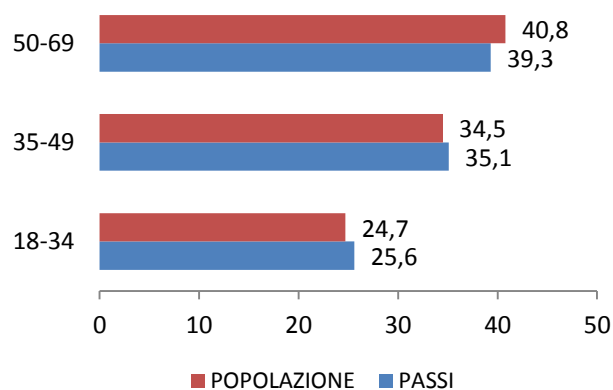
Il campione intervistato in AAS5 (1320 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50%) e uomini (50%).

Il campione è costituito per:

- il 26% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 39% 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 2014-2017

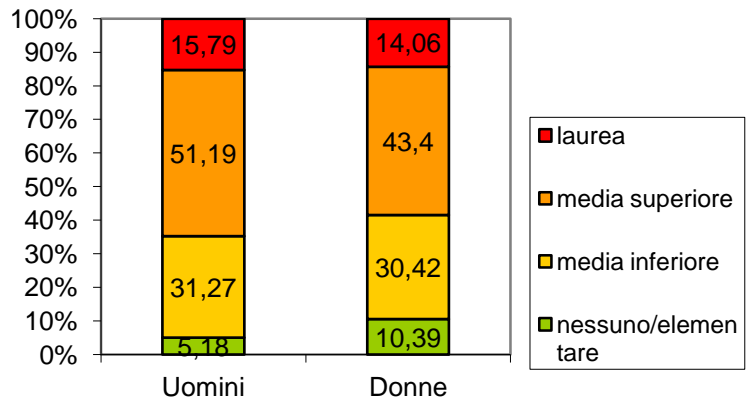


## Il titolo di studio

Nella AAS5 "Friuli Occidentale" l'0.3% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 47% la licenza media superiore e il 14% è laureato.

Il titolo di studio è fortemente correlato all'età: il 17% di chi ha tra i 50 e i 69 anni non possiede alcun titolo vs l'1% delle altre classi d'età. Il 75% dei laureati ha meno di 50 anni.

**% titolo di studio suddiviso per sesso**  
AAS5 - PASSI 2014-2017 (1317)



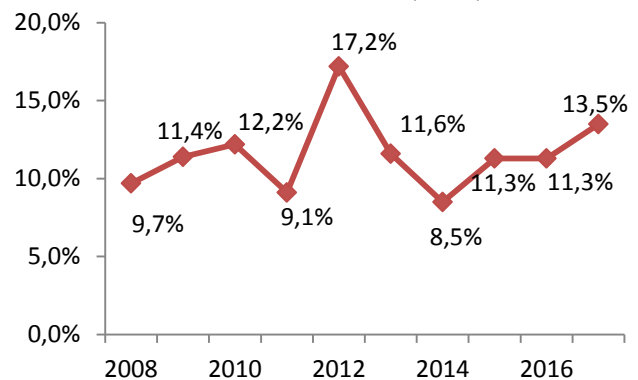
## Lo stato civile

In Provincia di Pordenone i coniugati/conviventi rappresentano il 58% del campione, i celibi/nubili il 32%, i separati/divorziati il 8% ed i vedovi il 2%.

Il 11% degli intervistati vive da solo; la percentuale è maggiore tra le persone della classe d'età 50 -69 anni (14% vs 9% e 10% delle altre classi) e tra gli uomini (14% vs il 9% delle donne).

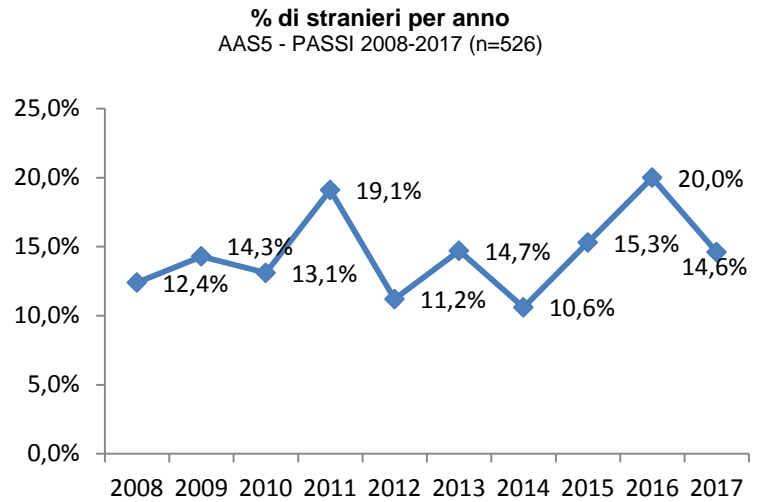
**% di persone che vivono sole**

AAS5 - PASSI 2008-2017 (n=429)



## Cittadinanza

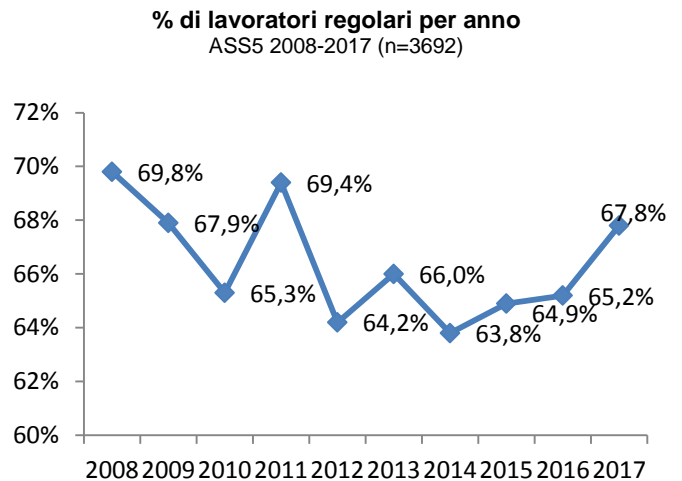
In AAS5 "Friuli Occidentale" il campione è costituito dal 15% da cittadini stranieri, soprattutto donne (17.6%) vs. uomini (12.6) e la loro presenza è maggiore nella classe d'età compresa tra i 18 e i 34 anni (29% dato statisticamente significativo).



## Il lavoro

Nel "Friuli Occidentale" il 63% 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 2014-2017 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 66%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

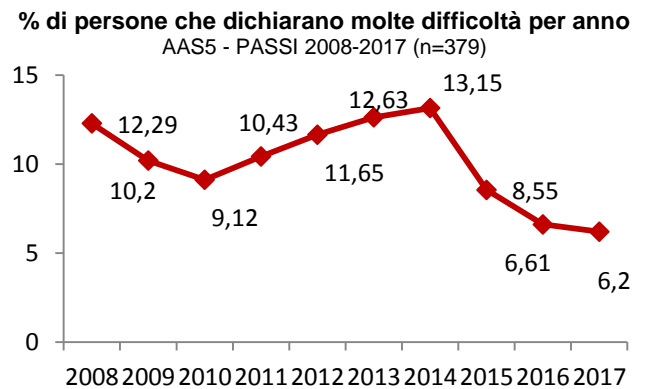


## Difficoltà economiche

Nel quadriennio 2014 -2017:

- il 58% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 33% qualche difficoltà
- il 9% molte difficoltà economiche.

La fascia 18-34 ha riferito più difficoltà rispetto alla fascia 50-69 (10% vs 8%); le donne hanno dichiarato maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (10% vs 7%).





## **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. Il trend relativo alla percentuale di lavoratori regolari per anno dimostra un piccolo aumento dal 2014 al 2017 (63.8% al 67.8%), mentre, nello stesso periodo, la percentuale delle persone che dichiarano molte difficoltà economiche è in diminuzione (13% a 6.2%).

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.

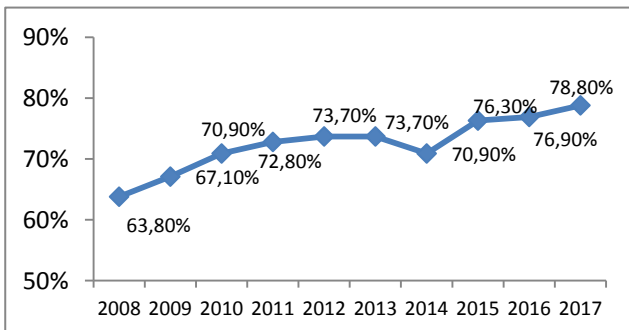
Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*).

Nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5, il 75,7% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 21,8% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2,4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

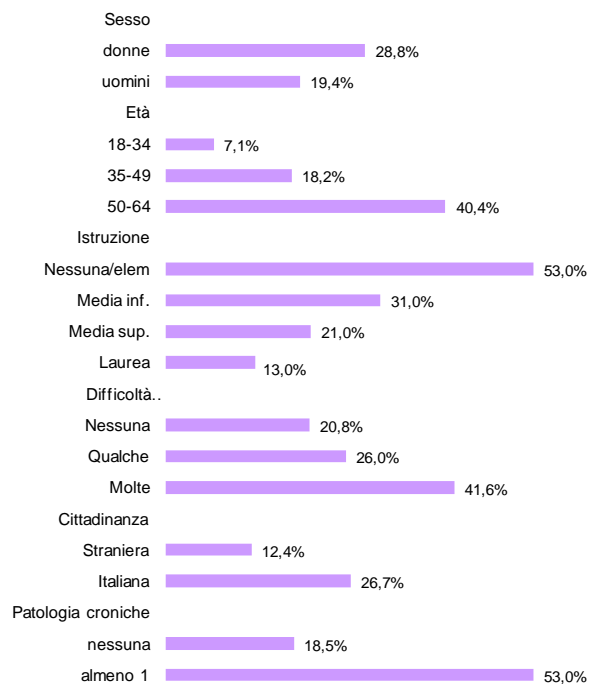
### Stato di salute - PASSI 2014-17

	AAS 5	FVG	Italia
Stato di salute percepito positivamente	75,7%	71,8%	70,1%

### Analisi del trend delle persone che percepiscono uno stato di salute positivo AAS5 2008-2017 (n=3691)



### Caratteristiche socio demografiche persone che riferiscono uno stato di salute discreto o male o molto male (24.3%) AAS5 2014-17 (n=1319)



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 2,7, quella dei giorni in cattiva salute psichica è di 2,2.

Il numero medio di giorni con limitazione delle attività a causa dello stato di salute è pari a 1,2.

# 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 2014-17 (n= 1313)

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati con sintomi di depressione	5,2%	7%	6,1%

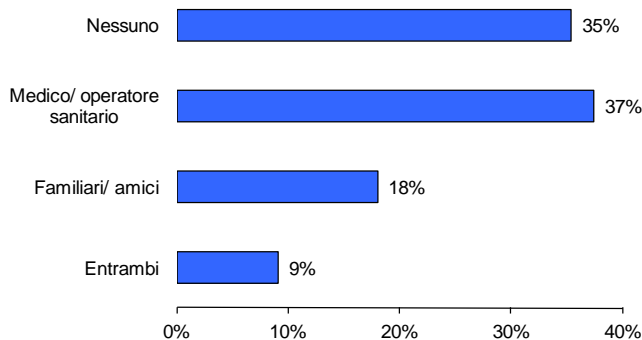
In AAS5 il 5,2% presenta dei sintomi di depressione.

Questa condizione è maggiormente diffusa tra gli italiani (5,6% vs 3,3% degli stranieri), i giovani (18-34 anni con una percentuale del 6,9% vs il 5% dei 50-69 anni), nelle persone con basso titolo di studio (11,8%), almeno una patologia (11%), senza lavoro o con un lavoro irregolare (7%), in chi vive solo (7,9%); inoltre, risultano essere statisticamente significative le percentuali delle persone con molte difficoltà economiche (13,9%) e delle donne (5,8%).

Il 57,9% delle persone con sintomi di depressione riferisce uno stato di salute discreto/male o molto male. Solamente il 64,6% ha cercato aiuto. Tale percentuale a livello regionale è pari al 60,8% e a livello nazionale è del 60,3%.

### Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione

AAS 5 2014-2017 (n=68)



### Persone che dichiarano sintomi di depressione

POOL PASSI 2014-17

6.1%



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

## **Conclusioni**

**La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute. Si stima che solo il 5,2% 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

Stato 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 44,5% della popolazione presenta un eccesso ponderale.

## Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura - PASSI 2014-2017

	AAS 5	FVG	Italia
<b>Popolazione in eccesso ponderale</b>			
<i>Sovrappeso</i> <sup>1</sup>	32,9 %	31,3%	31,7 %
<i>Obesi</i> <sup>2</sup>	11,6 %	10,8 %	10,7%
<b>Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario</b>			
<i>Sovrappeso/obesi</i>	45,5 %	48,7 %	47,8 %
<b>Adesione al <i>five-a-day</i></b>			
	11,7 %	12,8%	10 %

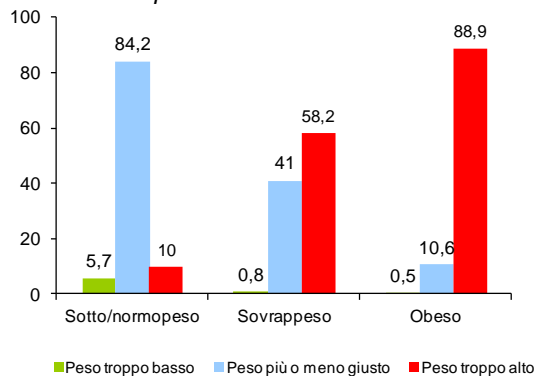
<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

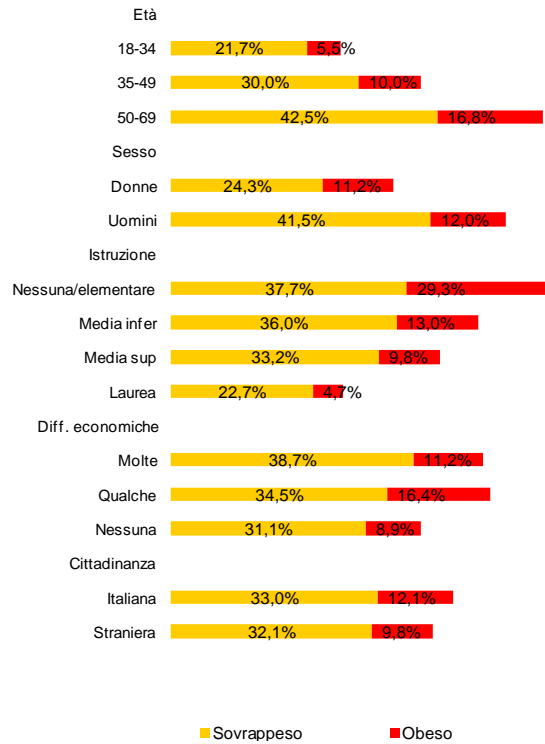
La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC riferito: in AAS5 infatti, si osserva un'elevata corrispondenza nei normopeso (86,6%) e negli obesi (87,4%), mentre tra le persone in sovrappeso il 45,4% ritiene il proprio peso adeguato mentre solo il 53,9% lo reputa troppo alto.

## Percezione del proprio peso corporeo

% Prevalenze per stato nutrizionale – AAS5 2014-2017



## Eccesso ponderale in AAS5 2014-2017 (n=1316) Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche



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

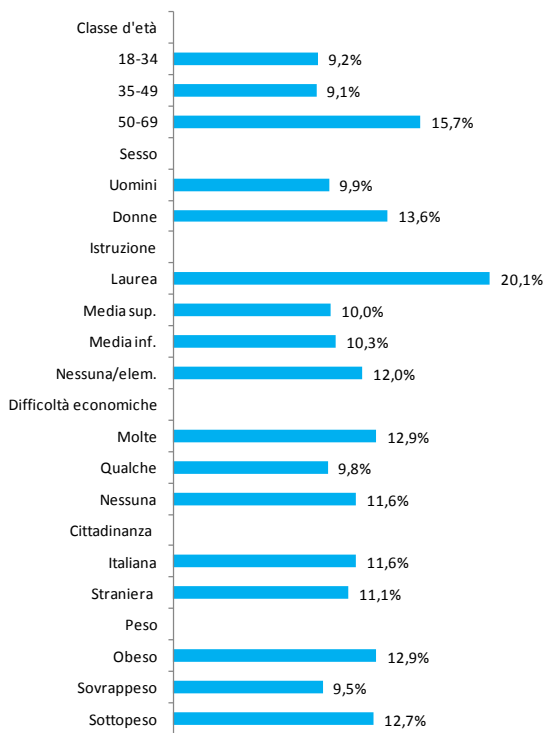
In particolare, tra gli intervistati in AAS5 nel periodo 2014-2017, si registra tra gli ipertesi un 31% di persone in sovrappeso/obese mentre, tra coloro che dichiarano di avere il colesterolo alto, il 30,2% è in condizione di eccesso ponderale.

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

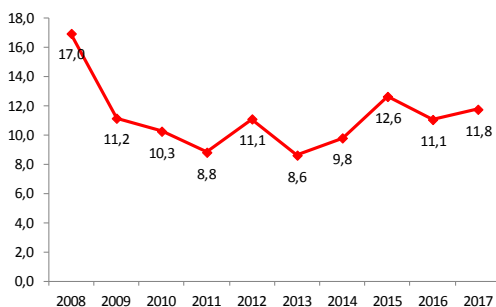
Nella AAS5 il 97,7% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 41,3% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e **solo il 11,8% le 5 porzioni raccomandate**. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è maggiore in modo statisticamente significativo:

- nelle persone over 50, rispetto alla classe d'età 35-49 anni (15,7% vs. 9,1%);
- tra le donne (13,6%) rispetto agli uomini (9,9%).

**Adesione al five-a-day**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
AAS 5 2014 -2017 (n=1318)



**Analisi del trend delle persone che consumano più di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno**  
AAS5 2008-2017(n=419)



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

Il 45,5% 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 22,4% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (19,8% nei sovrappeso e 29,8% negli obesi e il 23,9% di chi considera il proprio peso alto).

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

L'80,2% delle persone in eccesso ponderale dichiara di svolgere attività fisica. La percentuale di sedentari è pari al 19,8% delle persone in sovrappeso e al 28,6% degli obesi.

Il 58% di chi pratica attività fisica non ha ricevuto il consiglio di effettuarla contro il 42% 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. Infatti, in questa fascia di popolazione emerge 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 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?

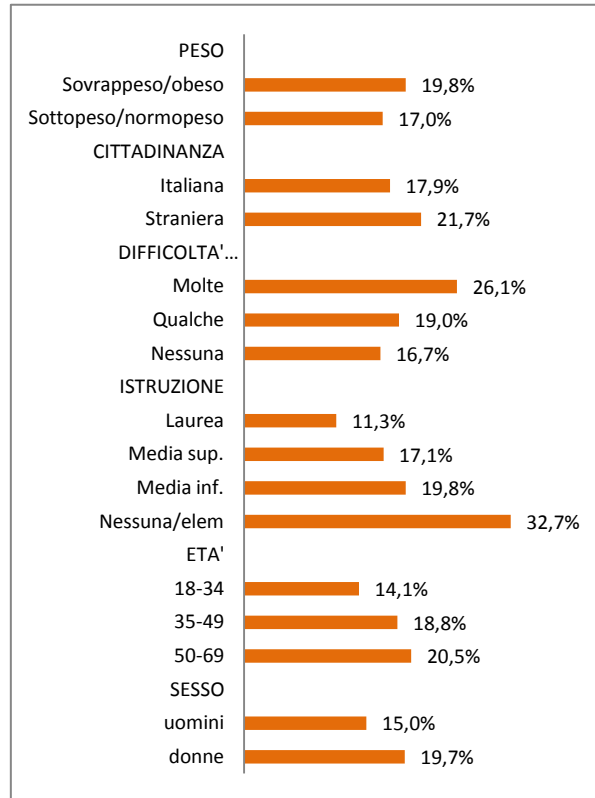
ASS5 2014-17(n=1314)

	AAS 5	FVG	Italia
Attivo	38%	36,5%	31,7 %
Parzialmente attivo	43,7%	42,6 %	34,7 %
Sedentario	18,3%	20,8%	33,6%

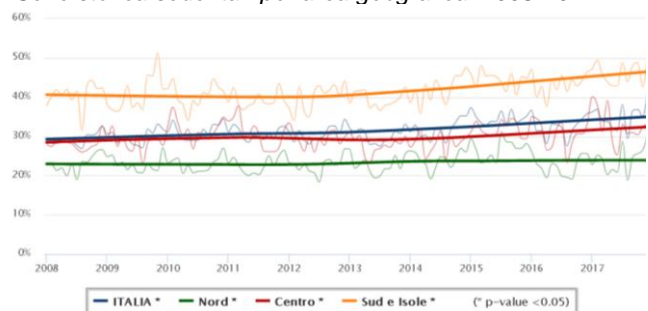
Lo stile di vita sedentario si associa frequentemente ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 24,7% delle persone ipertese (vs il 16,1% delle persone normotese);
- il 19,8% delle persone in sovrappeso/obese (vs il 17% dei normopeso);
- il 18,9% dei fumatori (vs il 18,2% dei non fumatori).
- il 19,4% delle persone con sintomi di depressione (vs il 18,2% di chi non ne ha).

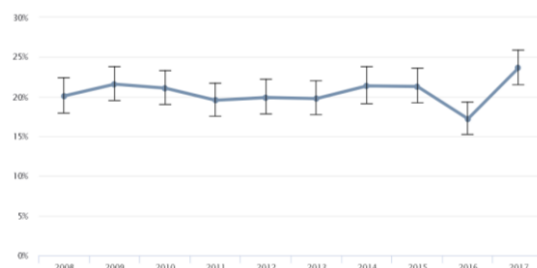
**Sedentari per caratteristiche socio-demografiche**  
AAS5 2014- 2017 (n=240)



**Trend della sedentarietà**  
Serie storica sedentari per area geografica 2008-2017



**Trend della sedentarietà**  
POOL FVG 2008-2017



**Sedentari per regione di residenza**  
 POOL Asl 2014-2017  
 33.6%



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

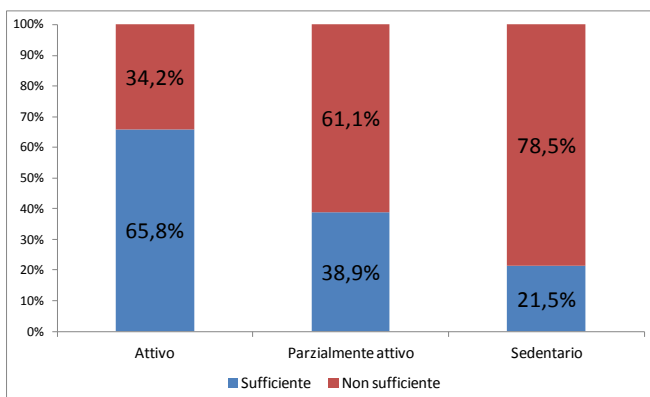
	AAS 5	FVG	Italia
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica	31,2 %	30,7 %	30,5 %
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	41,2 %	42,7%	43,8 %
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	41,7%	39,4%	38,8%

## 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 2014-17



Il 38,9% delle persone parzialmente attive ed il 21,5% 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 18,3% può essere considerato completamente sedentario**. Tale percentuale sembra in aumento anche se il dato non è statisticamente significativo. 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 utilizzato, 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 2014-2017 (n=1318)

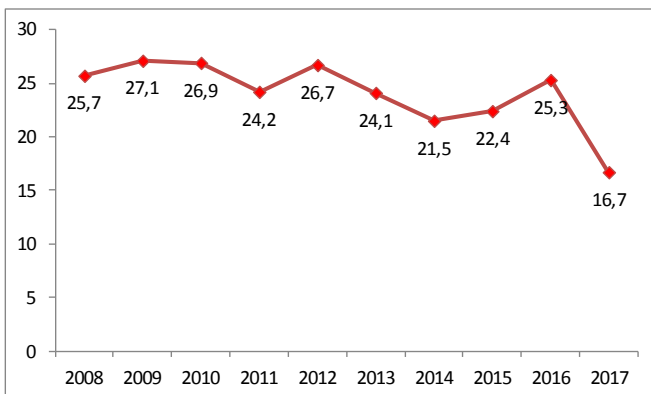
	AAS 5	FVG	Italia
<b>Non fumatori</b> <sup>1</sup>	<b>58%</b>	<b>n.d</b>	<b>n.d</b>
<b>Fumatori</b> <sup>2</sup>	<b>20,4%</b>	<b>25,4%</b>	<b>26%</b>
<b>Ex –fumatori</b> <sup>3</sup>	<b>20,7%</b>	<b>21,7%</b>	<b>17,6%</b>

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.

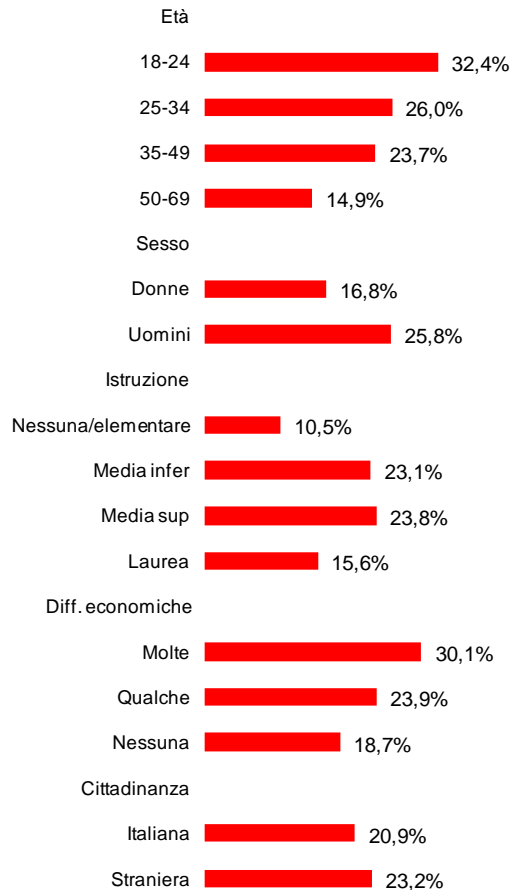
## Analisi del trend dei fumatori in % AAS5 2008-2017 (n=892)



Si evidenzia una significativa riduzione dei soggetti fumatori dall'anno 2016 (25,3%) all'anno 2017 (16,7%).

## Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
AAS5 2014-2017 (n=283)



I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Il 14% fuma più di 20 sigarette al giorno (*forte fumatore*).

Il 3,5% degli intervistati viene definito *fumatore occasionale* (fumatore che non fuma tutti i giorni) e l'1% è in astensione (fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

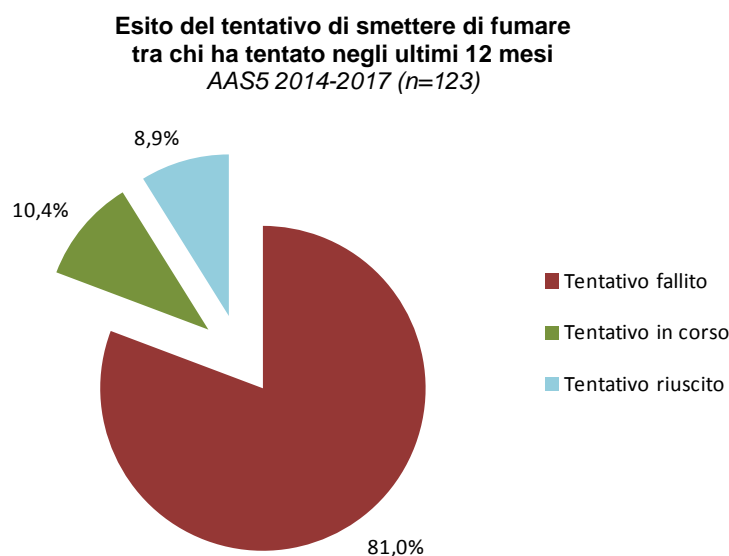
## Qual è l'attenzione degli operatori sanitari?

	AAS 5	FVG	Italia
<b>Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo<sup>1</sup></b> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	41,7 %	45,2 %	37,7 %
<b>Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali<sup>1</sup></b> (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	47,3%	44,9%	51,2 %

Il 47,3% dei fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare, l'ha ricevuto per motivi di salute (15,2%), a scopo preventivo (22%) o per entrambe le ragioni (10,1%).

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

Il 41,7% dei fumatori ha tentato almeno una volta di smettere di fumare, ma solo l'8,9% ci è riuscito.



L'85,7% delle persone che sono riuscite a smettere di fumare ce l'hanno fatta da soli, il 14,5% con l'utilizzo della sigaretta elettronica e l'8% con altre modalità.

Tra il pool di ASL nazionali, il 35,4% ha tentato di smettere di fumare e l'8,8% ci è riuscito.

# Fumo passivo

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

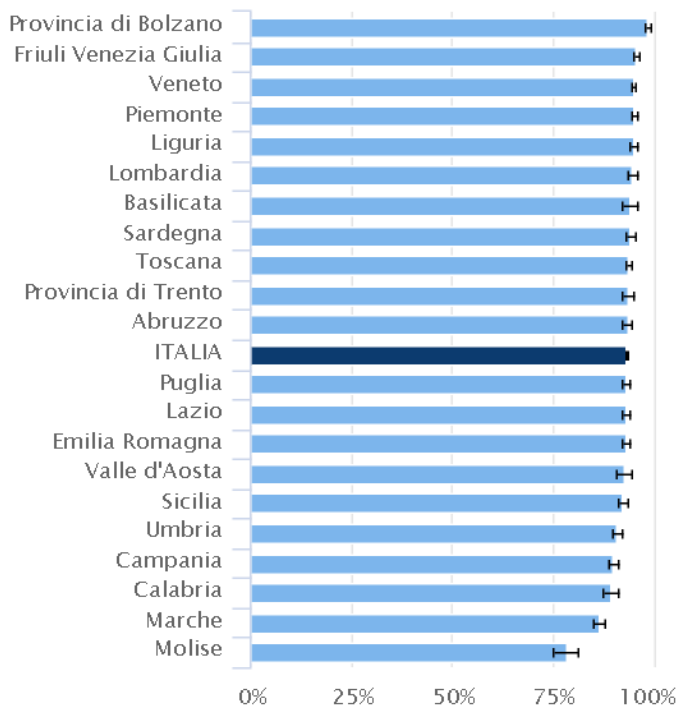
Per quanto riguarda il rispetto del divieto di fumare all'interno dei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, gli intervistati dell'AAS 5 si dimostrano in linea con i risultati ottenuti dalla Regione Friuli Venezia Giulia, superiori a quelli nazionali.

### PASSI 2014-2017

Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	AAS 5	FVG	Italia
nei locali pubblici	95,7%	96,3%	91%
sul luogo di lavoro	94,8%	95,5%	93,1%

### Percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro

Pool ASL 2014-2017



A livello nazionale il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro va dal 98,8% della Provincia di Bolzano al 78,4% del Molise.

## L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell'AAS 5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2014-17:

- il 92,5% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 6,1 % che si fuma in alcuni luoghi;
- il 1,4% che si fuma ovunque.

A livello regionale, l'87,4% degli intervistati afferma che non si può fumare in casa. A livello nazionale, tale percentuale è del 81,7%.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, a livello regionale, il 93,3 % degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa (percentuale nazionale pari all'87,9%).

## Conclusioni

Nella AAS5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2014-17, si stima che **una persona su cinque è classificabile come fumatore**; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-35 anni, negli uomini rispetto alle donne (26% vs.17%) e in chi ha maggiori difficoltà economiche. 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.

**Più di 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 mentre il 14,5% con l'utilizzo della sigaretta elettronica. Ormai consolidato sempre essere in tutta Italia il rispetto del divieto di fumo sia negli ambienti di lavoro sia 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.

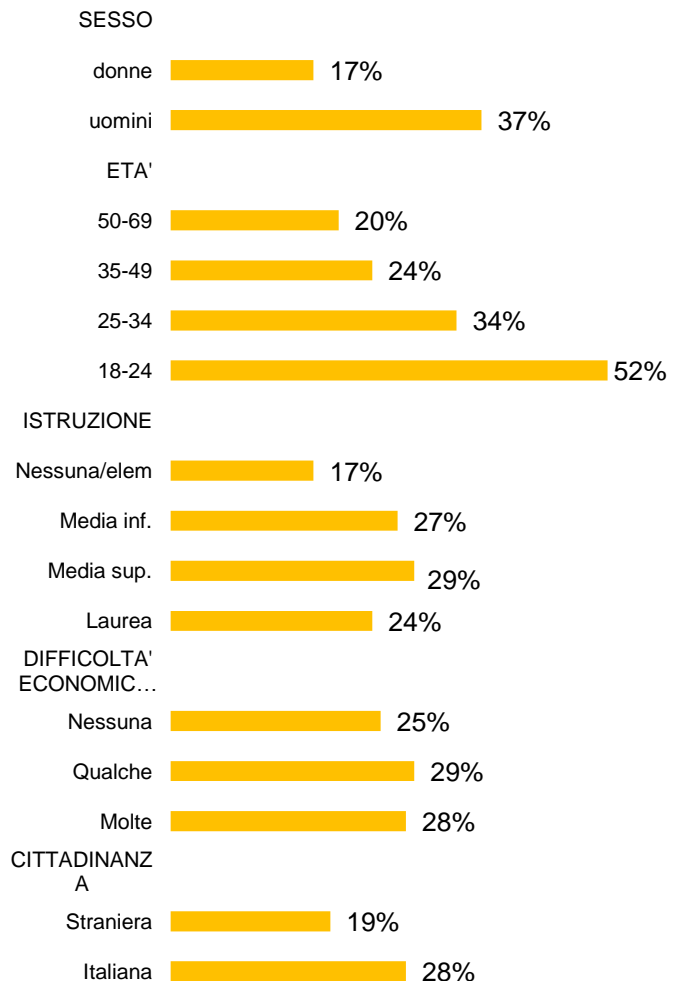
## Consumo di alcol – AAS5 - PASSI 2014-17

	AAS5	FVG	Italia
<b>Consumo di alcol</b> (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	65,8%	68,5%	55,3%
<b>Consumo fuori pasto</b> (esclusivamente o prevalentemente)	15,7%	16,3%	8,2%
<b>Consumo abituale elevato</b> (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)	5,5%	5,2%	3,2%
<b>Consumo binge</b> (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))	13,2%	14,3%	9,1%
<b>Consumo a maggior rischio</b> (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)	26,8%	28,1%	17%

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 (37,5%).

## Consumo a maggior rischio

Percentuali per caratteristiche socio-demografiche  
AAS5 2014-17 (n=1312)



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

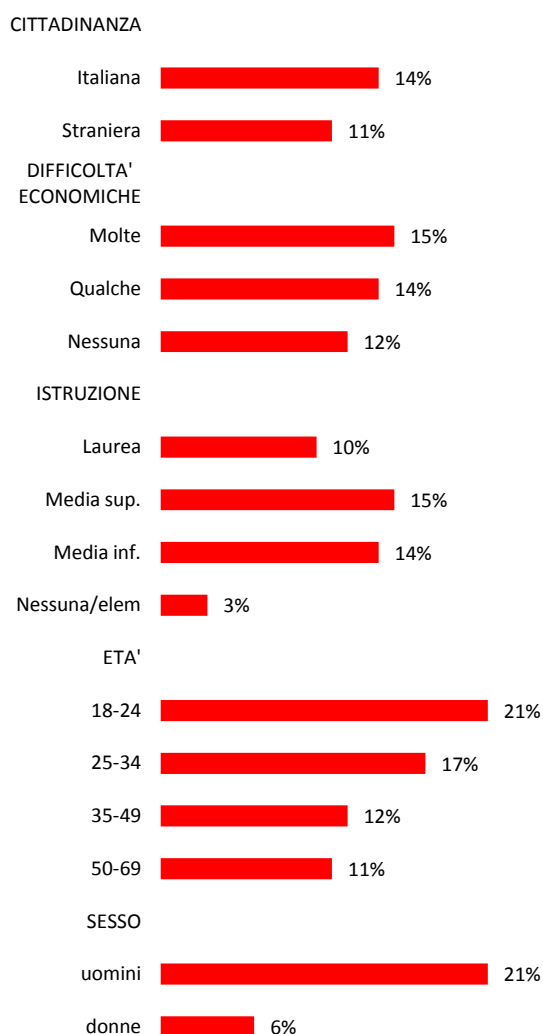
A livello nazionale, è sempre la provincia di Bolzano che presenta il numero maggiore di persone con questa tipologia di rischio (21%).

## Binge drinking

POOL ASL 2014-17 9.1%

Consumo binge per regione di residenza  
Passi 2014-2017



**Consumo BINGE**Percentuali per caratteristiche socio-demografiche  
AAS5 2014-17 (n=1313)

### **Gli operatori sanitari suggeriscono di bere meno?**

Consiglio operatori sanitari - PASSI 2014-17

	AAS 5	FVG	Italia
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	7 %	6,1 %	6,1 %

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.

## **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 2014-2017

	AAS 5	FVG	Italia
Guida sotto effetto dell'alcol	8,2%	8,2%	7,4%
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	8,6%	N.P.	N.P.
Controlli forze dell'ordine	39,7%	38,4%	29,8%
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	8,6%	10%	9,5%

### **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 (66%). Tuttavia, **si stima che più di un adulto su quattro (27%) abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione.** Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più di uno su tre, tra i giovani uno su due..

**Il binge drinking fenomeno frequente soprattutto fra i giovani è in lieve diminuzione dal 2016.**

Per quanto riguarda invece la guida in stato di ebbrezza si nota che è più frequente (12%) fra gli uomini adulti (25-34) e questa cattiva abitudine è molto diffusa nella nostra regione rispetto al resto dell'Italia.

# RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Ipertensione arteriosa

Ipercolesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare





# 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 96,7% degli intervistati presenti almeno un fattore di rischio**: il 44,5% ha un eccesso ponderale, il 21,4% è un fumatore, il 20,6% è iperteso, il 18,3% è sedentario, il 4,4% presenta una condizione di diabete. Successivamente verranno approfonditi i dati raccolti in merito all'ipertensione, ipercolesterolemia e all'utilizzo della 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 arteriosa. Di questi, l'83,6% l'ha misurata per almeno una volta negli ultimi due anni. Il 13,4% delle persone straniere intervistate riferisce di non averla mai misurata.

PASSI 2014-17 (n=1232)

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono di essere <b>ipertesi</b>	20,6%	20,4%	19,8%

La condizione di ipertensione in AAS5 è maggiormente diffusa:

- negli uomini (23,3% vs 17,8% delle donne);
- tra gli italiani (22,3% vs il 10,9% degli stranieri);
- nella classe d'età 50-69 (34,6% vs il 4,2% della classe 18-34);
- in chi riferisce qualche difficoltà economica (22,7%) o ha un titolo di studio medio basso (64,2%);
- in chi presenta un eccesso ponderale (31%).

In AAS5, il 75% degli intervistati riferisce di assumere farmaci, al 71,3% è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 75,2% di svolgere attività fisica.

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

Nell'ASS5 "Friuli Occidentale", il 74,2% 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 24,5% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di avere i valori del colesterolo alterati.

Coloro che riferiscono una condizione di ipercolesterolemia sono il 24,3% in Friuli Venezia Giulia e il 22,7% a livello nazionale.

### Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Nell'ASS5 il 30,1% 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 dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di carne (84,6%);
- svolgere regolare attività fisica (85,6%)
- ridurre o controllare il proprio peso (76,5%);
- aumentare il consumo di frutta e verdura (78,7%).

### 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 2014-17 (n=918)

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono l'utilizzo della carta del rischio da parte del medico.	4,6%	3,9%	4,7%

L'utilizzo della carta del rischio è diffuso maggiormente nel Sud Italia, seppur le percentuali di confronto siano molto esigue. Si va infatti dal 15,3% della Basilicata al 3% della Provincia di Bolzano.

#### Calcolo del rischio cardiovascolare per regione di residenza

Pool ASL 2014-2017  
4.7%



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

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 nell'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 a 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 stradale e domestica



## Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni, rappresentando quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne 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 2014-17

	AAS 5	FVG	Italia
Uso della cintura anteriore sempre	96,2%	95,4%	84,4%
Uso della cintura posteriore sempre	42%	42,3%	20,3%
Uso del casco sempre	98,7%	99,5%	96,1%

In AAS5 la percentuale di intervistati che dichiara di utilizzare sempre la cintura anteriore di sicurezza è aumentata negli anni, passando dal 90,9% del 2008 al 97,7% del 2016, il 2017 invece, ha registrato un'inversione della tendenza in quanto gli intervistati che dichiarano di utilizzare sempre la cintura anteriore sono il 95,4%.

Per quanto riguarda la cintura posteriore si è passati dal 37% del 2008 al 42,4% del 2017. L'utilizzo del casco è aumentato andando dal 97% del 2008 al 100% del 2017.

## Utilizzo dei dispositivi 0-6 anni

L'86,9% 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 (14,5%), un'età dei genitori compresa tra 35-69 (16%), molte difficoltà economiche (21,1%) e tra le donne (15,5%).

### Persone che utilizzano sempre la cintura posteriore di sicurezza

POOL ASL 2014-17  
20.3%



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

La percentuale di chi ha difficoltà è pertanto del 13,1%, in linea con il dato regionale (pari al 14,4%) e inferiore rispetto al valore nazionale (20,4%).

## Campagne informative

Il 56,5% 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 59,9%.

## 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 2014-17

	AAS 5	FVG	Italia
Consapevolezza del rischio	7,5%	8,6%	6,4%
Ha subito un infortunio negli ultimi 12 mesi	4,2%	4,4 %	2,9%

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

- le donne rispetto agli uomini (8,7% vs 6,3%);
- chi dichiara molte difficoltà economiche rispetto a chi non ne ha nessuna (13,2% vs 6,1%);
- i cittadini italiani rispetto agli stranieri (8% vs 4,2%);
- le persone con 35-49 anni rispetto alla fascia d'età 18-34 (8,6% vs 4,7%).

Inoltre, se nell'abitazione sono presenti:

- ragazzi fino ai 14 anni tale percentuale è pari a 8,2% (in FVG 9,9%);
- persone con più di 64 anni, la percentuale è del 6,4 % (in FVG 9,9%).

## Campagne informative

Il 20,4% degli intervistati dichiara di aver sentito campagne informative per la prevenzione degli incidenti domestici. In particolare lo riferiscono il 21,5% degli uomini e il 19,3% delle donne, il 21,7% delle persone con nessuna difficoltà economica vs 15,5% di chi ha molte difficoltà e il 22,7% degli italiani (in modo statisticamente maggiore rispetto all'9% degli stranieri).

Le informazioni sono state trasmesse tramite opuscoli (49%), mass media (27,9%), medici o altri operatori sanitari (23,8%), tecnici (15,4%), familiari e parenti (1,9%).

In seguito alla ricezione di informazioni, il 33,6% afferma di aver modificato il comportamento.

La modifica del comportamento è avvenuta per il 47% tra gli stranieri, per il 49,5% tra i giovani, per il 44,3% tra chi riferisce qualche difficoltà economica, per il 41,3% in chi vive con persone anziane o con bambini.

## Conclusioni

**L'utilizzo del casco risulta essere un'abitudine consolidata.** In fase di miglioramento l'utilizzo della cintura posteriore e dei dispositivi di sicurezza per i bambini. L'utilizzo della **cintura di sicurezza anteriore**, se prima poteva essere considerata un'abitudine consolidata, ad oggi sembra **essere un comportamento non ancora sufficientemente adottato.**

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



# 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.

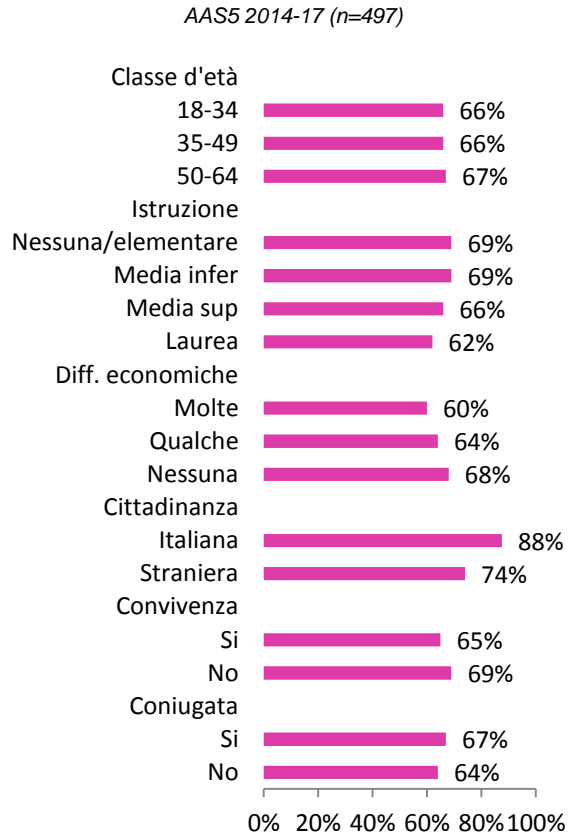
La riduzione del rischio di ammalarsi e di morire per tumore della cervice è più accentuata nelle donne oltre i 65 anni di età e via via meno importante nelle più giovani, tanto che dalla metà degli anni 2000 il differenziale di rischio per età si è azzerato o addirittura invertito.

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.

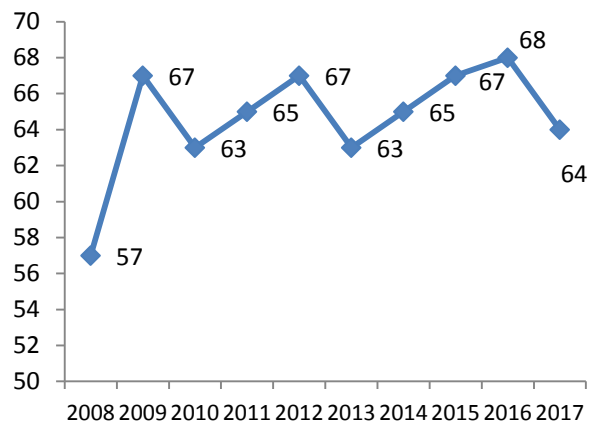
**Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni all'interno di un programma organizzato**



**Copertura screening per neoplasia cervicale Passi 2014-2017 (n=497)**

	AAS 5	FVG	Italia
Ha svolto negli ultimi 2 anni un pap test o un HPV test	86.7%	89.2%	79.3%
Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato	66%	66.5%	45.3%
Copertura screening per neoplasia cervicale spontaneo	21%	23.6%	33.4%

**Trend di adesione al programma organizzato AAS5 2014-17 (n=901)**

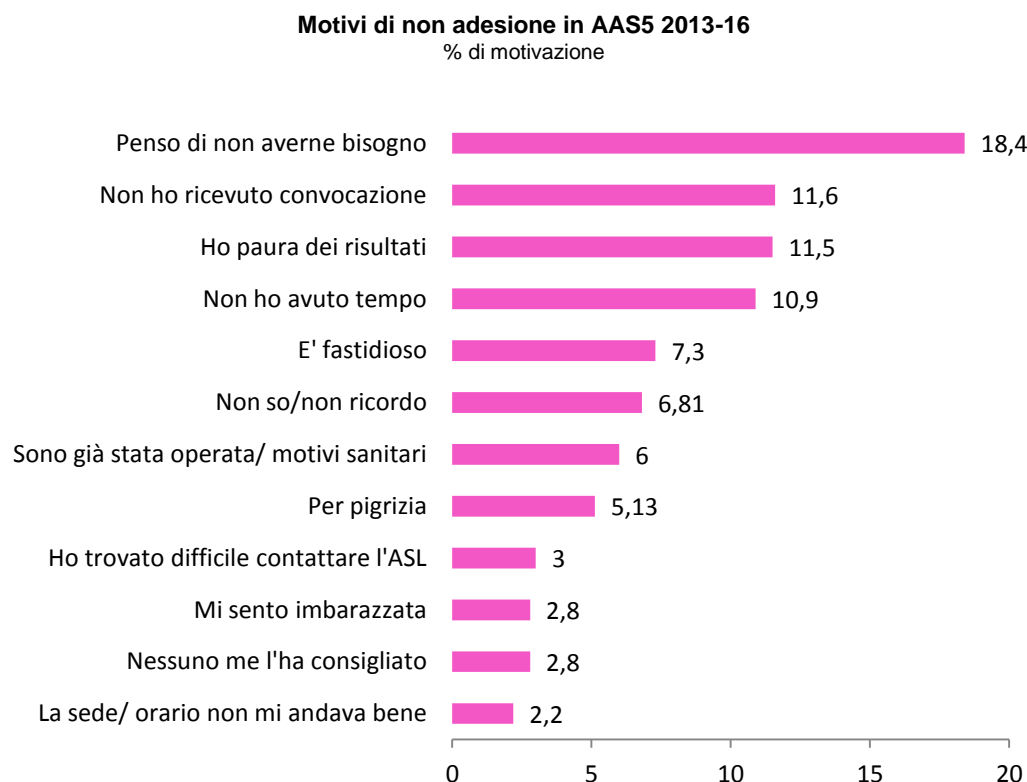


Il 7% delle intervistate dichiara di non aver mai eseguito un pap test o un HPV test nel corso della vita.



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 15% ha sostenuto il costo totale, il 9% 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 64% ha ricevuto il consiglio di eseguire il test da un medico o operatore sanitario.

L'85% 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 2017 ha partecipato allo screening organizzato per la cervice uterina è del 61.6%, dato inferiore rispetto ai dati raccolti dal Sistema PASSI nel quadriennio 2013-16 (75%).

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.

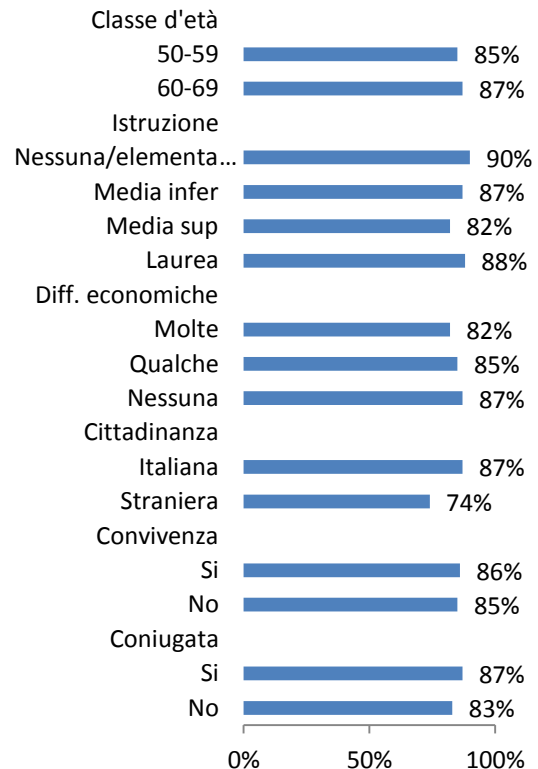
### Copertura screening per neoplasia della mammella ASS5 2014-17 (n=258)

	AAS 5	FVG	Italia
Copertura screening mammografico totale	86%	85%	73%
Copertura screening mammografico organizzato	75%	70%	54%
Copertura screening mammografico spontaneo	11%	15%	19%

Il 7% delle donne intervistate riferisce di non aver mai eseguito una mammografia in tutta la vita, il 51% dichiara di averla eseguita nell'ultimo anno.

### Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Caratteristiche socio demografiche  
Donne AAS5 50-69 anni  
AAS5 2014-17 (n=259)



### Quale promozione del test di screening mammografico?

Il 66% delle donne intervistate ha ricevuto da medici o operatori sanitari il consiglio di eseguire la mammografia; il 92% ha ricevuto la lettera di invito, il 75% ha visto campagne di promozione dell'esame.

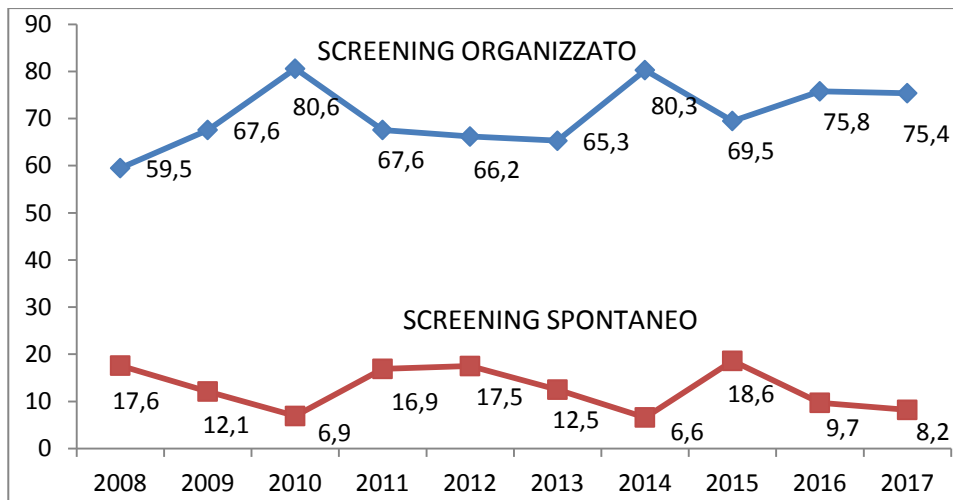
Il 75% delle donne intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia all'interno di un programma organizzato.

### Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

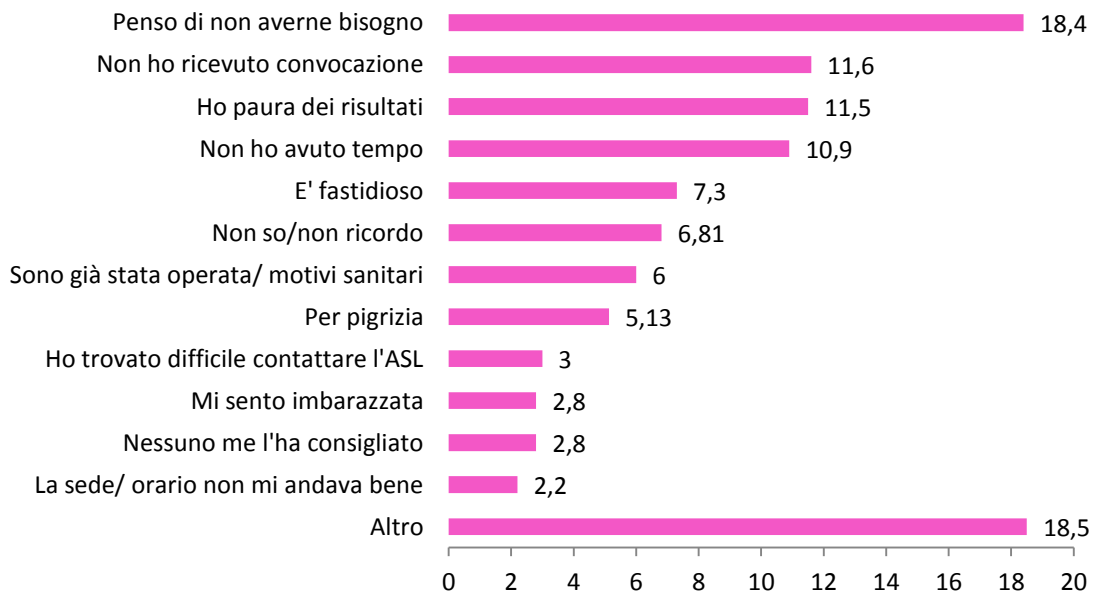
L' 87% delle donne intervistate che riferiscono di aver effettuato la mammografia non hanno pagato.

Tra coloro che invece che hanno pagato, il 4% ha sostenuto il costo totale, il 8% ha pagato solo il ticket.

Trend di adesione al programma organizzato e adesione spontanea  
AAS5 2014-17



### 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 all'interno dello screening organizzato è pari all'75%. 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 all'interno di un programma organizzato è pari al 72.3%.

# 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.

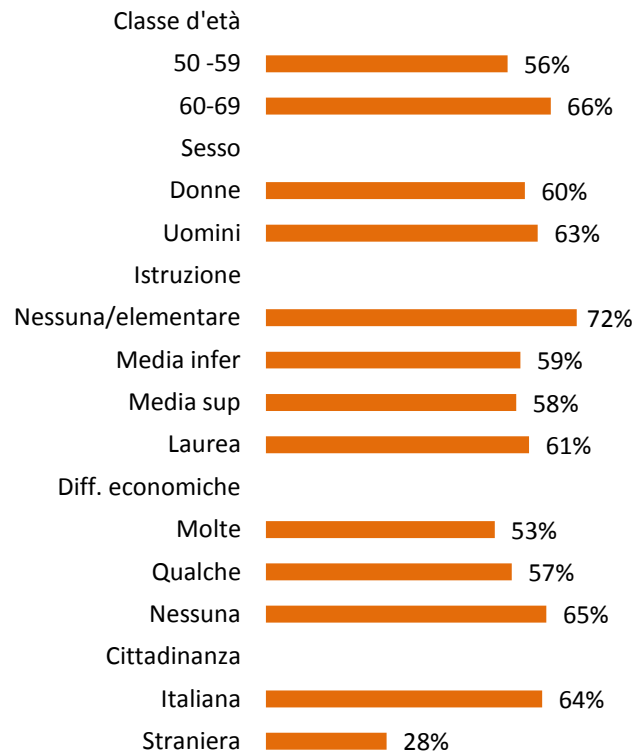
I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la endoscopia digestiva (colonscopia e rettosigmoidoscopia). Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori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

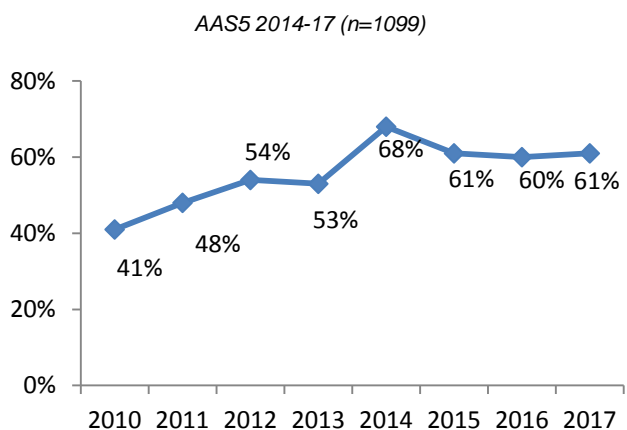
**Copertura screening per neoplasia colon retto ASS5 2014-17 (n=518)**

	AAS 5	FVG	Italia
Copertura screening coloretale totale	75%	70%	45.5%
Copertura screening coloretale organizzato	62%	65%	37%
Copertura screening coloretale spontaneo	5%	5%	7.5%
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	61%	64%	39%
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	15%	17%	14%

**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni  
Persone 50-69 anni (n=518)**



**Trend di adesione al programma organizzato**

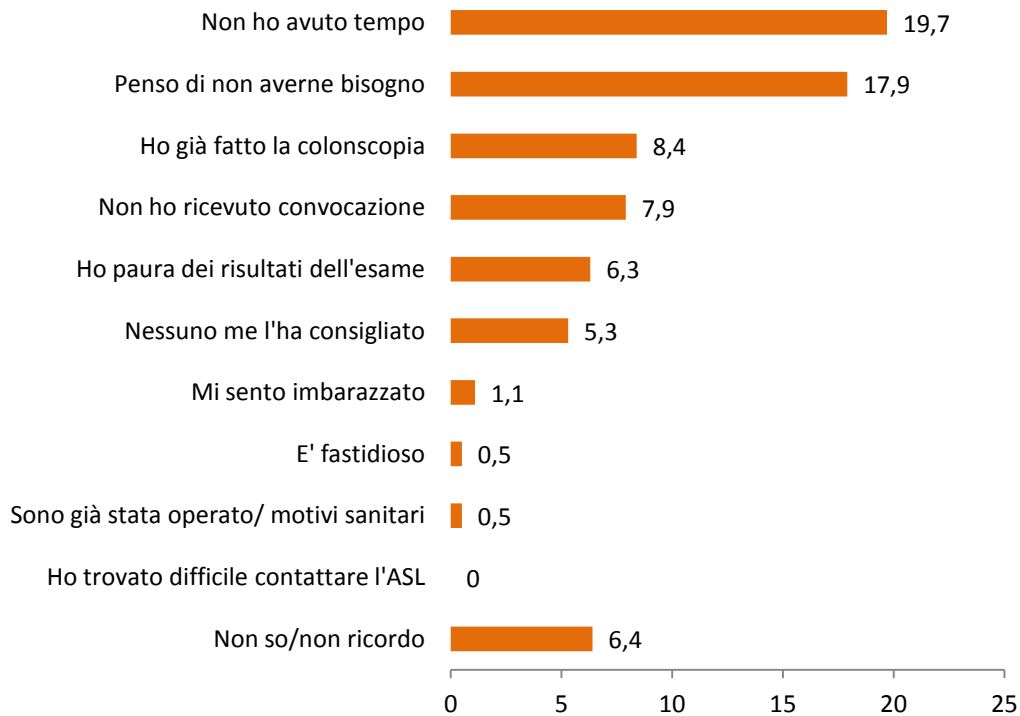


Il 33% dichiara di non aver mai eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci. L'79% degli intervistati di età 50-69 anni dichiara di non aver mai eseguito una colonscopia.

## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

Il 95% degli intervistati che riferiscono di aver effettuato la ricerca del sangue occulto non lo ha pagato.

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



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

L'84% di chi ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci ha ricevuto una lettera, il 55% ha visto campagne informative; il 38% 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 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 62% delle persone ha effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci come raccomandato dalle linee guida e il 15% ha eseguito una colonscopia negli ultimi 5 anni.

Confrontando i dati del Sistema PASSI con i dati di rilevazione sugli Screening Oncologici (anni 2017) 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 nel 2017 è stata pari al 68.9%.

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.

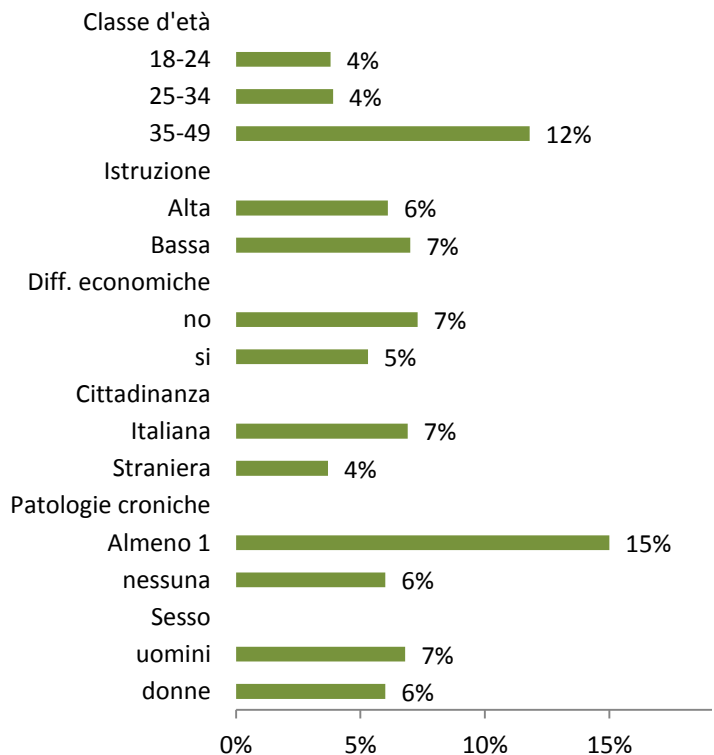
La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 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 6% 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 15%, 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% (7% in Italia).

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

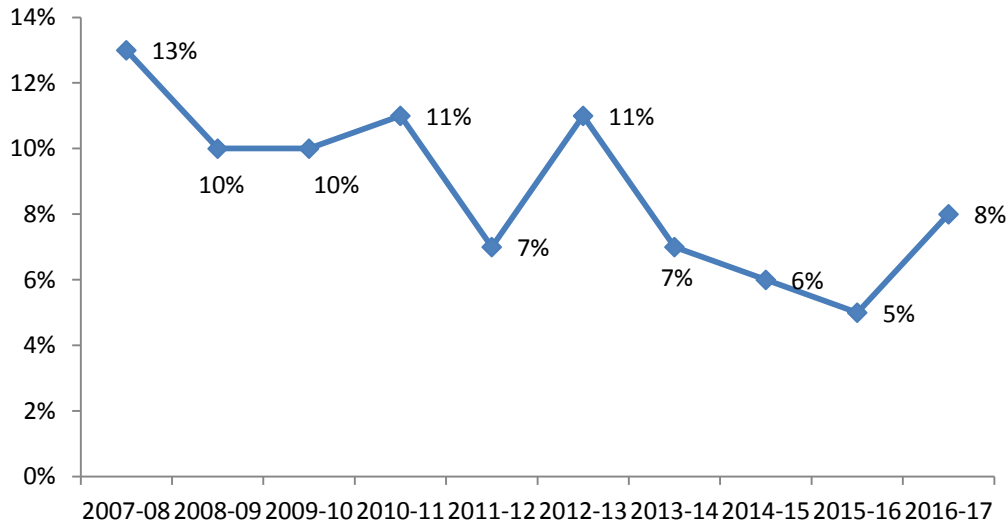
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASS5 2014-17 (n=555)





### Vaccinazione antinfluenzale nelle campagne antinfluenzali, dal 2007 al 2017 (18-64 anni)

Prevalenze per anno AAS5 (n=1510)



- In Friuli Venezia Giulia, la copertura vaccinale riferita tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 15%.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è pari al 20%.

### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone (18-64 anni)

Totale: 6,5% (IC 4.6-8.8%)

Copertura vaccinale nei 18-64enni per regione di residenza

Passi 2014-2017



## 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 60% di copertura in questa fascia di popolazione, dato comunque inferiore a quello desiderabile del 75%. Questi i 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 quando l'obiettivo è quello del 75% mentre il dato atteso dal PRP del 2018 è di arrivare al 37.6% di copertura.

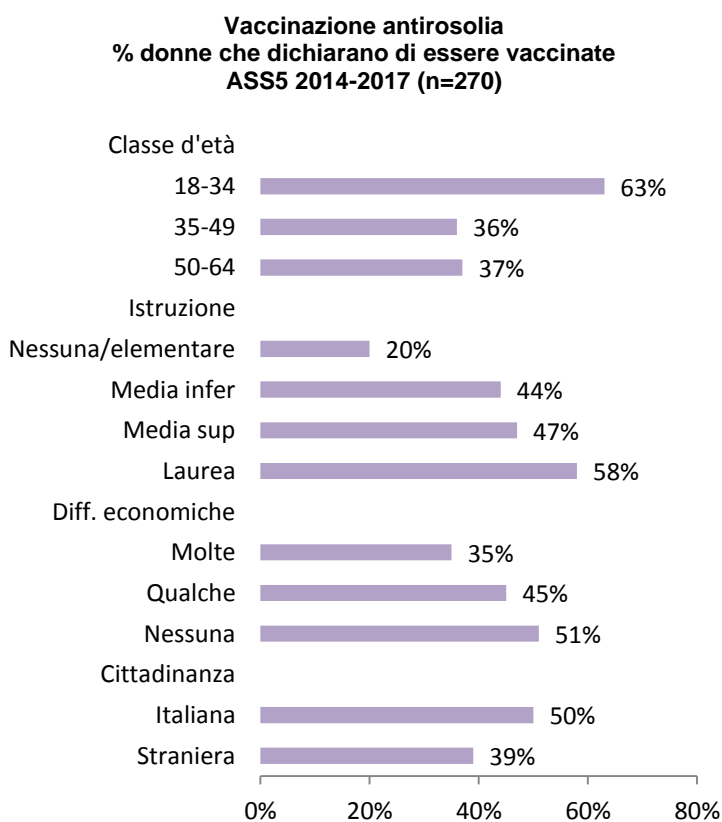
## Vaccinazione antirosolia

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 2014-2017, 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 ASS5 2014-2017 (n=270)

	AAS 5	Italia
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	48%	42%
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	1%	2%
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	33%	39%



### 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.

E' fondamentale pertanto promuovere la vaccinazione anche nei gruppi più a rischio, in particolare tra le donne straniere (solamente il 39% 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 fino ad agosto 2017 con cadenze mensili; luglio e agosto sono stati considerati come unica mensilità. Da settembre 2017 le interviste sono condotte da personale di Televita adeguatamente formato. 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 sotto forma 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.

**GLI INDICATORI DEL PIANO DELLA PREVENZIONE 2015-2019 DELLA REGIONE F.V.G.****DIFFERENZE TERRITORIALI:**

confronto tra Aziende Sanitarie regionali anno 2017 (\* quadriennio 2014-2017)

M.O. 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili		Atteso 2018 PRP	FVG 2017	ASUI TS	AAS 2	AAS 3	ASUI UD	AAS 5
1.4.1	Fumatori	22.8	23.6	28.6	28.3	21.6	24.1	16.7
1.5.1	Persone che riferiscono il rispetto del divieto di fumare nel proprio ambiente di lavoro	99.7	95.6	94.6	88.3	95.7	95.1	96.9
1.6.1	Consumatori di alcol a maggior rischio	25.6	27.8	26.4	25.6	25.6	33.7	24.6
1.7.1	Persone che consumano almeno 3 dosi giornaliere di frutta e verdura	57.3	53.7	51.9*	50.8*	54.0*	50.4*	53.0*
1.8.1	Persone che ricevono il consiglio di ridurre il sale nel cibo	91.6	71.1	83.4*	88.3*	71.3*	78.*	71.3*
1.9.1	Persone fisicamente attive	46.1	33.5	28.9	36.9	39.4	30.4	35.3
1.10.3	Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere	57.9	48.9	40.4*	44.3*	42.6*	49.4*	47.4*
1.10.4	Consiglio di un medico o di un operatore sanitario di perdere peso a persone in eccesso ponderale	68.7	49.7	46.2	53.5	52.8	50.8	47.5
1.10.5	Consiglio di un medico di ridurre il consumo di alcol alle persone con consumo a maggior rischio	30.8	9.1	4.2*	5.3*	4.1*	6.2*	6.9*
1.10.6	Persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	47.6	44.5	32.0	46.9	41.2	49.2	41.2

M.O. 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti		Atteso 2018 PRP	FVG 2017	ASUI TS	AAS 2	AAS 3	ASUI UD	AAS 5
5.3.1	Persone che usano sempre la cintura posteriore di sicurezza	52.4	48.8	50.7	48.5	53.2	52.6	42.4
	Persone che usano sempre il casco	95.0	100	100	100	100	100	100
5.3.2	Guida sotto l'effetto dell'alcol	7.0	7.4	4.2	6.5	10.8	10.2	6.4

M.O. 6 Prevenire gli incidenti domestici		Atteso 2018 PRP	FVG 2017	ASUI TS	AAS 2	AAS 3	ASUI UD	AAS 5
6.3.2	Percezione alta/molto alta della possibilità di subire infortuni domestici	8.3	7.8	8.5	7.7	7.2	7.6	7.9
6.4.1	Ricevuto informazioni da operatori sanitari (tra coloro che hanno ricevuto informazioni)	34.3	34.1	21.9*	26.0*	26.6*	20.6*	23.8*

M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie		Atteso 2018 PRP	FVG 2017	ASUI TS	AAS 2	AAS 3	ASUI UD	AAS 5
9.7.1	Copertura vaccinale antiinfluenzale in specifici gruppi a rischio per patologia	37.6	20.5	14.6*	18.2*	20.9*	12.7*	14.9*

\*questi valori si riferiscono al quadriennio 2014-2017 in quanto la numerosità del campione per queste variabili non permette stime attendibili per il singolo anno