



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

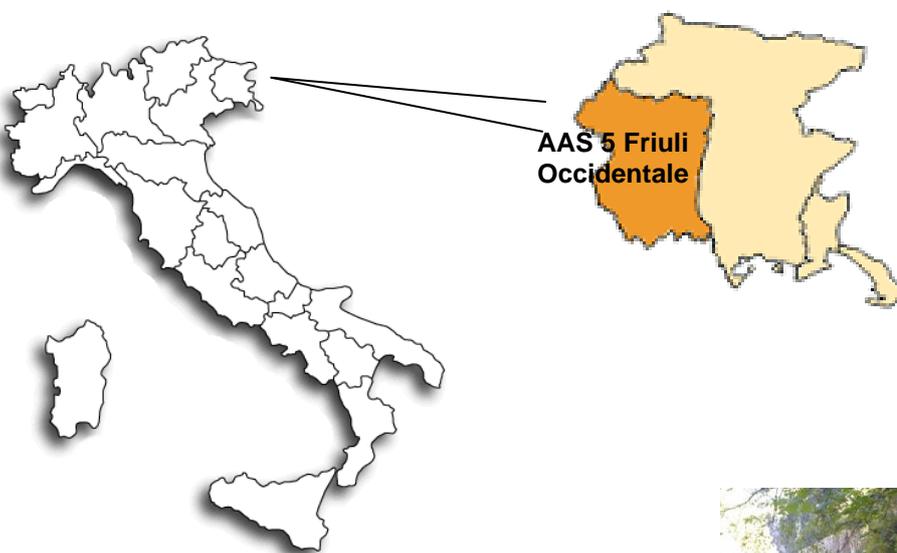


azienda PER L'assistenza sanitaria
5 Friuli Occidentale

Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale quadriennio 2015-2018



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 Guastaferro, Mirella Lazzaretto, Sara Piazza, Sandra Polese, Jessica Sorentini, Daniela Bertolo, Martina Bonfada, Sara Nicaretta, Sara Piazza, Angela Spataro.

Dall'agosto 2017 le interviste sono condotte dalla SpA Televita attraverso operatori formati del call center.

Coordinatore: Luisa De Carlo

Vice-coordinatore: Sorentini Jessica

- **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 Carrozzi - 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'Argenio - 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:

Luisa De Carlo, Jessica Sorentini, Jessica Greguol, Giulia Goi (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@aes5.sanita.fvg.it

Il rapporto PASSI 2015-2018 aziendale è scaricabile dal sito: <https://aes5.sanita.fvg.it/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	12
Sintomi di depressione	14
<i>Guadagnare salute</i>	
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	17
Attività fisica	19
Abitudine al fumo	21
Fumo passivo	23
Consumo di alcol	25
Alcol e guida	27
<i>Rischio cardiovascolare</i>	
Iperensione arteriosa	30
Ipercolesterolemia	31
Carta del rischio	31
<i>Il ruolo dei medici e degli operatori sanitari nella promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche</i>	33
<i>Sicurezza stradale e domestica</i>	
Sicurezza stradale	37
Sicurezza domestica	38
<i>Programmi di prevenzione:</i>	
Screening dei tumori del collo dell'utero	40
Screening dei tumori della mammella	42
Screening dei tumori del colon-retto	44
Vaccinazione antiinfluenzale	46
Vaccinazione antirosolia	48
<i>Metodi</i>	49

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione



Profilo socio demografico del campione

La popolazione in studio al 01.01.2018 è costituita da 206.688 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della AAS5 "Friuli Occidentale". Da gennaio 2015 a dicembre 2018, nella Azienda AAS5 "Friuli Occidentale" sono state intervistate 1214 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie in modo da garantirne la rappresentatività, per cui è possibile estendere le stime ottenute tramite la sorveglianza a tutte le persone che compongono la popolazione adulta dell'AAS5 e descrivere questa popolazione sia come profilo socio-demografico, sia per le altre tematiche prese in considerazione dalla sorveglianza.

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2015	PASSI 2016	PASSI 2017	PASSI 2018	TOTALE
Numerosità interviste	307	308	309	290	1214
Tasso di risposta	89.8	89.8	86.1	86.1	
Tasso di rifiuto	9.4	10.2	7.2	6.5	

Caratteristiche demografiche degli intervistati

	ASS5			FVG			ITALIA		
	%	IC95% Inf	IC95% SUP	%	IC95% Inf	IC95% SUP	%	IC95% Inf	IC95% SUP
Basso livello di istruzione	39.1	35.31	43.31	36			34,7		
Molte difficoltà economiche	6.81	5.51	8.38	7,3			13,4		
Cittadinanza straniera	14.82	12.96	16.91	8,6			4,6		
Vive solo	11.91	10.22	13.84	14,3			9,4		
Coniugato	55.64	53.02	58.24	52,2			57,6		
Occupato lavorativamente	68.72	66.10	71.23	70,4			66,6		

L'età e il sesso

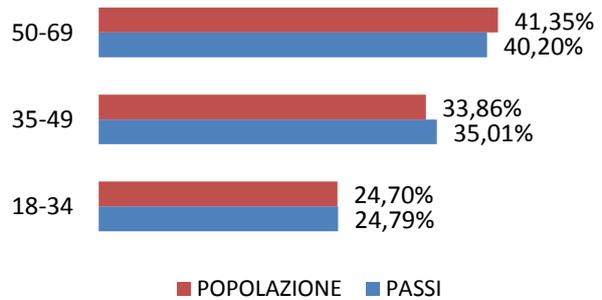
Il campione intervistato in AAS5 nel quadriennio 2015-2018 (1214 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50%) e uomini (50%).

Il campione è costituito per:

- il 25% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 40% 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 2015 -2018

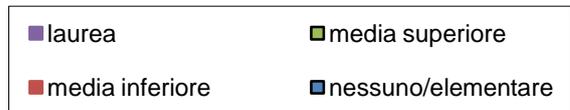
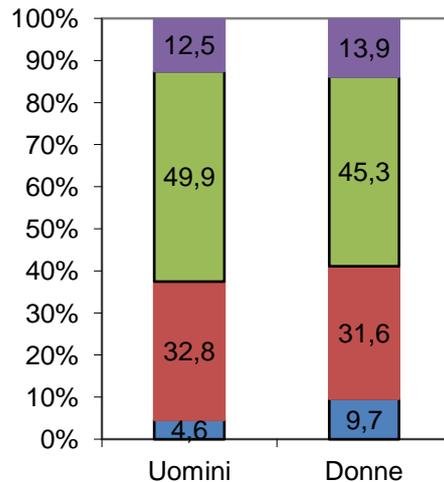


Il titolo di studio

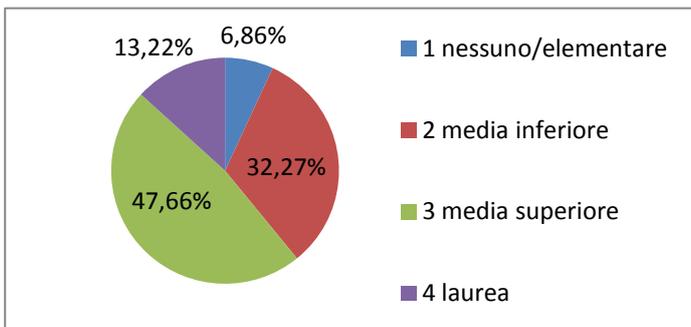
Nella AAS5 "Friuli Occidentale" il 6.86% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32% la licenza media inferiore, il 48% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

Il titolo di studio è fortemente correlato all'età: il 15% di chi ha tra i 50 e i 69 anni non possiede alcun titolo vs l'1% delle altre classi d'età. Il 70% dei laureati ha meno di 50 anni.

% titolo di studio suddiviso per sesso
AAS5 - PASSI 2015-2018 (1211)



Distribuzione del livello di studio ASS5-PASSI 2015 -2018 (1211)

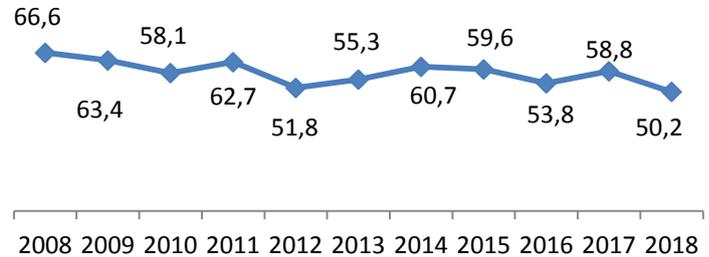


Lo stato civile

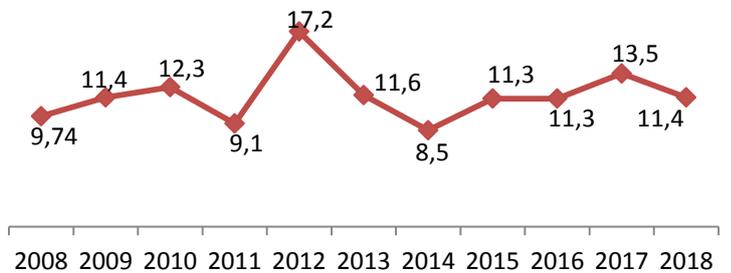
In Provincia di Pordenone i coniugati/conviventi rappresentano il 56% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 8% ed i vedovi il 2%.

Il 12% degli intervistati vive da solo; la percentuale è maggiore tra le persone della classe d'età 50 -69 anni (17% vs 9% e 8% delle altre classi) e tra gli uomini (15% vs il 9% delle donne).

% prevalenza annuale coniugati di età 18-69 anni
ASS5, Passi 2008 -2018 (3980)



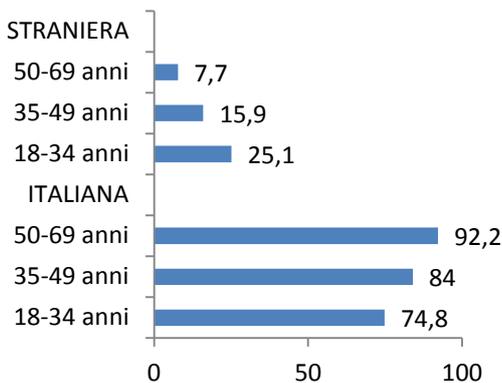
% di persone che vivono sole
AAS5 PASSI 2008-2018 (n=3980)



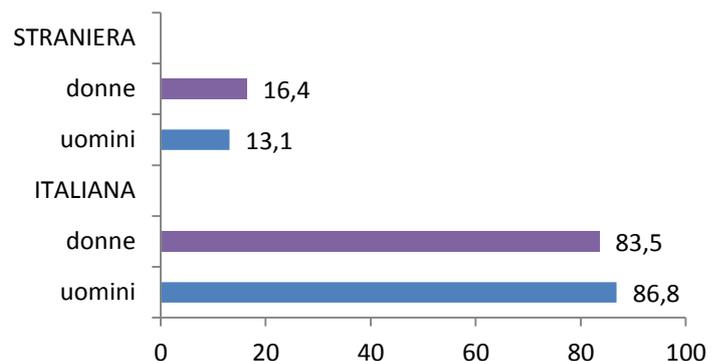
Cittadinanza

In AAS5 "Friuli Occidentale" il campione è costituito dal 15% da cittadini stranieri, soprattutto donne (13%) vs. uomini (16%) e la loro presenza è maggiore nella classe d'età compresa tra i 18 e i 34 anni 25% (dato statisticamente significativo).

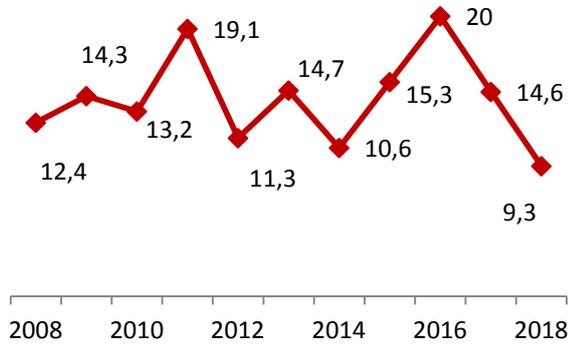
%Distribuzione cittadinanza per classi d'età
ASS5, Passi 2015-2018 (1195)



%Distribuzione cittadinanza per sesso
ASS5, Passi 2015-2018 (1195)



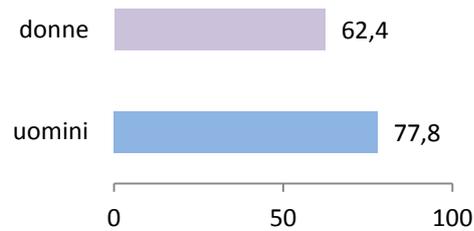
% di stranieri per anno
AAS5 - PASSI 2008-2018 (n=3953)



Il lavoro

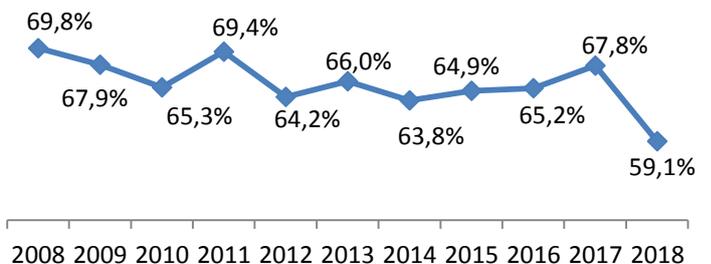
Nel "Friuli Occidentale" il 70% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente. Lavora regolarmente il 78% degli uomini vs il 62% delle donne (dato statisticamente significativo).

% distribuzione per sesso delle persone che dichiarano di lavorare (continuativamente e non) ASS5, Passi 2015-2018



Nella regione Friuli Venezia Giulia la percentuale delle persone occupate è del 70%. Nel pool di ASL PASSI nel periodo 2015-2018 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 67%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori (continuativi e non) per anno
ASS5 2008-2018 (n=3982)

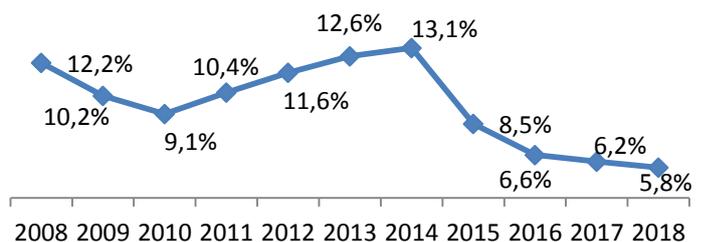


Difficoltà economiche

Nel quadriennio 2015 -2018:

- il 62% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 31% qualche difficoltà
- il 7% molte difficoltà economiche.

% di persone che dichiarano molte difficoltà per anno
AAS5 - PASSI 2008-2018 (n=3971)



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. Il trend relativo alla percentuale di lavoratori regolari per anno dimostra una piccola diminuzione dal 2017 al 2018 (67,8% al 59,1%), mentre, nello stesso periodo, la percentuale delle persone che dichiarano molte difficoltà economiche sembra in diminuzione (13% a 5,8%).

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.

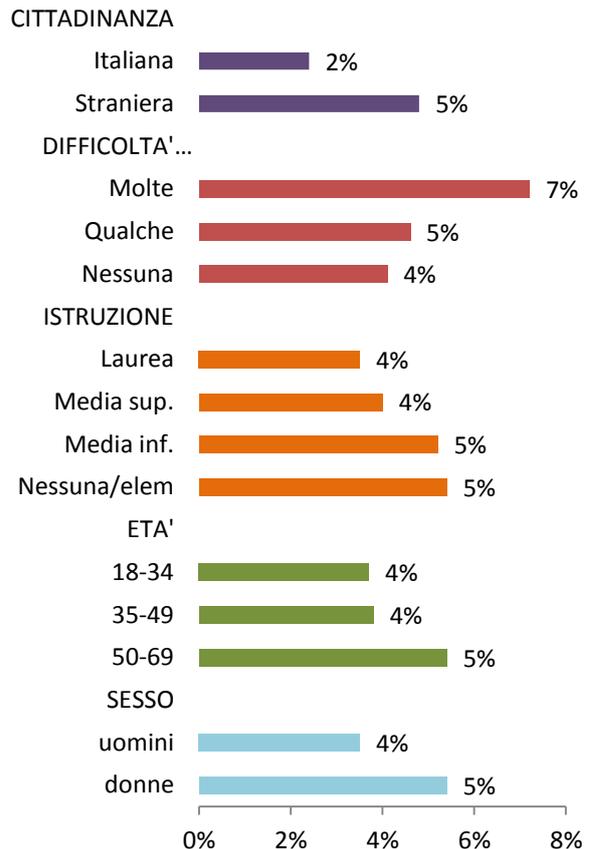
Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*) che si basa su quattro domande : lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi mentalie/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5, il 75,3% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 22,2% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2,4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

Stato di salute - PASSI 2015-2018

	AAS 5	FVG	Italia
Stato di salute percepito positivamente	75,3%	71,9%	70,5%

Caratteristiche socio demografiche persone che riferiscono uno stato di salute discreto o male o molto male (24.6%)
AAS5 2015-2018 (n=1213)



GIORNI IN CATTIVA SALUTE (UNHEALTHY DAYS)

Il numero medio di giorni in cattiva salute dichiarato dagli intervistati nell'ultimo mese è in media di 4 giorni.

La media dei giorni in cattiva salute fisica (per malattia e/o incidenti è pari a 2,8 giorni quella dei giorni in cattiva salute psichica (per problemi emotivi ansia, depressione o stress) è di 2,1 giorni.

Poco più di un giorno al mese (1,1) è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività per motivi psichici e/o psicologici.

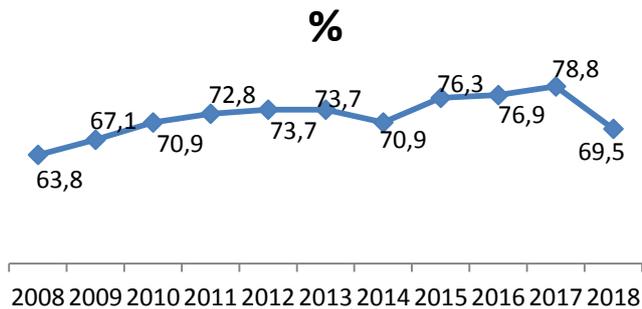
I giorni *non in salute* sono più frequenti nelle donne (5,4 vs 3,5), nelle persone più anziane (5,4 vs 3,7 18-34 anni), nelle persone con difficoltà economiche (7,2 vs 4,1), e nelle persone con patologie croniche severe (8,0 vs 3,7).

Stato di salute percepito positivamente

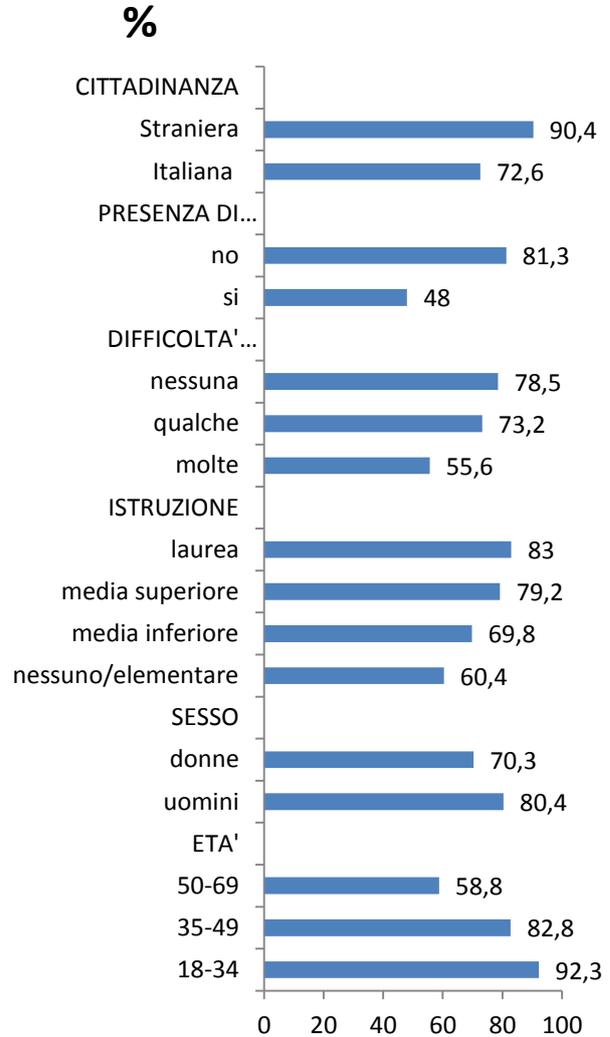
Nel periodo 2015-2018 Passi rileva che 2/3 degli intervistati (75,4%) giudicano positivo il proprio stato di salute riferendo di sentirsi bene o molto bene e quasi 1/3 riferisce di sentirsi discretamente (24,6%); il 2,4% riferisce di sentirsi male o molto male.

I gruppi di popolazione che si dichiarano più soddisfatti del proprio stato di salute sono i giovani (92,3%), gli uomini (80,4%), le persone con livello di istruzione più alto (83%), chi non ha difficoltà economiche (78,5%), chi non riferisce condizioni patologiche severe (81,3%) e gli stranieri (90,4%).

Analisi del trend delle persone che percepiscono uno stato di salute positivo
AAS5 Passi 2008-2018 (3981)



Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio demografiche
Ass5 Passi 2015-2018 (1213)



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.

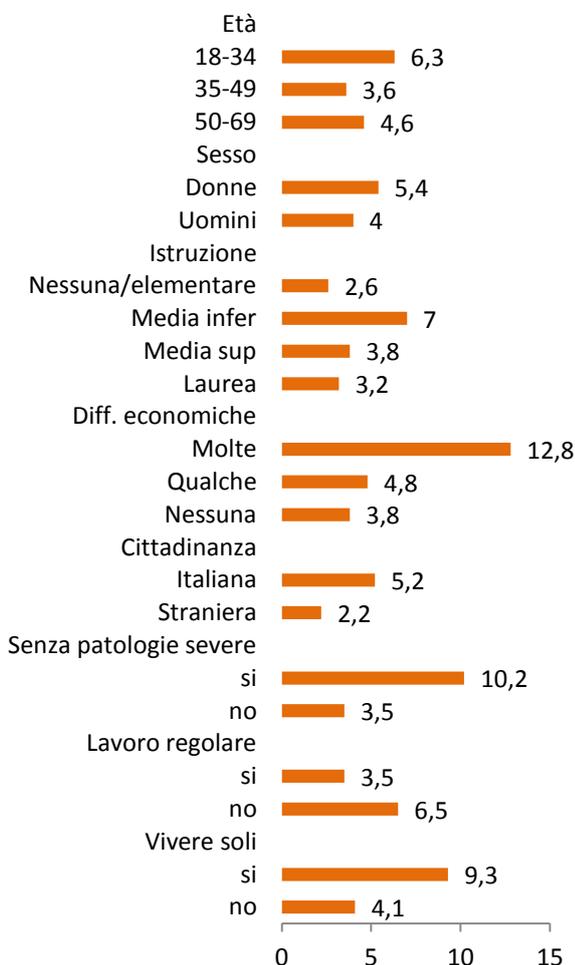
Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, la depressione è tra le cause più importanti nel provocare la perdita di anni in buona salute per disabilità o morte prematura (Dalys), in particolare nei paesi ad alto reddito. In Italia, ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffrono di un disturbo di tipo depressivo.

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

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

Sintomi di depressione - PASSI 2015-2018 (n= 1193)

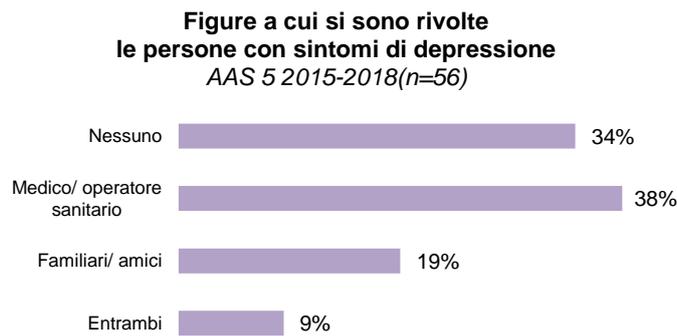
	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati con sintomi di depressione	4,7%	6,8%	6,0%



In AAS5 il 4,7% delle persone presenta dei sintomi di depressione.

Questa condizione è maggiormente diffusa tra gli italiani (5,2% vs 2,2% degli stranieri), nelle donne (5,4% vs 4% uomini), nei giovani (18-34 anni con una percentuale del 6,3% vs il 4,6% dei 50-69 anni), nelle persone con basso titolo di studio media inferiore (7%), senza lavoro o con un lavoro irregolare (6,5%), inoltre, risultano essere significative le percentuali delle persone depresse con molte difficoltà economiche (12,8%), in chi vive solo (9,3%) e nelle persone con almeno una patologia (10,2%).

Il 54,1% delle persone con sintomi di depressione riferisce uno stato di salute discreto/male o molto male. Solamente il 65,6% ha cercato aiuto. Tale percentuale a livello regionale è pari al 63% e a livello nazionale è del 61%.



**Persone che dichiarano sintomi di depressione
POOL PASSI 2015-18**



Conclusioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in buona salute. Si stima che solo il 4,7% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali maggiori tra le persone con difficoltà economiche, i senza lavoro e con almeno una patologia 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 tre), 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, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità. Per questo è fondamentale il monitoraggio dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età

Nella AAS5 il 44% della popolazione presenta un eccesso ponderale.

Popolazione in eccesso ponderale - PASSI 2015-2018

	AAS 5	FVG	Italia
Popolazione in eccesso ponderale			
<i>Sovrappeso</i> ¹	33,5 %	30,6 %	31,6 %
<i>Obesi</i> ²	11 %	10,4 %	10,9 %
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario			
<i>Sovrappeso/obesi</i>	44,6 %	48 %	47,5 %

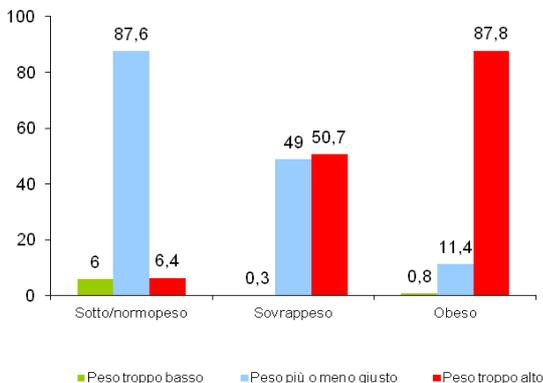
¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

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 (87,6%) e negli obesi (87,8%), mentre tra le persone in sovrappeso il 49% ritiene il proprio peso adeguato mentre solo il 50,7% lo reputa troppo alto.

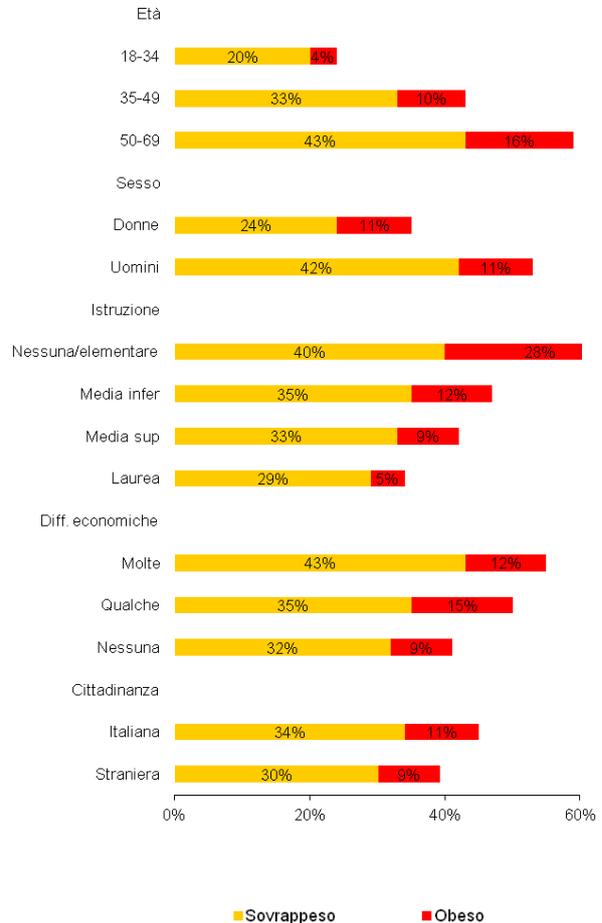
Percezione del proprio peso corporeo

% Prevalenze per stato nutrizionale – AAS5 2015-2018



Eccesso ponderale in AAS5 2015-2018 (n=1197)

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 2015-2018, si registra tra gli ipertesi un 29,7% di persone in sovrappeso/obese mentre, tra coloro che dichiarano di avere il colesterolo alto, il 27,8% è in condizione di eccesso ponderale.

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

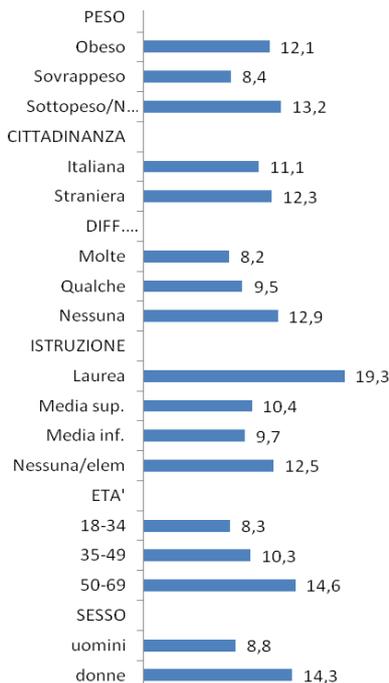
Frutta e verdura hanno un ruolo protettivo rispetto alle malattie cardiovascolari e alle neoplasie. Per questo motivo se ne raccomanda l'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno (*five-a-day*).

Nella AAS5 L'88,5% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 41,4% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e **solo il 11,5% 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 (14,6% vs 10,3%);
- tra le donne (14,3%) rispetto agli uomini (8,8%).

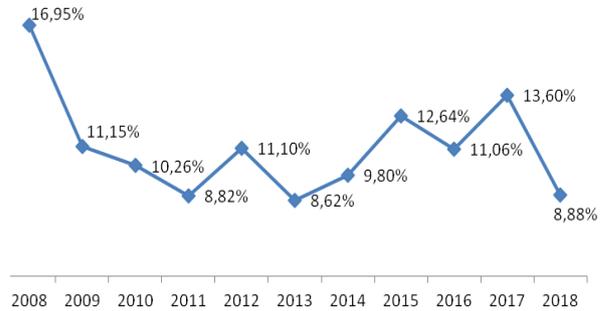
Adesione al five-a-day

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche AAS5 2015 -2018 (n=1212)



Adesione al five-a-day	AAS 5	FVG	Italia
	11,5 %	11,8%	10 %

Analisi del trend delle persone che consumano più di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno AAS5 2008-2018 (n=290)



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

Il 44,6% 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 21,6% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (18,5% nei sovrappeso e 30,9% negli obesi e il 25,7% di chi considera il proprio peso alto).

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 su peso e altezza 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'adeguata 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?

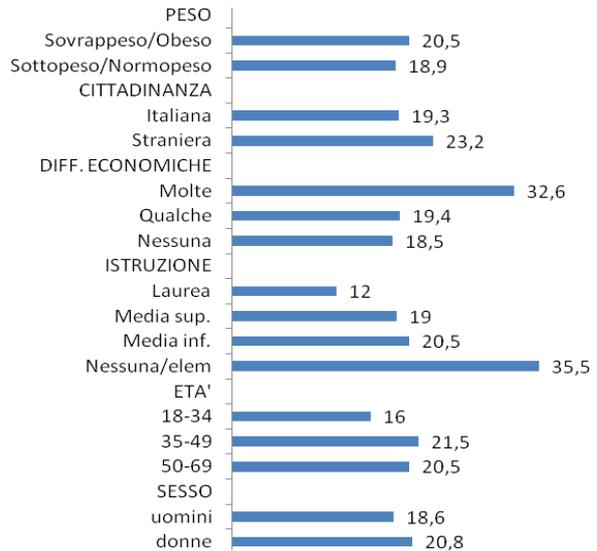
ASS5 2015-18(n=1197)

	AAS 5	FVG	Italia
Attivo	36,1%	36,4%	31,4 %
Parzialmente attivo	44,1%	42,2 %	34,1 %
Sedentario	19,7%	21,4%	34,5%

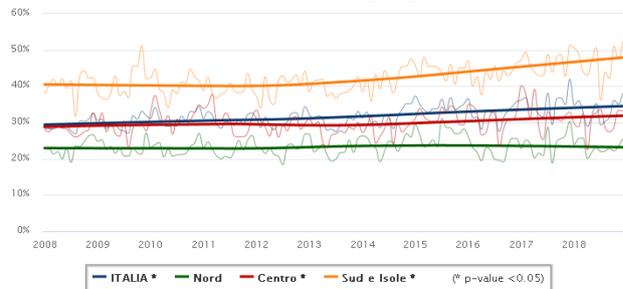
Lo stile di vita sedentario si associa frequentemente ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 28,38% delle persone ipertese (vs il 17,5% delle persone normotese);
- il 20,5% delle persone in sovrappeso/obese (vs il 18,9% dei normopeso);
- il 22,5% dei fumatori (vs il 19% dei non fumatori).
- il 24,3% delle persone con sintomi di depressione (vs il 19% di chi non ne ha).

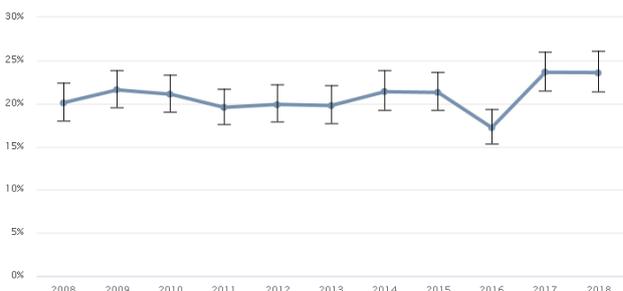
Sedentari per caratteristiche socio-demografiche AAS5 2015- 2018 (n=1197)



Trend della sedentarietà Serie storica sedentari per area geografica 2008-2018



Trend della sedentarietà FVG 2008-2018



Sedentari per regione di residenza PASSI 2015-2018

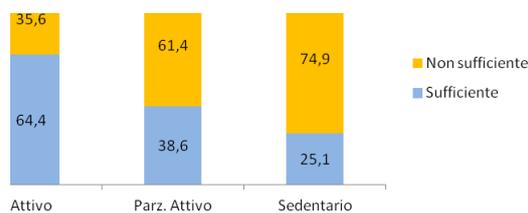


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

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. È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: **circa un sedentario su quattro ritiene di praticare sufficiente movimento.**

Autopercezione del livello di attività fisica praticata

Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
AAS5 2015-18



Conclusioni

Nella AAS 5 "Friuli Occidentale" si stima che il 36,2% pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il **19,7% può essere considerato completamente sedentario.** Tale percentuale sembra in aumento anche se il dato non è statisticamente significativo.

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 – AAS5 2015-2018 (n=1212)

	AAS 5	FVG	Italia
Non fumatori ¹	58,5%	53,8%	56,8%
Fumatori ²	20,3%	24,8%	25,7%
Ex –fumatori ³	19,8%	21,4%	17,5%

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 di fumare da almeno 6 mesi.

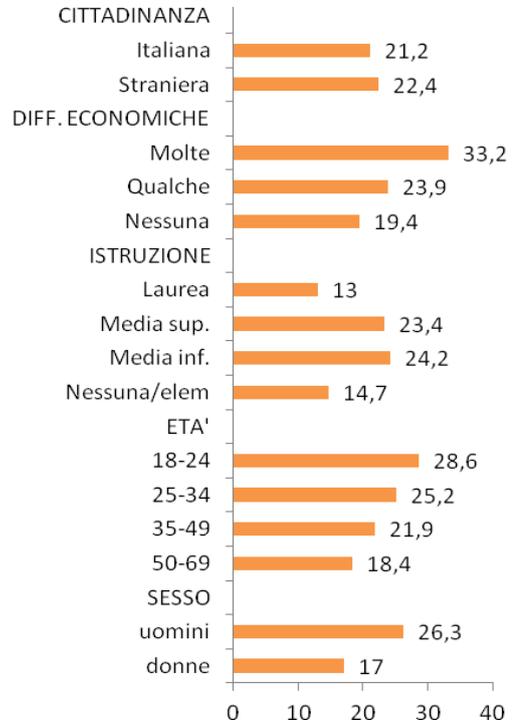
Analisi del trend dei fumatori in %
AAS5 2008-2018 (n=957)



La percentuale del soggetti fumatori che nell'anno 2017 sembrava in discesa (16,7%) ha subito una nuova ripresa nell'anno seguente (22,75%).

Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche AAS5 2015-2018 (n=263)



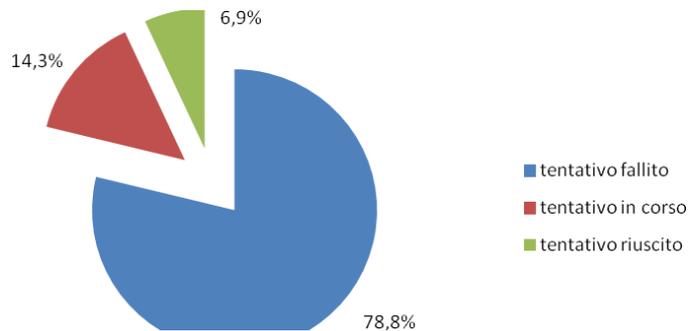
I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 10,5 sigarette al giorno. Il 13% fuma più di 20 sigarette al giorno (*forte fumatore*).

Il 2% degli intervistati viene definito *fumatore occasionale* (fumatore che non fuma tutti i giorni) e l'1,3% è in astensione (fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

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

Le persone che hanno tentato di smettere di fumare non sono numericamente trascurabili: quasi la metà dei fumatori (48%) ha tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare. Nella stragrande maggioranza dei casi il tentativo fallisce (79%): solo una bassa quota (<7%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
AAS5 2015-2018 (n=115)



L'84,4% delle persone che sono riuscite a smettere di fumare ce l'hanno fatta da soli, il 13,8% con l'utilizzo della sigaretta elettronica, mentre circa l'1% ricorre a farmaci/cerotti o ai servizi e ai corsi offerti dalle Asl.

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 2015-2018

Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	AAS 5	FVG	Italia
<i>nei locali pubblici</i>	95%	96,1%	91,4%
<i>sul luogo di lavoro</i>	94,6%	95,7%	93,4%

Percezione del rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici - Passi 2015-2018



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

Percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro - Passi 2015-2018



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

La percezione del rispetto del divieto nei locali pubblici vede virtuose le regioni del nord assieme a Sardegna e Puglia, invece il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro va dal 98,9% della Provincia di Bolzano all'81,4 % del Molise (dato in miglioramento).

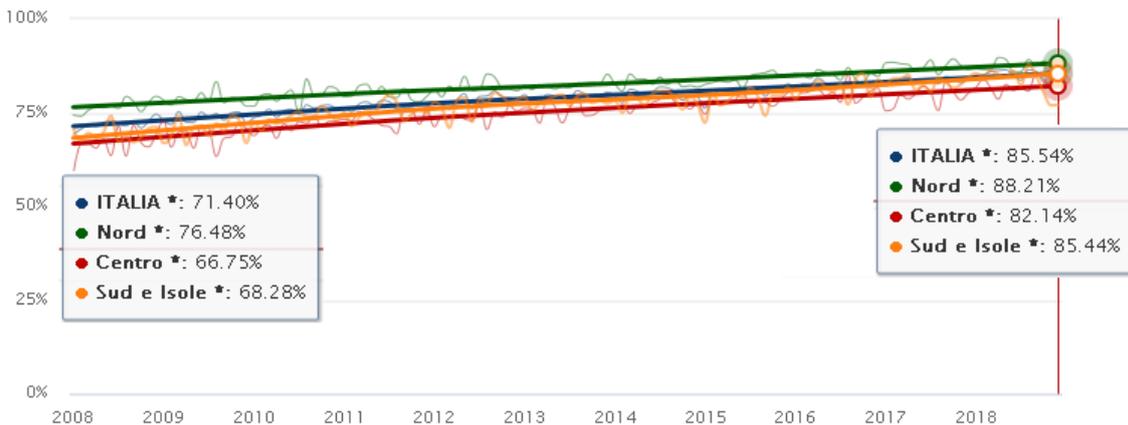
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell'AAS 5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2015-18:

- il 93% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 5,5 % che si fuma in alcuni luoghi di casa;
- il 1,4% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, a livello regionale, il 97,4 % degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa (percentuale nazionale pari all'88,8%).

Serie storica astensione dal fumo in casa per area geografica
Passi 2008-2018



Conclusioni

Nella AAS5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2015-18, 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 senza alcun ausilio.

Ormai consolidato sembra essere in tutta Italia il rispetto del divieto di fumo sia negli ambienti di lavoro sia nei locali pubblici. Riguardo all'astensione dal fumo in ambiente domestico, nel decennio 2008-2018 si è visto un significativo miglioramento con una differenza media di 14 punti percentuali.

Consumo di alcol

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

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.

Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata da PASSI, è pari a 2 UA per gli uomini ed 1 UA per le donne bevute in media al giorno. Al di sopra di questo limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

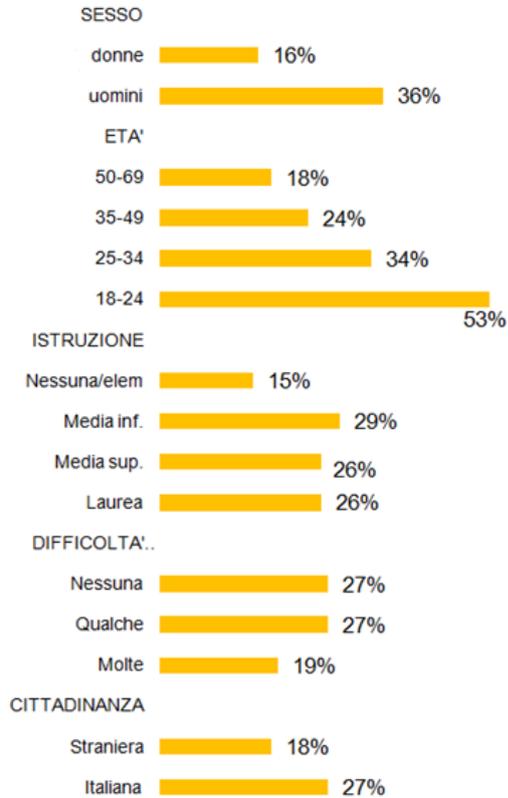
Consumo di alcol – AAS5 – PASSI 2015-18

	AAS5	FVG	Italia
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	65,2%	68,6%	55,5%
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	16,5%	17,2%	8,3%
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)	4,5%	4,6%	3,1%
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))	12,1%	13,4%	9,3%
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)	26,2%	27,8%	17,1%

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 (37,4%).

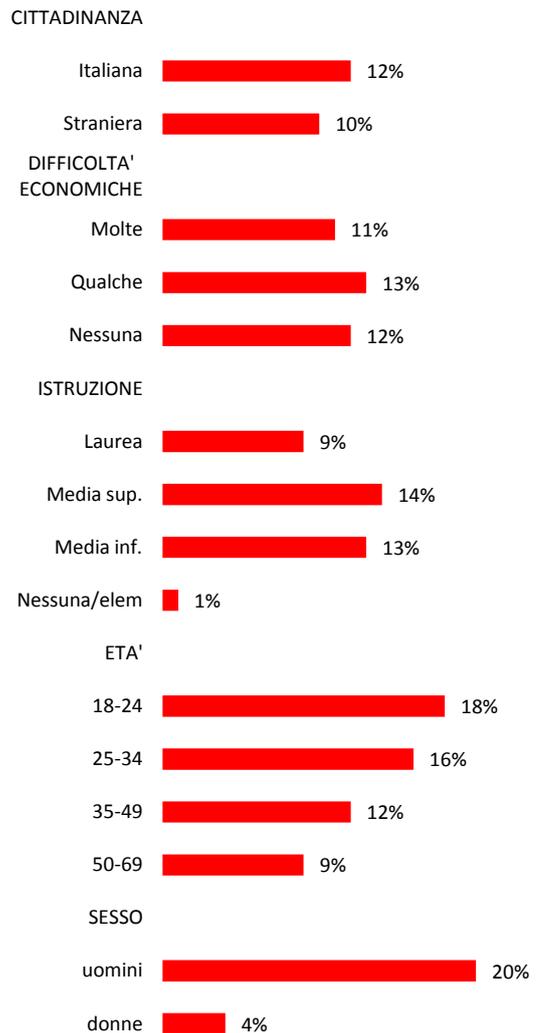
Consumo a maggior rischio

Percentuali per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2015-18 (n=1312)



Consumo BINGE

Percentuali per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2015-18 (n=146)



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 (19%).



Gli operatori sanitari suggeriscono di bere meno?

Consiglio operatori sanitari – PASSI 2015-18

	AAS 5	FVG	Italia
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	6,86 %	5,9 %	6,4 %

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 16%, percentuali superiori ai dati regionali e nazionali.

Alcol e guida

Nella maggior parte dei Paesi che sorvegliano il fenomeno, in circa 1 su 5 dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale si rileva un eccesso di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol, superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri Paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

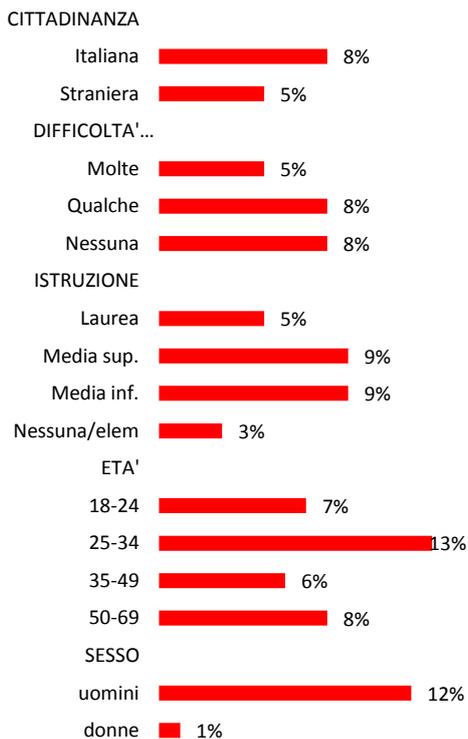
PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto sia come conducenti sia come passeggeri. In particolare viene chiesto agli intervistati se negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si sono messi alla guida di un veicolo 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 2015-18

	AAS 5	FVG	Italia
Guida sotto effetto dell'alcol	8%	7,8%	7,3%
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	7,2%	N.P.	N.P.
Controlli forze dell'ordine	36%	36,3%	28,7%
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	8,6%	9,3%	9,3%

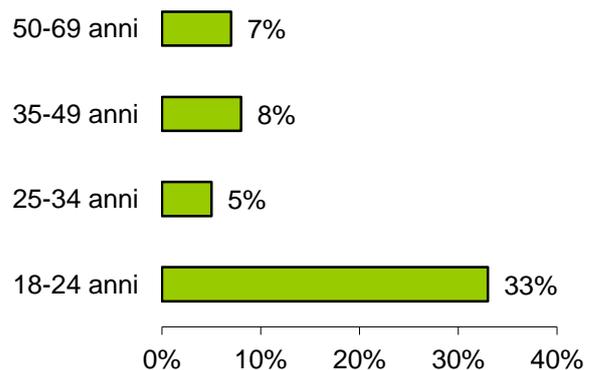
Guida sotto l'effetto dell'alcol

Percentuali per caratteristiche socio-demografiche
AAS5 2015-18 (n=146)



Controlli con etilotest *

Percentuali per classe d'età
AAS5 2015-18 (n=34)



* tra chi è stato fermato

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 (65%). Tuttavia, **si stima che più di un adulto su quattro (26%) 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 (9,5%) 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 96,2% degli intervistati presenti almeno un fattore di rischio**: il 44,4% ha un eccesso ponderale, il 21,7% è un fumatore, il 19,2% è iperteso, il 19,7% è sedentario, il 3,9% 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 93,2% degli intervistati riferisce di aver misurato almeno una volta nella vita la pressione arteriosa. Di questi, l'82,9% l'ha misurata per almeno una volta negli ultimi due anni. Il 11,7% delle persone straniere intervistate riferisce di non averla mai misurata.

PASSI 2015-18 (n=1129)

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono di essere ipertesi	19,2%	19%	19,9%

La condizione di ipertensione in AAS5 è maggiormente diffusa:

- negli uomini (20,3% vs 18,1% delle donne);
- tra gli italiani (20,7% vs il 10,8% degli stranieri);
- nella classe d'età 50-69 (31,9% vs il 5% della classe 18-34);
- in chi riferisce molte difficoltà economiche (22,5%) o ha un titolo di studio medio basso (60,6%);
- in chi presenta un eccesso ponderale (29,7%).

In AAS5, il 77% degli intervistati riferisce di assumere farmaci, al 70,7% è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 76% di svolgere attività fisica.

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

Nell'AAS5 "Friuli Occidentale", il 74,5% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Nella AAS5, il 23,2% 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 23,6% in Friuli Venezia Giulia e il 22,6% a livello nazionale.

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Nell'AAS5 il 31,1% 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 (83,4%);
- svolgere regolare attività fisica (84,3%)
- ridurre o controllare il proprio peso (74,8%);
- aumentare il consumo di frutta e verdura (77,5%).

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 2015-18 (n=647)

	AAS 5	FVG	Italia
Intervistati che riferiscono l'utilizzo della carta del rischio da parte del medico.	3,4%	3,5%	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 17,2% della Basilicata al 2,8% dell' Umbria.

Calcolo del rischio cardiovascolare per regione di residenza

Pool ASL 2015-2018
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** fino a salire a una persona su tre sopra ai 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 quasi 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.

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

I dati del sistema di sorveglianza Passi indicano che nell'AAS 5 "Friuli Occidentale", sebbene molte persone adottino già uno stile di vita salutare, esiste una fascia di popolazione per la quale sarebbe sufficiente un piccolo sforzo per incrementarne ulteriormente i benefici, mentre una percentuale inferiore va maggiormente sostenuta anche attraverso politiche ed interventi di sanità pubblica per rendere più facile la scelta salutare. I soli consigli (anche brevi) dati dai sanitari ai propri assistiti, si sono dimostrati efficaci nel modificare gli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol).

Tra i vari operatori sanitari, il lavoro dei Medici di medicina generale è di fondamentale importanza in quanto sono coloro che hanno contatti più frequenti con i loro assistiti e per la maggior fiducia che i pazienti ripongono in essi.

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

Attenzione degli operatori sanitari: eccesso ponderale
Passi 2015-2018

	AAS 5			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	75.30	66.84	82.17	74.2	70.3	77.7	73.2	72.2	74.2
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	34.04	29.29	39.14	38.4	36.0	41.0	38.2	37.5	38.8
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	55.40	46.33	64.12	51.8	47.5	56.1	51.8	50.7	53.0
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	35.26	30.36	40.49	34.5	32.1	37.0	33.7	33.1	34.3

Bassa, e in riduzione nel tempo, sembra essere l'attenzione degli operatori sanitari al problema: meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Inoltre l'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno a quelle in sovrappeso. Questo aspetto è molto importante perché, quando il consiglio di mettersi a dieta arriva da parte di un medico, incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è tre volte maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (34% vs 13%).

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

Attenzione degli operatori sanitari: attività fisica Passi 2015-2018

	AAS 5			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica	29.71	27.02	32.54	29.4	28.2	30.7	30.2	29.9	30.5
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	37.84	31.33	44.83	41.9	38.9	44.9	44.0	43.2	44.9
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	40.47	36.05	45.06	39.1	37.0	41.3	38.5	37.9	39.0

Troppo bassa (e in riduzione nel tempo) appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche: su 10 intervistati solo 3 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale la quota sale al 40,5%, fra le persone con patologie croniche non raggiunge il 38%.

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

Attenzione degli operatori sanitari: fumo di sigaretta Passi 2015-2018

	AAS 5			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Chiesto se fuma	43.01	40.08	45.99	46.7	45.3	48.1	37.6	37.3	38.0
Consiglio di smettere	47.61	41.04	54.25	45.3	42.5	48.2	51.4	50.6	52.1

Fra le persone che sono state in contatto con un sanitario nell'ultimo anno, 4 su 10 hanno ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo, ma a meno della metà di questi è stato consigliato di smettere di fumare.

È stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 70% dei fumatori, il 44% degli ex fumatori e il 33% dei non fumatori.

A quante persone a maggior rischio per consumo di alcol è stato suggerito di bere meno da parte di un operatore sanitario?

Attenzione degli operatori sanitari:alcol

Passi 2015-2018

	AAS 5			FVG			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	6.86	4.44	10.46	5.9	4.8	7.3	6.4	6.0	6.9

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: Tra i bevitori a rischio meno del 7% ha ricevuto il consiglio di bere meno e questo riguarda, in particolare, chi ne fa un consumo abituale elevato (16%), meno i consumatori binge (9,9%) e ancor meno chi consuma alcol prevalentemente fuori pasto (5%).

SICUREZZA

Sicurezza stradale
Sicurezza 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.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche ed interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico; ed altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti. Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in automobile. Inoltre è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi adeguati per età e taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di posizionare la cintura sul corpo alla giusta altezza) per i più grandicelli.

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

Utilizzo dei dispositivi di sicurezza – PASSI 2015-18

	AAS 5	FVG	Italia
Uso della cintura anteriore sempre	96,5%	95,9%	85,1%
Uso della cintura posteriore sempre	47,4%	48,9%	21,3%
Uso del casco sempre	99%	99,6%	96,3%

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%; nel 2018 si è verificato un aumento al 96,5%.

Per quanto riguarda la cintura posteriore si è passati dal 37% del 2008 al 47,4% del 2018. L'utilizzo del casco è aumentato andando dal 97% del 2008 al 100% del 2017; nel 2018 si è verificato un decremento al 99%.

Persone che utilizzano sempre la cintura posteriore di sicurezza

POOL ASL 2015-18
21.3%



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

Utilizzo dei dispositivi 0-6 anni

L'88% 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 (12,2%), un'età dei genitori compresa tra 35-69 (14,7%), molte difficoltà economiche (18,6%) e tra gli uomini (12,5%). La percentuale di chi ha difficoltà è pertanto del 12%.

Campagne informative

Il 56,5% degli intervistati afferma di aver sentito delle campagne informative sull'importanza dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei bambini.

Sicurezza domestica

Il rischio di incorrere in un incidente domestico è generalmente sottovalutato in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Per questo gli incidenti domestici rappresentano un problema rilevante per la sanità pubblica che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

Principali indicatori – PASSI 2015-18

	AAS 5	FVG	Italia
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	6,5%	7,9%	6,4%
- negli ultra 64enni	8,9%	8,7%	6,9%
- in chi convive con ultra 64enni	6,52%	10,7%	6,7%
- nelle donne	7,16%	8,2%	7,5%
- in chi vive con bambini fino ai 14 anni	7,9%	9,2%	7,7%
Ha subito un infortunio negli ultimi 12 mesi	3,2%	3,7 %	2,9%

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

- le donne rispetto agli uomini (7,2% vs 5,7%);
- chi dichiara molte difficoltà economiche rispetto a chi non ne ha nessuna (9,9% vs 4,8%);
- i cittadini italiani rispetto agli stranieri (6,7% vs 3,9%);
- le persone con 50-69 anni rispetto alla fascia d'età 18-34 (7,5% vs 4%).

Inoltre, se nell'abitazione sono presenti:

- ragazzi fino ai 14 anni tale percentuale è pari a 7,9% (in FVG 9,2%);
- persone con più di 64 anni, la percentuale è del 6,5 % (in FVG 10,7%).

Campagne informative

Il 19,1% degli intervistati dichiara di aver sentito campagne informative per la prevenzione degli incidenti domestici. In particolare lo riferiscono il 18,2% degli uomini e il 20% delle donne, il 19,9% delle persone con nessuna difficoltà economica vs 13,5% di chi ha molte difficoltà e il 20,8% degli italiani (in modo statisticamente maggiore rispetto all'10,7% degli stranieri).

Le informazioni sono state trasmesse tramite opuscoli (40,7%), mass media (25%), medici o altri operatori sanitari (35,1%), tecnici (13,2%), familiari e parenti (2,6%).

In seguito alla ricezione di informazioni, il 34,3% afferma di aver modificato il comportamento.

La modifica del comportamento è avvenuta per il 56,6% tra gli stranieri, per il 49,3% tra i giovani, per il 50,2% tra chi riferisce qualche difficoltà economica, per il 44,8% 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 2018 sono in continua riduzione.

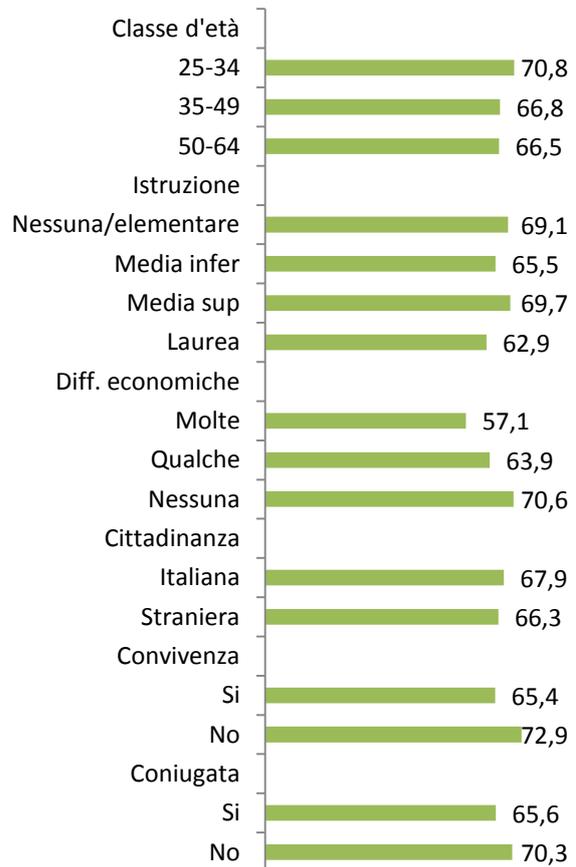
La riduzione del rischio di ammalarsi e di morire per tumore della cervice è più accentuata nelle donne oltre i 65 anni di età e via via meno importante nelle più giovani, tanto che dalla metà degli anni 2000 il differenziale di rischio per età si è azzerato o addirittura invertito.

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 Ass, 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 AAS5 2015-2018 (n=439)



Copertura screening per neoplasia cervicale Passi 2015-2018 (n=444)

	AAS 5	FVG	Italia
Ha svolto negli ultimi 3 anni un pap test o un HPV test	87,5%	89,1%	79,7%
Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato	67,5%	65,4%	46,8%
Copertura screening per neoplasia cervicale spontaneo	20%	23,6%	32,4%

Trend di adesione al programma organizzato AAS5 2008-2018 (n=964)



Il 12,3% delle intervistate dichiara di non aver mai eseguito un pap test o un HPV test nel corso della vita.

Il 77% 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 7,9% ha pagato il ticket.

Perché non è stato eseguito il test di screening?

Motivi di non adesione in AAS5 2015-2018 (n=48)
% di motivazione



Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

Il 90% delle intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera dall'AAS5 di invito.

Il 89,9% 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 91,7% 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 2018 ha partecipato allo screening organizzato per la cervice uterina è del 66,4%, dato sovrapponibile a quello raccolto dal Sistema PASSI nel quadriennio 2015-2018 (67,5%).

L'elevata copertura al test di screening testimonia la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica. Il non aver avuto tempo è la problematica maggiore nella mancata adesione seguita da "altro" e "mi sento imbarazzata" o "penso di non avere bisogno".

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.

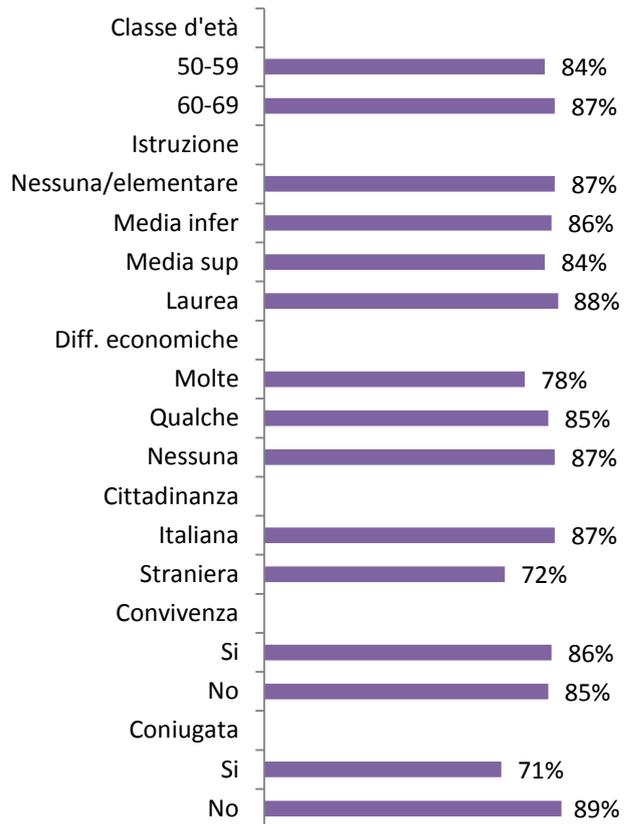
Copertura screening per neoplasia della mammella ASS5 2015-18 (n=242)

	AAS 5	FVG	Italia
Copertura screening mammografico totale	86%	87%	74%
Copertura screening mammografico organizzato	71%	70%	55%
Copertura screening mammografico spontaneo	15%	17%	19%

Il 6% delle donne intervistate riferisce di non aver mai eseguito una mammografia in tutta la vita, il 50% dichiara di averla eseguita nell'ultimo anno.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Caratteristiche socio demografiche
Donne AAS5 50-69 anni
AAS5 2015-18 (n=242)



Quale promozione del test di screening mammografico?

Il 71% delle donne intervistate ha ricevuto da medici o operatori sanitari il consiglio di eseguire la mammografia (dato in aumento); il 93% ha ricevuto la lettera di invito.

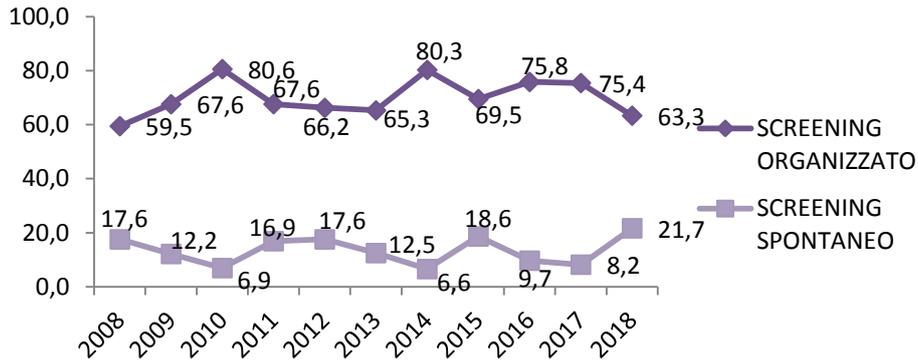
La strategia che favorisce una maggior adesione risulta essere la lettera di convocazione unita al consiglio di un operatore sanitario: in questo modo 9 donne su 10 si presentano all'appuntamento.

Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

L' 83% delle donne intervistate che riferiscono di aver effettuato la mammografia non hanno pagato.

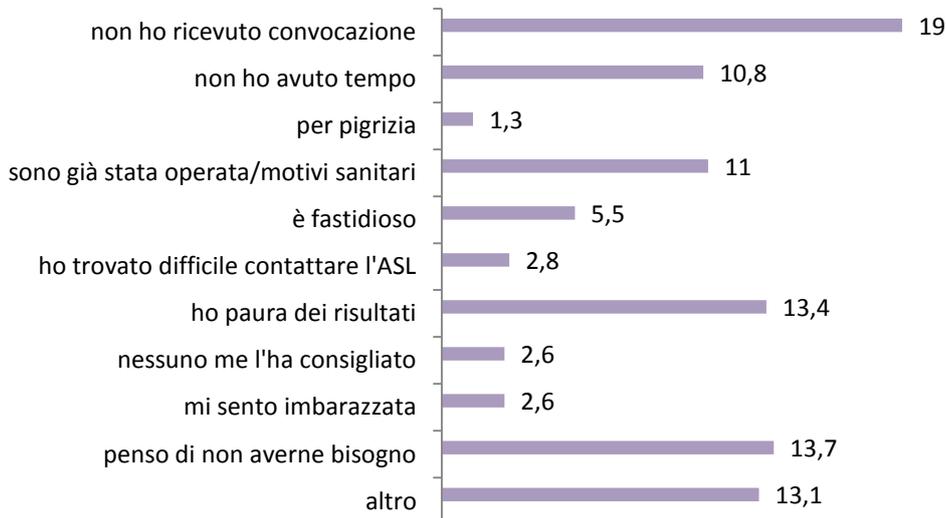
Tra coloro che invece che hanno pagato, il 8% ha sostenuto il costo totale, il 9% ha pagato solo il ticket.

Trend di adesione al programma organizzato e adesione spontanea
AAS5 2015-18



Perché non è mai stata eseguita una mammografia?

Motivo della non esecuzione della mammografia
AAS5 2015-18



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 al 71%. La percentuale è più alta rispetto alla media nazionale (55%), e in linea con il dato regionale (71%).

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.

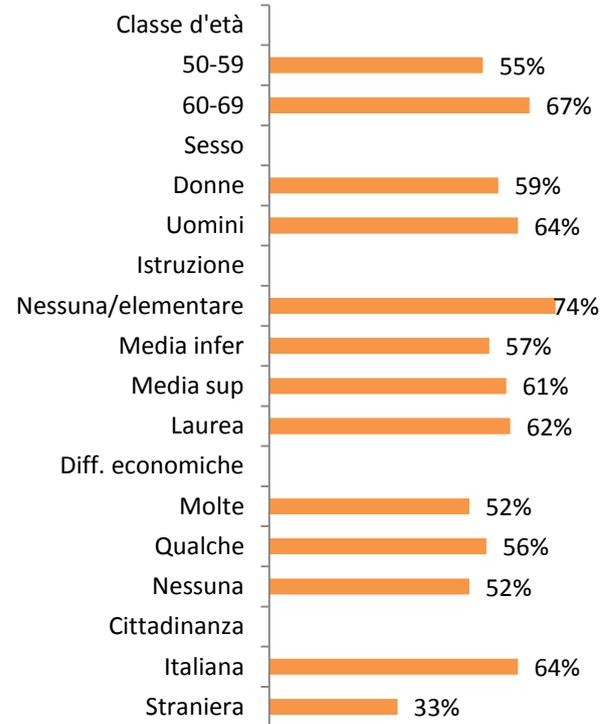
I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la endoscopia digestiva (colonscopia e rettosigmoidoscopia). Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori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

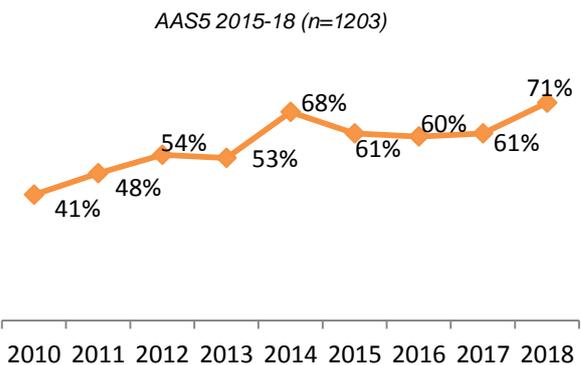
Copertura screening per neoplasia colon retto ASS5 2015-18 (n487)

	AAS 5	FVG	Italia
Copertura screening coloretale totale	69%	71%	47%
Copertura screening coloretale organizzato	63%	65%	38,5%
Copertura screening coloretale spontaneo	6%	5,5%	7,5%
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	61%	64%	40%
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	19%	19%	14%

**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Persone 50-69 anni (n=487)**



Trend di adesione al programma organizzato



Il 29% degli intervistati di età 50-69 anni dichiara di non aver mai eseguito nella vita la ricerca del sangue occulto nelle feci. L'81% 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.

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

Motivo della non esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci
AAS5 2015-18



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

L'86% di chi ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci ha ricevuto una lettera, il 54% ha visto campagne informative; il 41% 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 61% 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.

Secondo il programma regionale rilevazione sugli Screening Oncologici la percentuale di adesione allo screening per la ricerca del sangue occulto in AAS 5 nel 2018 è stata pari al 64,5% (dato leggermente più alto rispetto a quanto emerso dalle indagini PASSI, che comunque si riferiscono al quadriennio 2015-2018).

La lettera di invito 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.

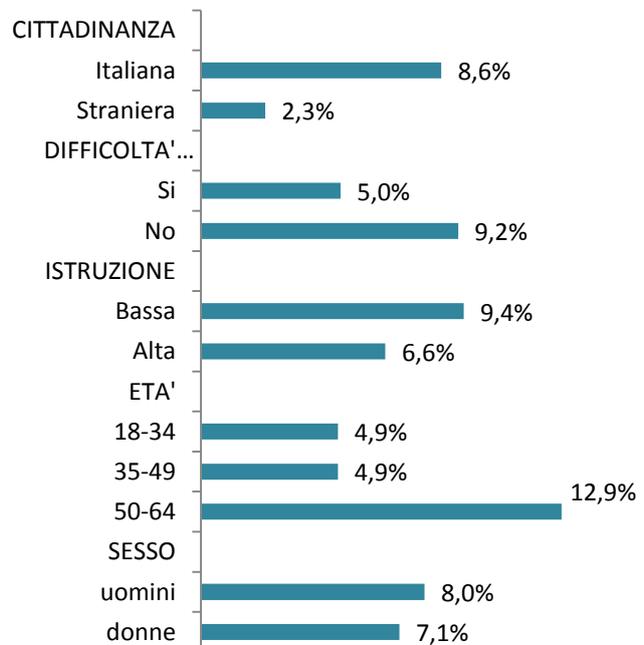
La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 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 7,5% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime campagne antinfluenzali (dato simile al valore regionale e nazionale).
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 18%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- Il 65% degli intervistati che ha effettuato la vaccinazione antiinfluenzale l'ha eseguita nel mese di novembre.

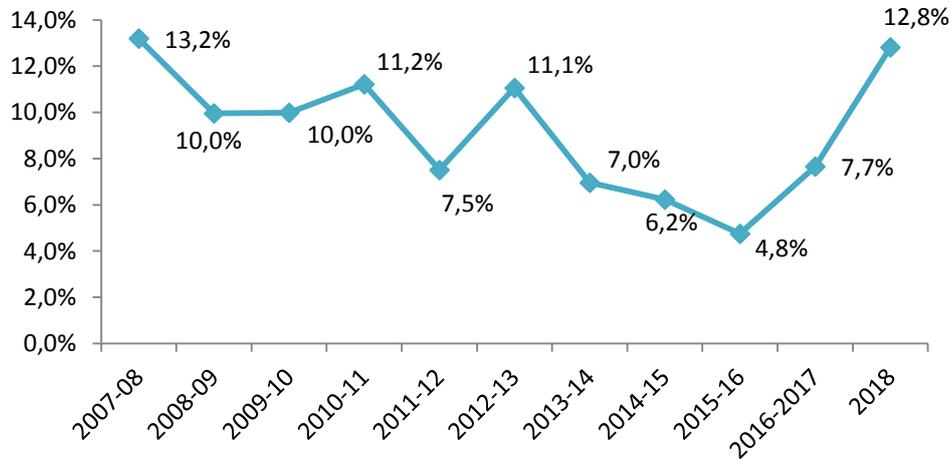
Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS5 2015-18 (n=479)



Vaccinazione antinfluenzale nelle campagne antinfluenzali, dal 2007 al 2018 (18-64 anni)

Prevalenze per anno AAS5 (n=1599)



- 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%.

Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica per regione di residenza

Passi 2015-2018



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.

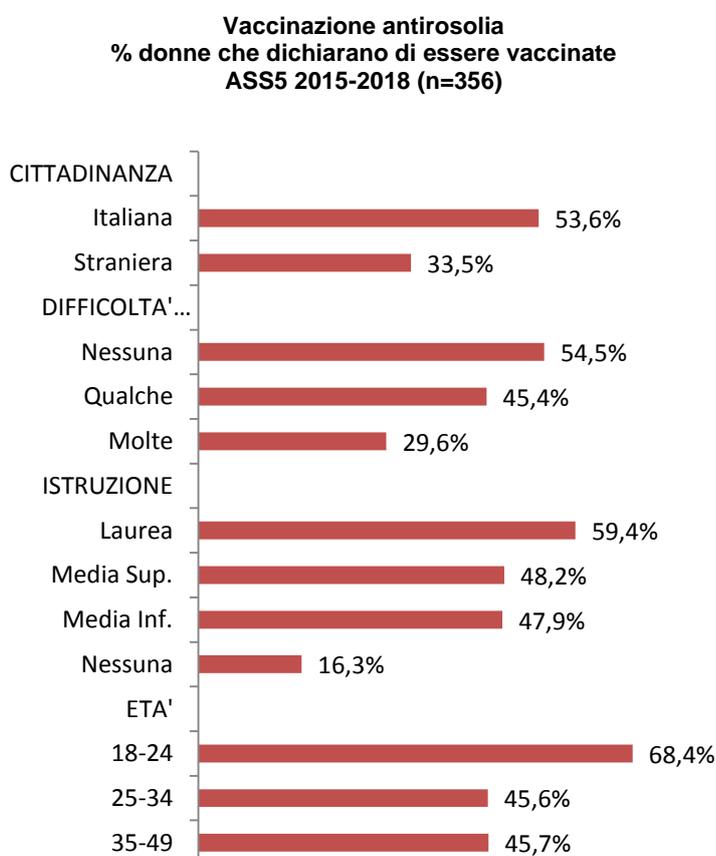
Negli anni passati la copertura della vaccinazione antinfluenzale aveva subito un forte calo dettato soprattutto dalla cattiva informazione trasmessa dai mass-media; con l'ultima campagna 2017-2018 sembra che la popolazione abbia ripreso fiducia in tale pratica, riportando una percentuale di vaccinati tra le più alte nel decennio.

Vaccinazione antirosolia

La donna, se contrae la rosolia nei primi mesi della gravidanza, 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.

Copertura rosolia ASS5 2015-2018 (n=356)

	AAS 5	FVG	Italia
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	50%	41%	43%
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	0,8%	2%	2%
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	33%	37%	38%



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 una intervistata su tre 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.