



RAPPORTO PASSI

2015-2018

Autori

Gallo Tolinda¹, Gobbato Michele², Malacarne Francesca³, Loris Zanier².

¹ Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

² SC Data Warehouse, flussi informativi ed epidemiologia. Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute.

³ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Copia del questionario PASSI può essere richiesto a:
linda.gallo@regione.fvg.it

Copia del report può essere consultabile:
<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA36/>

Chiuso in redazione il 30 dicembre 2019.

INDICE

Caratteristiche socio anagrafiche	1
Qualità della vita relativa alla salute	5
La salute percepita	5
La depressione	7
Percezione di buona salute – stime di popolazione (infografica)	9
Il rischio cardiovascolare	11
Ipertensione, ipercolesterolemia, calcolo del rischio cardiovascolare	11
Diabete	14
Rischio cardiovascolare – Stime di popolazione (infografica)	17
Guadagnare salute	19
L'eccesso ponderale	19
L'attività fisica	21
L'abitudine al fumo	23
Il consumo di alcool	25
Guadagnare salute – stime di popolazione (infografica)	27
Sicurezza	29
Sicurezza stradale	29
Uso dei dispositivi per la sicurezza stradale	29
Guida sotto l'effetto di alcool	30
Sicurezza in casa	32
Sicurezza stradale (infografica)	34
Programmi di prevenzione individuale	35
Vaccinazioni	35
Vaccinazione per l'influenza stagionale	35
Vaccinazione antirosolia	36
Screening oncologici	38
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	38
Diagnosi precoce del tumore della mammella	40
Diagnosi precoce del tumore del colonretto	42
Vaccinazioni – stime di popolazione (infografica)	45
Utilizzo di PASSI per la valutazione del Piano Regionale di Prevenzione	47
M.O.1 – Ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	47
M.O.5 – Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	52
M.O.6 – Prevenire gli incidenti domestici	54
M.O.9 – Ridurre le frequenze di infezioni/malattie infettive prioritarie	56
Ringraziamenti	57

Caratteristiche socio anagrafiche

La popolazione in studio è costituita da circa 806700 residenti in Friuli Venezia Giulia (FVG) di età compresa tra i 18-69 anni (media del periodo 2015 -2018).

Nel quadriennio sono state intervistate 5711 persone di 18-69 anni - pari al 4% delle interviste condotte a livello nazionale - selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Il confronto del campione rispetto alla popolazione regionale indica una buona rappresentatività, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale. Nel quadriennio in esame il tasso di sostituzione è aumentato, passando dal 13% nel 2015 al 19% nel 2018, risultando superiore al tasso nazionale (17% nel 2018).

Determinanti di salute socio anagrafiche in FVG e Italia, 2015-2018.

	Regione			Italia			Valore più basso 25° percentile 75° percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Basso livello di istruzione	36.0	34.8	37.3	34.7	34.4	35.0	
Molte difficoltà economiche	7.3	6.7	8.1	13.4	13.1	13.6	
Cittadinanza straniera	8.6	7.9	9.3	4.6	4.5	4.7	
Vive solo	14.3	13.4	15.2	9.4	9.2	9.6	
Coniugato	52.2	50.9	53.4	57.6	57.3	57.9	
Occupato lavorativamente	70.4	69.2	71.6	66.6	66.2	66.9	

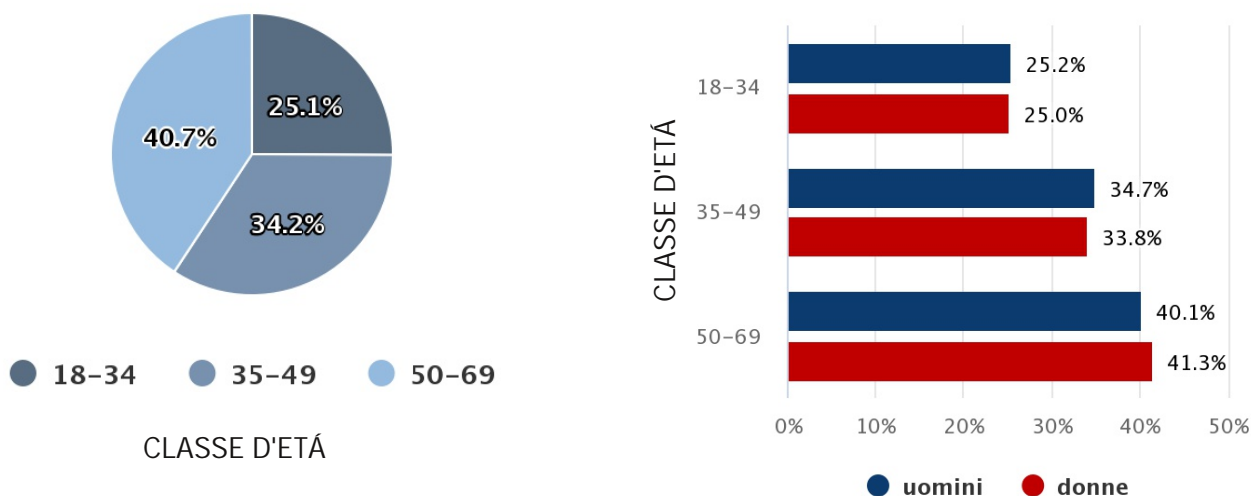
Rispetto al quadriennio precedente, nel periodo 2015 – 2018 le difficoltà economiche sembrerebbero essersi ridotte: in regione le persone che riferiscono di avere molte difficoltà economiche sono il 7%, percentuale inferiore al dato nazionale pari al 13%.

Si riduce negli anni la percentuale di coniugati (nel 2008 era il 60%, nel 2018 il 49%) e aumenta quella delle persone che vivono da sole (media quadriennio: 14%).

Rispetto al dato italiano del 5%, in FVG si registra una maggiore percentuale di popolazione con cittadinanza straniera, pari al 9% ma con un trend in diminuzione negli ultimi anni. La composizione per genere ed età della popolazione straniera residente in regione mostra una maggiore prevalenza di donne e di giovani (18-34 anni: 18%, 35-49 anni: 8%, 50-69 anni: 4 %).

Il 30% del campione riferisce di non avere un'occupazione lavorativa. Nella fascia più giovane (18-34 anni) la percentuale di occupati è del 58%, nella fascia dei 35-49 anni è occupato l'88% mentre nella fascia 50-65 anni il 62%.

Distribuzione del campione per età e sesso in FVG, 2015-2018.

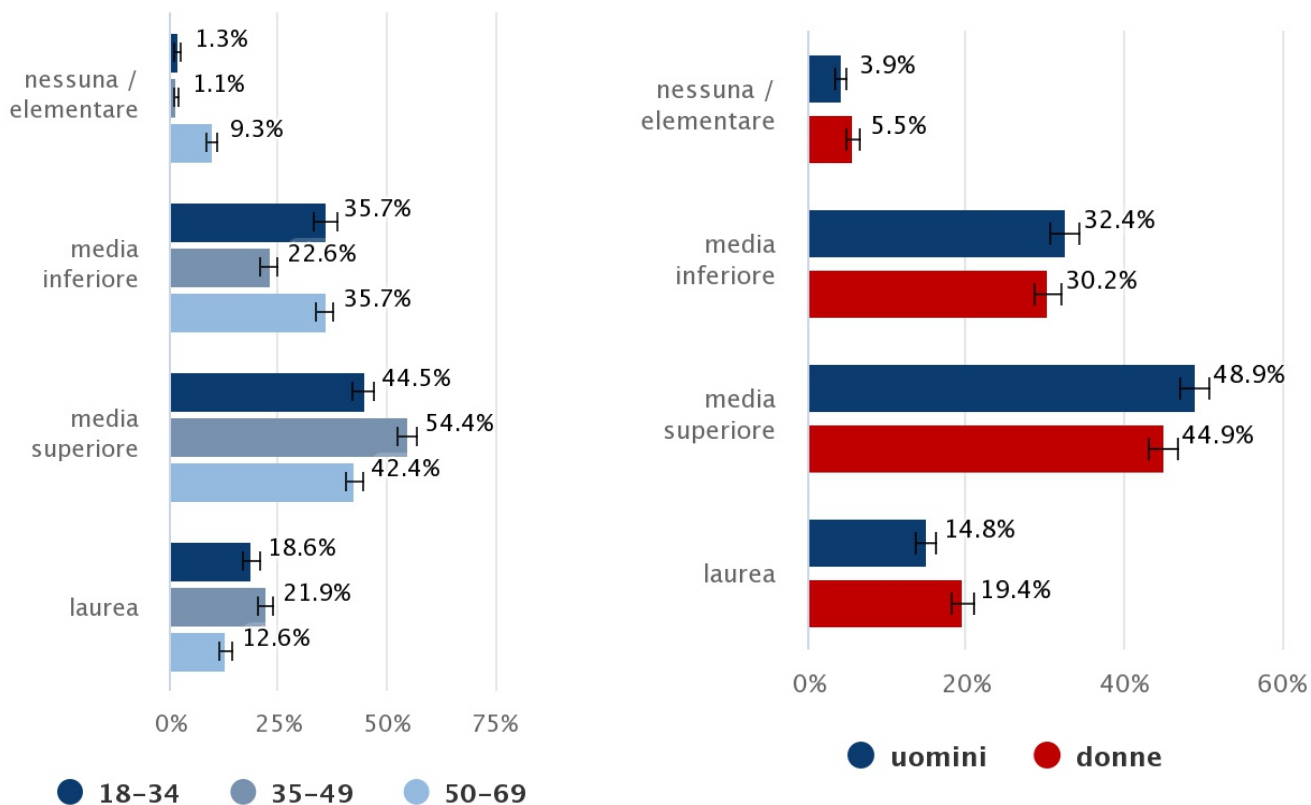


La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato. Nel corso del quadriennio si è osservata una diminuzione della popolazione della fascia di età 18-34 anni, riconducibile al fenomeno di invecchiamento della popolazione.

Un terzo del campione (36%) ha un livello di istruzione basso (nessun titolo/ titolo elementare: 5%; titolo media inferiore: 31%). Di questi, la mancanza di titolo di studio è soprattutto ascrivibile alla fascia di età 50-69 anni.

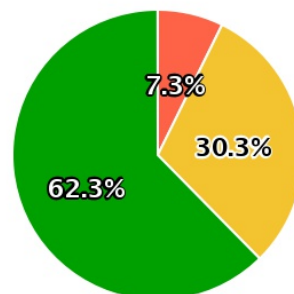
Similmente ai dati nazionali, le persone con nessun grado di istruzione sono soprattutto donne (6% rispetto al 4%), ma sono sempre donne coloro che maggiormente raggiungono la laurea (19% rispetto al 15%).

Livello di istruzione per età e sesso in FVG, 2015-2018.



Distribuzione delle difficoltà economiche in FVG, 2015-2018.

Nel corso del quadriennio 2015-2018, il 7% del campione riferiva di avere molte difficoltà economiche, mentre il 30% di incorrere in qualche difficoltà economica; entrambi questi dati mostrano un trend in diminuzione. Gli uomini riferiscono con maggiore frequenza di non avere alcuna difficoltà economica rispetto alle donne (-5 punti percentuali).



● molte ● qualche ● nessuna

Qualità della vita relativa alla salute

La salute percepita

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona; è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include non solo il benessere fisico e mentale, ma anche diversi fattori ad esso correlati tra cui i comportamenti associati alla salute (come alimentazione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale.

Percezione dello stato di salute in FVG, 2015-2018.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Stato di salute percepito positivamente	71.9	70.8	73.1	70.5	70.2	70.8	
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	5.5	5.3	5.8	4.4	4.4	4.5	
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	3.1	3.0	3.3	2.5	2.4	2.5	
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	3.0	2.8	3.2	2.5	2.4	2.5	
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	1.3	1.2	1.4	1.3	1.2	1.3	

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

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei “giorni in salute” (Healthy Days), valutando la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute riferito, il numero di giorni nell’ultimo mese in cui l’intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

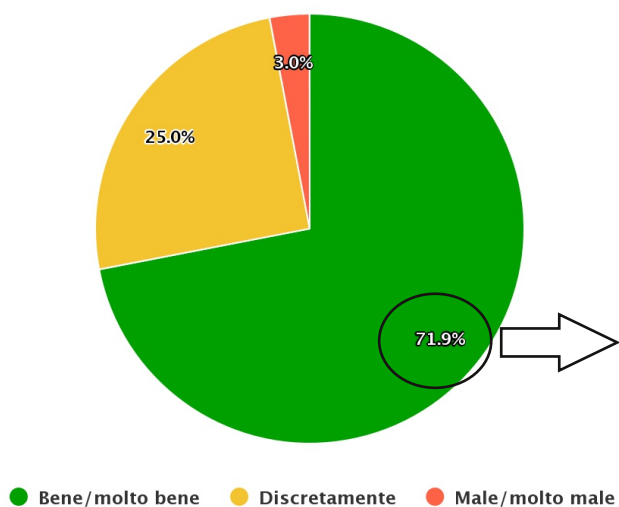
Nel quadriennio 2015-2018, 7 persone su 10 riferivano uno stato di salute percepito come buono o molto buono.

Il numero totale medio di giorni in cattiva salute (fisica e mentale) negli ultimi 30 giorni è di quasi 6 giorni.

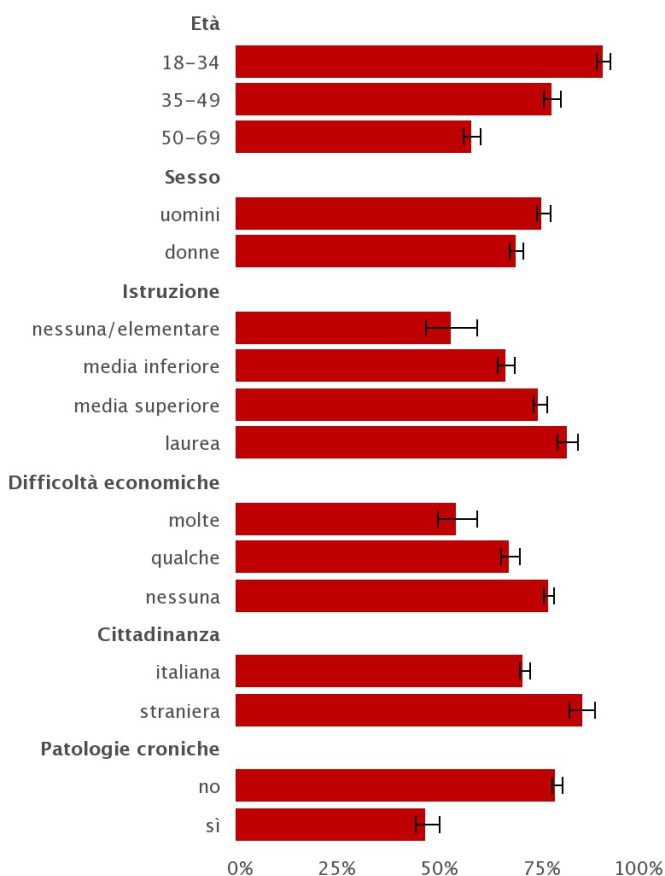
Il numero di giorni percepiti in cattiva salute cresce all’aumentare dell’età ed è maggiore nelle donne, nel campione con bassa scolarizzazione e con maggiori difficoltà economiche.

Stato di salute percepito positivamente, caratteristiche socio-demografiche in FVG, 2015-2018.

Percezione dello stato di salute

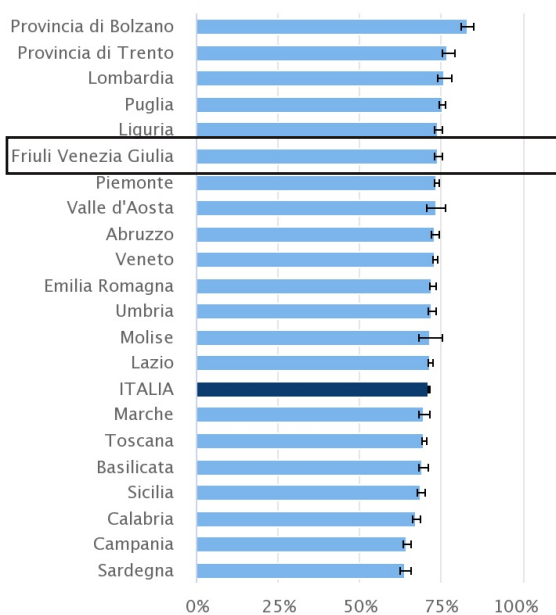


Totale: 71.9% (IC95%: 70.8-73.1%)



Nel campione regionale interrogato si ritengono maggiormente soddisfatti del proprio stato di salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi non soffre di patologie croniche.

Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza, 2015-2018.



La Depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Secondo i dati OMS, la frequenza della depressione è in aumento rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia: si stima che più di 350 milioni di persone in tutto il mondo soffrano di disturbo depressivo maggiore. Secondo stime effettuate con dati 2017, dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme), la depressione rappresenta in Italia la sesta causa di anni di vita persi (years of life lost - YLLs).

Nel sistema di Sorveglianza PASSI vengono valutati i sintomi di depressione nelle due settimane prima dell'intervista mediante il Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* con due domande validate a livello internazionale come test di screening con alta sensibilità e specificità; la diagnosi effettiva di depressione richiede una valutazione clinica individuale approfondita.

Sintomi di depressione in FVG, 2015-2018.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Sintomi di depressione	6.8	6.1	7.5	6.0	5.8	6.2	
Richiesta di aiuto da qualcuno	63.1	58.1	67.8	60.9	59.4	62.3	
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	7.7	6.1	9.4	8.0	7.5	8.6	
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	13.5	11.4	15.7	14.2	13.7	14.7	
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane*	3.9	2.3	5.5	5.5	4.9	6.2	

* Tra le persone con sintomi di depressione

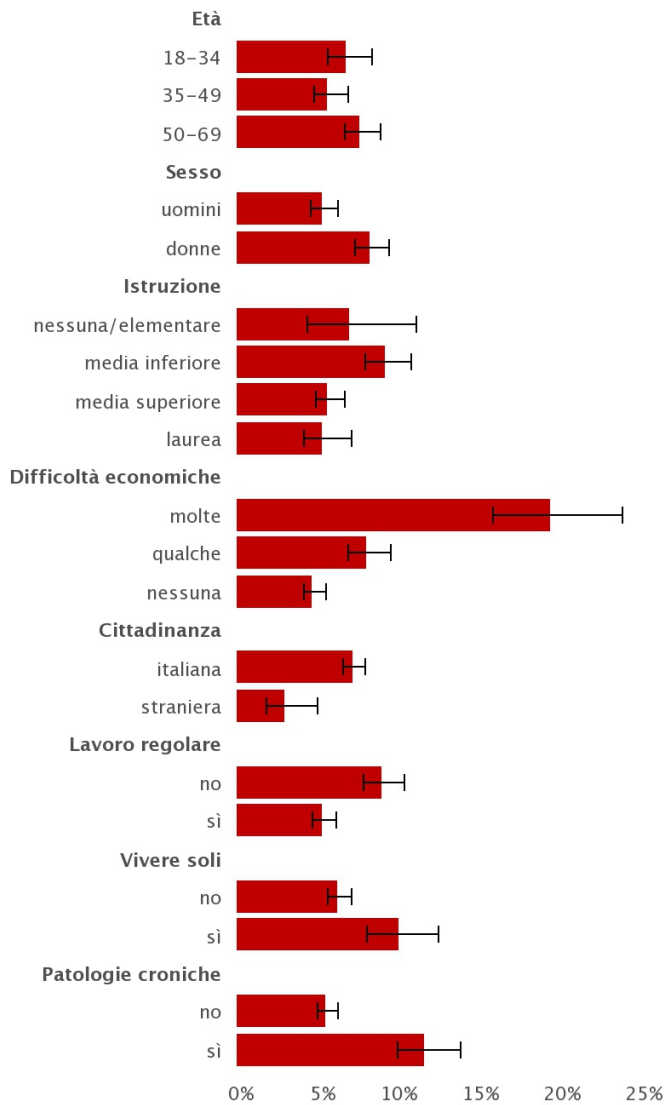
Quasi il 7% del campione intervistato da PASSI è risultato positivo al questionario PHQ-2 per la diagnosi di depressione. Il 63% di questi dichiara di aver chiesto aiuto per lo stato depressivo. I soggetti che dichiarano di aver sperimentato sintomi depressivi nelle due settimane precedenti hanno una percezione della qualità della vita peggiore riportando un numero medio di giorni in cattiva salute (sia fisica che psichica) maggiore rispetto al campione che non lamenta uno stato depressivo.

I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (8% fra i 50-69enni) ma anche tra i giovani il 7% sperimenta disturbi depressivi.

Sono più depresse le donne, le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche o per istruzione, chi non possiede un lavoro regolare, chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica, i cittadini italiani e chi vive da solo.

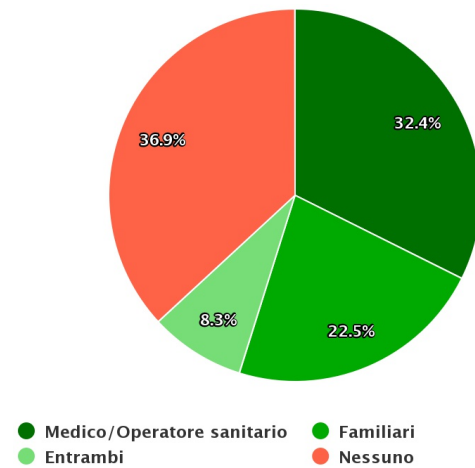
Sintomi di depressione, caratteristiche socio-demografiche in FVG, 2015-2018.

Totale: 6.8% (IC95%: 6.1-7.5%)



Tra gli intervistati che riferiscono sintomi depressivi e che hanno cercato aiuto un terzo (32%) si è rivolto a personale sanitario, il 23% a familiari, l'8% ad entrambe le figure. Una percentuale importante di persone con sindromi depressive (38%) ha riferito di non aver cercato l'aiuto di nessuno.

Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto in FVG, 2015-2018.



Sintomi di depressione per regione di residenza, 2015-2018.



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

PERCEZIONE DI BUONA SALUTE

806.700 PERSONE DI 18-69 ANNI



7 persone su 10

si sentono **BENE** o **MOLTO BENE**

7%

Meno di 1 persona su 10



54.500

sperimentano sintomi di **DEPRESSIONE**

20.000



non lo comunicano a nessuno

powered by
PIKTOCHART

Il rischio cardiovascolare

Iperensione, ipercolesterolemia, calcolo del rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale; in Italia si stima siano responsabili del 35% di tutti i decessi maschili e del 43% di quelli femminili.

Oltre a fattori di rischio non modificabili quali età, sesso, familiarità, altri elementi concorrono nel definire il rischio cardiovascolare di un individuo, ovvero la probabilità di incorrere in un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto miocardico o ictus cerebrale) nei 10 anni successivi.

I fattori di rischio modificabili che intervengono sullo stato di salute cardiovascolare sono ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, abitudine al fumo, eccesso ponderale e dieta. Proprio su tali fattori è possibile intervenire per prevenire le patologie cardiovascolari, sensibilizzando la persona sul proprio rischio individuale e promuovendo l'adozione di stili di vita più sani.

Rischio cardiovascolare in FVG, 2015-2018.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	84.5	83.6	85.4	82.1	81.9	82.4	
Iperensione riferita	19.0	18.0	20.1	19.9	19.6	20.2	
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	78.5	77.5	79.4	79.5	79.2	79.7	
Ipercolesterolemia riferita	23.6	22.3	24.8	22.6	22.3	23.0	
Calcolo rischio cardiovascolare	3.5	2.9	4.2	4.7	4.5	4.9	
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	96.5	96.0	97.0	97.1	97.0	97.2	

Iperensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.

Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.

Calcolo rischio cardiovascolare: su tutte le persone >35 anni, senza patologie CV.

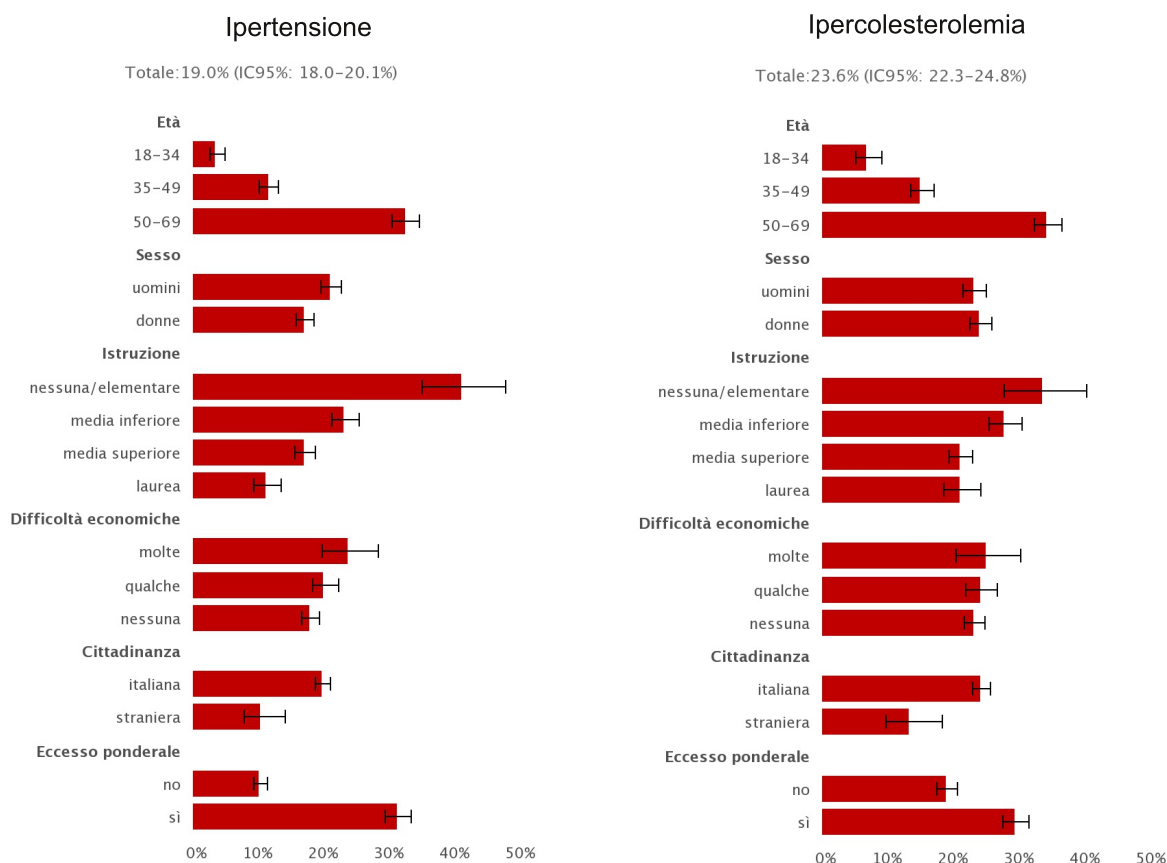
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

Nel periodo 2015-2018, l'85% degli intervistati ha riferito di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 79% di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia.

Il 29% degli intervistati a cui è stata misurata la pressione ha riferito di essere iperteso. In particolare l'ipertensione riferita risulta maggiore al crescere dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone di cittadinanza italiana e in sovrappeso.

Similmente, nel campione di intervistati con almeno una misurazione di colesterolemia, il 24% ha riferito una condizione di ipercolesterolemia. In particolare la condizione è più frequente nelle classi di età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone di cittadinanza italiana e in quelle con eccesso ponderale.

Iperensione e ipercolesterolemia riferite per caratteristiche dei soggetti in FVG, 2015-2018.

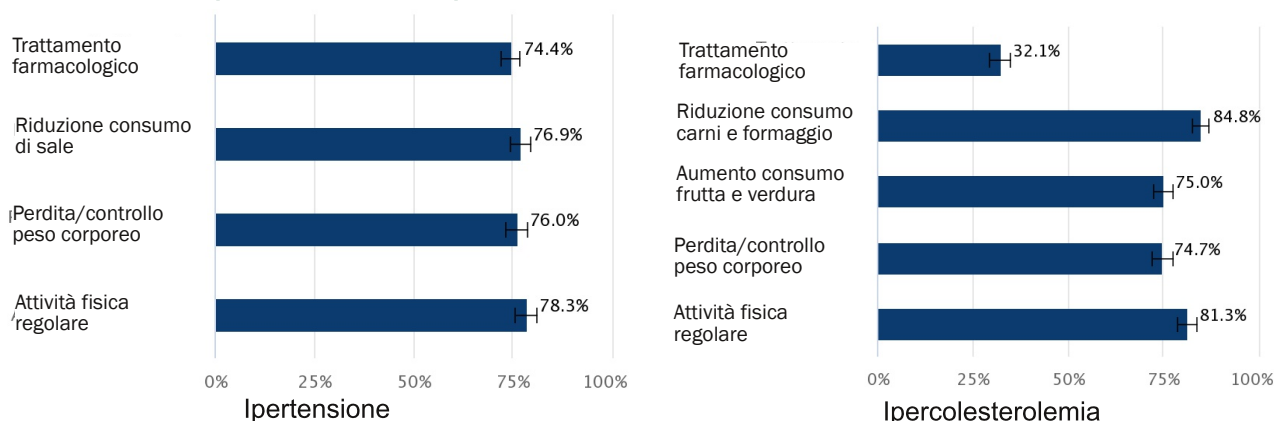


Il 74% degli ipertesi ha riferito di assumere un trattamento farmacologico con antipertensivi. Inoltre, la maggior parte degli ipertesi ha dichiarato di aver ricevuto da parte del medico consigli per adottare cambiamenti del proprio stile di vita, quali la riduzione dell'apporto di sale nella dieta(77%), la perdita di peso corporeo (76%) e l'esercizio fisico regolare (78%).

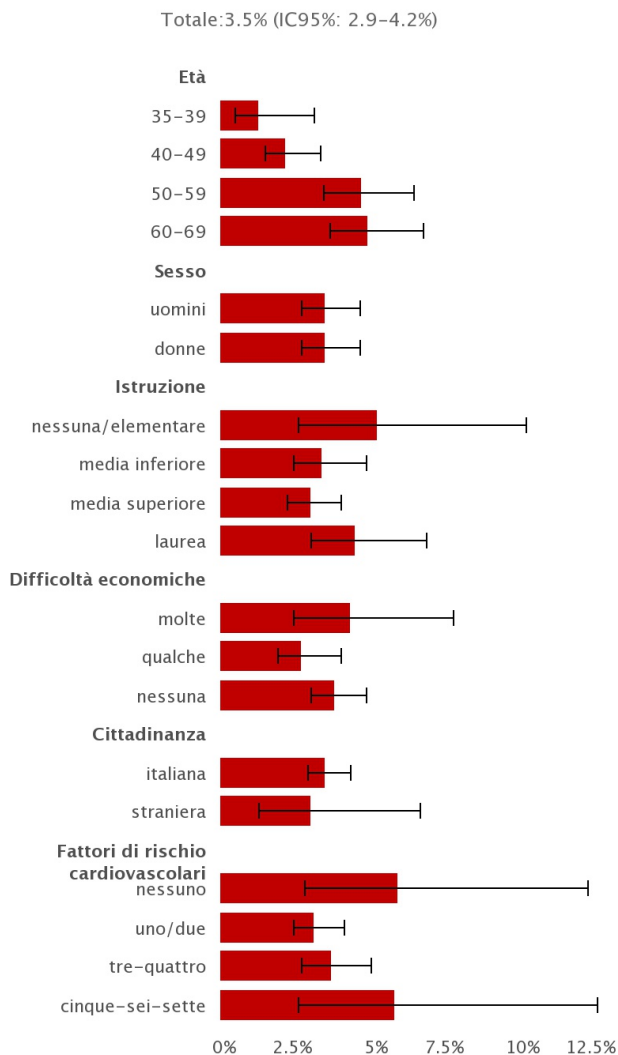
Tra i soggetti che hanno riferito una condizione di ipercolesterolemia, invece, solo uno su tre assume un trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, la maggior parte delle persone con livelli di colesterolo alti ha dichiarato di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita: l'85% ha ricevuto la raccomandazione di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 75% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 75% di perdere o controllare il peso corporeo e l'81% di praticare regolarmente attività fisica.

Trattamento dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia in FVG, 2015-2018.



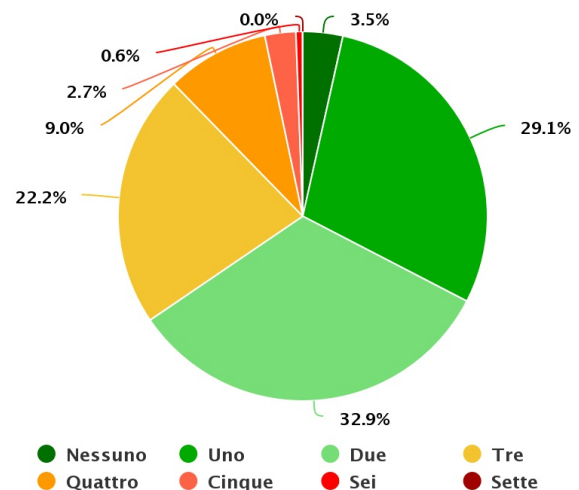
Calcolo del rischio cardiovascolare in 35-69enni senza patologie cardiovascolari in FVG, 2015-2018.



Per la valutazione del rischio individuale viene somministrato uno strumento definito “Carta del rischio cardiovascolare” che, utilizzando i valori di sei fattori principali (sesso, età, valore di pressione arteriosa sistolica, colesterolemia, diabete, abitudine al fumo), permette di determinare un punteggio rappresentativo del livello di rischio del paziente. La somministrazione può essere ripetuta nel tempo, consentendo di valutare gli effetti in termini di variazione del livello di rischio dovuti a specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

In regione il 97% del campione ha riferito di presentare almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Profili di rischio multifattoriale in FVG - distribuzione percentuale. 2015-2018.



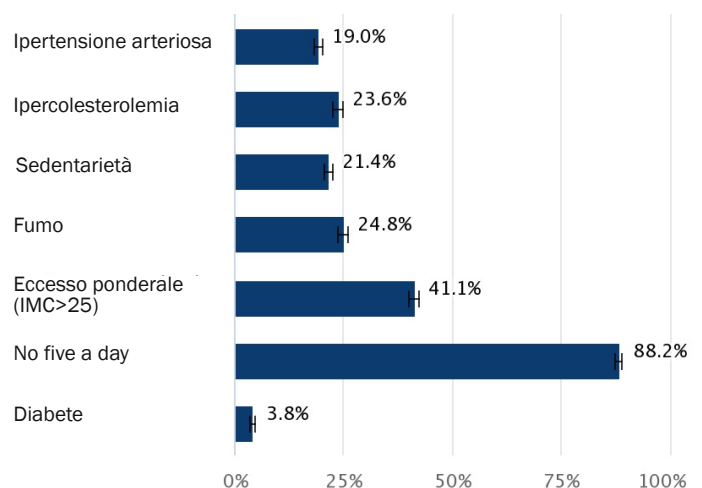
Ciò nonostante, a meno del 4% delle persone di età compresa tra 35-69 anni è stato calcolato il rischio cardiovascolare, indice di una ancora moderata diffusione di tale strumento nella pratica clinica.

Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente nelle classi d'età più elevate.

La maggior parte degli intervistati presenta da 1 a 3 fattori di rischio (84% del campione).

Tra i fattori di rischio cardiovascolare conosciuti, l'88% degli intervistati non aderisce alle raccomandazioni delle 5 porzioni di frutta e verdura giornaliere; due su cinque sono in sovrappeso (41%), un quarto fuma (25%) e un quinto non svolge attività fisica (21%).

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 in FVG, 2015-2018.



Diabete

Il diabete mellito è una malattia cronica caratterizzata dalla persistenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia), con un decorso contrassegnato da numerose complicanze, tra cui particolarmente gravose risultano quelle cardiovascolari.

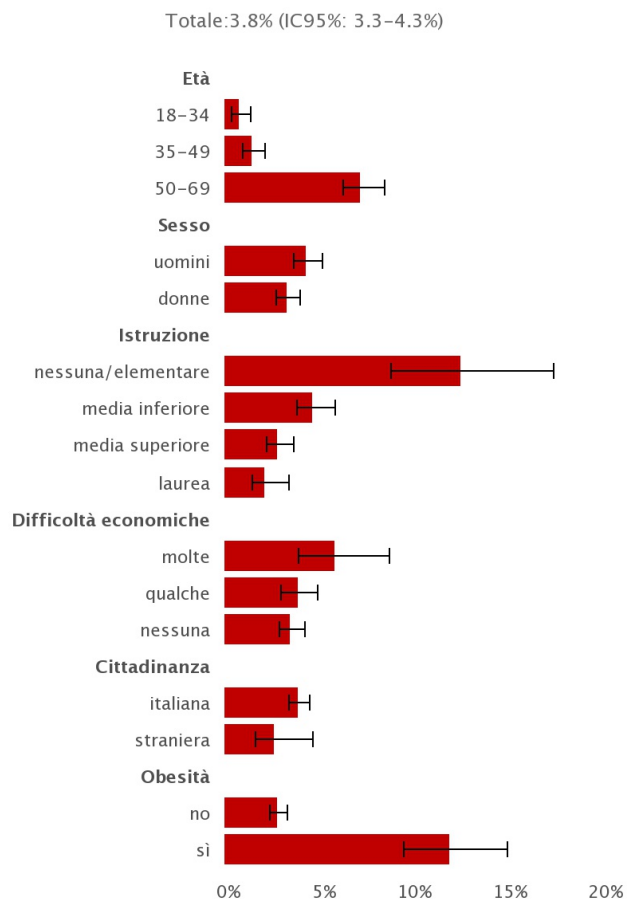
Il diabete di tipo 1 (insulino dipendente) è di tipo autoimmune e colpisce prevalentemente le persone giovani, mentre quello di tipo 2 (molto più diffuso) compare prevalentemente in età adulta ed è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali: intervenendo con una modifica degli stili di vita la sua insorgenza può perciò essere prevenuta o l'evoluzione rallentata.

Diabete in FVG, 2015-2018.

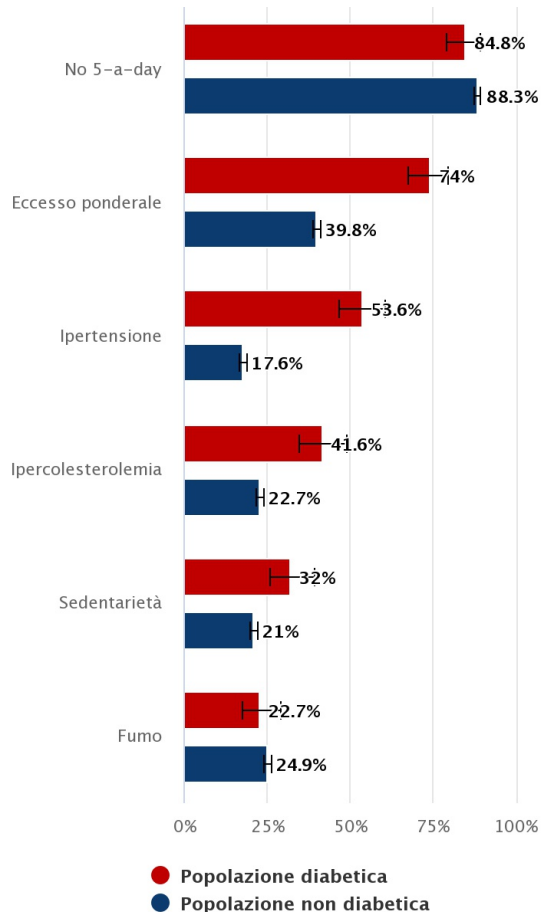
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Diabete	3.8	3.3	4.3	4.8	4.6	4.9	

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG circa il 4% della popolazione intervistata riferiva una diagnosi di diabete da parte di un medico. Il diabete è risultato maggiore al crescere dell'età (meno dell'1% nelle persone di 18-34 anni, oltre il 7% fra quelle di 50-69 anni), negli uomini, nei soggetti più svantaggiati per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, nei soggetti che presentano una condizione di eccesso ponderale (sovrappeso o obesità).

Caratteristiche socio demografiche pazienti diabetici in FVG, 2015-2018.

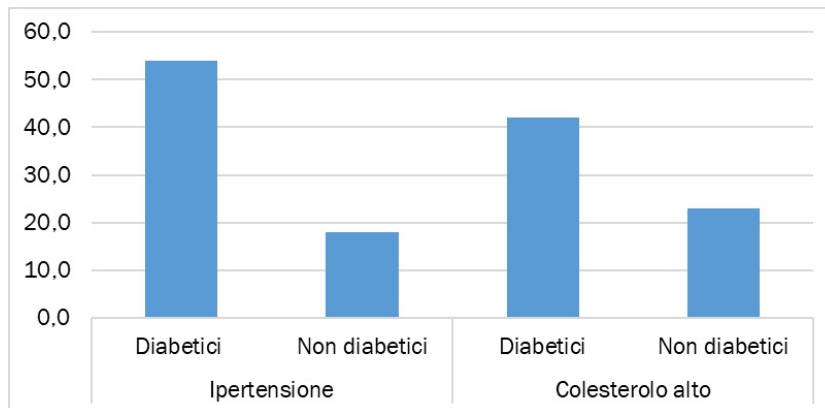


Fattori di rischio associati al diabete in FVG, 2015-2018.



La popolazione diabetica presenta livelli più elevati di colesterolo alto (42%) ed ipertensione (54%) rispetto alla popolazione non diabetica (rispettivamente 23% e 18%). I soggetti diabetici riportano un controllo più frequente dei livelli di colesterolo e di pressione: nei 12 mesi precedenti all'intervista, il 79% aveva controllato il colesterolo e l'89% aveva misurato la pressione arteriosa, contro rispettivamente il 51% e il 70% della popolazione non diabetica.

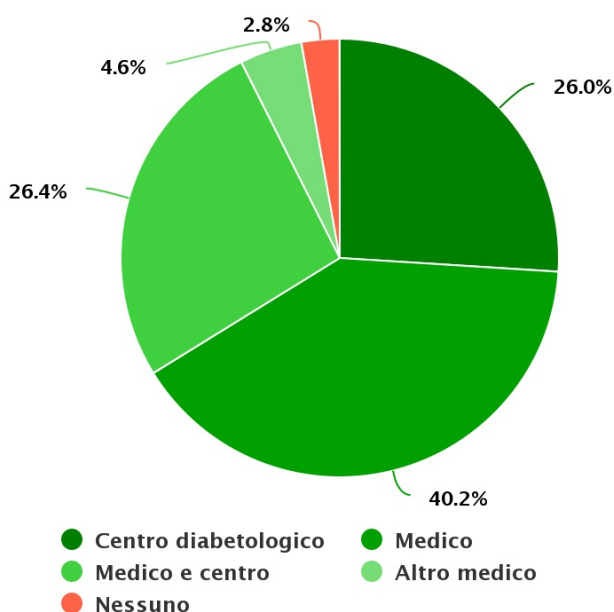
Percentuale di diabetici con ipertensione e colesterolo alto in FVG, 2015-2018.



L'eccesso ponderale, le scorrette abitudini alimentari e la sedentarietà sono importanti fattori di rischio cardiovascolare presenti nei diabetici che potrebbero essere corretti con una modifica dello stile di vita. Circa l'85% dei diabetici non assume 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato dall'OMS, e il 32% non pratica regolarmente attività fisica. Il 75% dei soggetti con diabete ha riferito di aver ricevuto un consiglio da parte di un operatore sanitario di perdere peso in eccesso e il 55% il consiglio di praticare maggiormente attività fisica. Il 40% dei diabetici segue una dieta per perdere peso e il 28% segue i consigli per aumentare l'attività fisica.

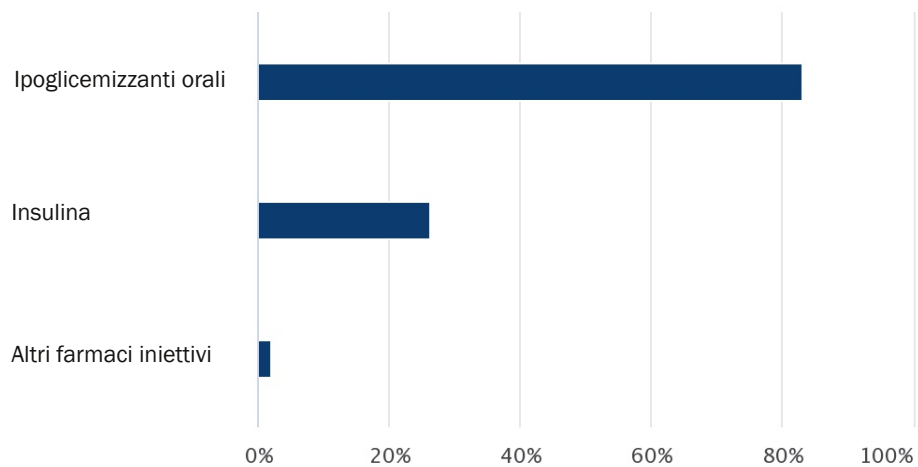
Un diabetico su quattro ha riferito l'abitudine al fumo; il 75% dei diabetici fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario a smettere di fumare.

Presenza in carico delle persone con diabete in FVG, 2015-2018.



Alla domanda “da chi è seguito principalmente per il suo diabete”, quasi il 3% ha riferito di non essere seguito da nessuno, il 40% dal medico di medicina generale, un quarto dal medico di medicina generale e centro diabetico e un quarto solo centro diabetico.

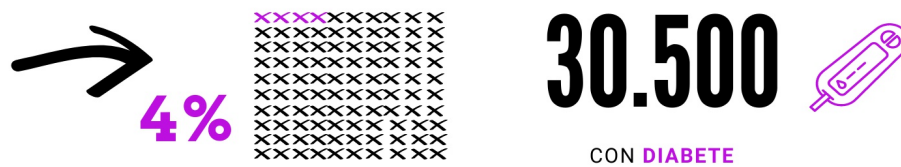
Per quanto riguarda il controllo dell'emoglobina glicata, valore utile nel monitorare il livello glicemico nel tempo, il 46% dei diabetici ha riferito di averlo effettuato nei 4 mesi precedenti all'intervista, un quarto tra 4 e 12 mesi precedenti, mentre un paziente su dieci non effettuava un controllo da oltre un anno. Il 3% dei pazienti diabetici riferiva di non conoscere questo esame.

Trattamento farmacologico del diabete in FVG, 2015-2018.

L'84% dei soggetti con diagnosi di diabete ha riferito di assumere una terapia: 83% assume ipoglicemizzanti orali, circa un paziente su quattro fa uso di terapia insulinica e il 2% prende altra terapia iniettiva per il trattamento del diabete.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

806.700 PERSONE DI 18-69 ANNI



778.500 PRESENTANO **ALMENO UN**
FATTORE DI RISCHIO

Guadagnare salute

L'eccesso ponderale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. L'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio importante per l'insorgenza o l'aggravamento di numerose patologie croniche non trasmissibili (quali cardiopatie ischemiche, ipertensione e diabete), riducendo l'aspettativa di vita e peggiorandone la qualità.

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo nella prevenzione delle neoplasie e delle malattie cardiovascolari: per tale motivo l'OMS raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Le caratteristiche ponderali vengono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI), calcolato dividendo il peso in Kg per la statura in metri elevata al quadrato. In base al valore assunto dal BMI è possibile individuare 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Eccesso ponderale in FVG, 2015-2018.

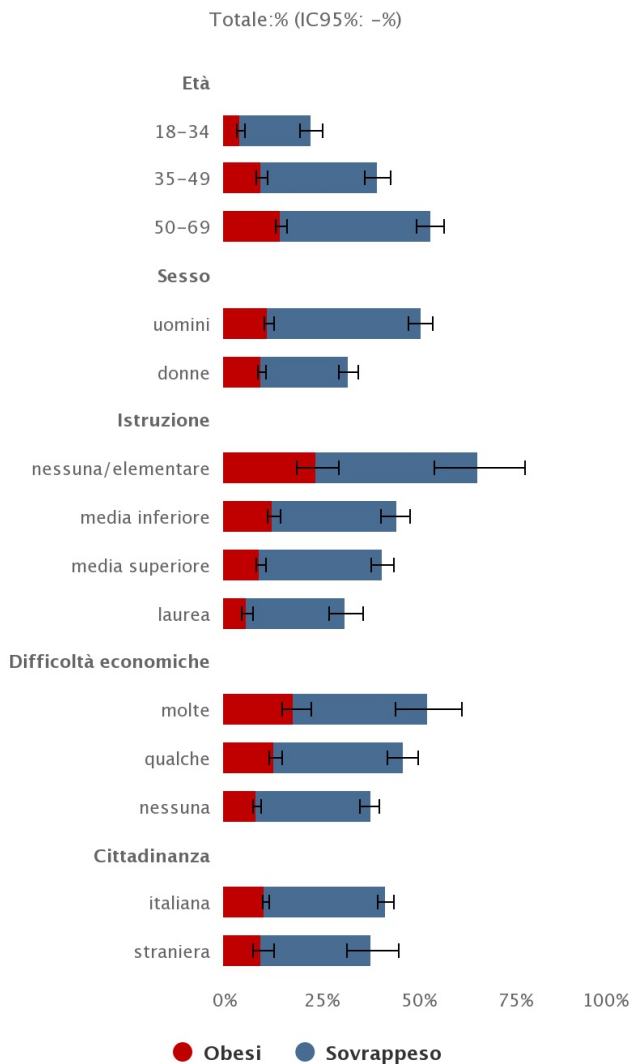
	Regione n = 5690			Italia n = 132158			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Obesi	10.4	9.7	11.3	10.9	10.6	11.1	
Sovrappeso	30.6	29.4	31.8	31.6	31.3	31.9	
Normo/sottopeso	59.0	57.7	60.2	57.6	57.2	57.9	

Nel quadriennio 2015-2018 in Regione FVG il 41% della popolazione intervistata riferiva una condizione di eccesso ponderale; in particolare il 31% degli intervistati era in sovrappeso e il 10% obeso, con valori simili a quelli riscontrati a livello nazionale. Il 4% degli intervistati ha riferito invece di avere una condizione di sottopeso. L'eccesso ponderale (persone in sovrappeso e obese) è risultato più frequente al crescere dell'età (53% nei 50-69enni), negli uomini (il 50% contro il 32% delle donne), nei soggetti con basso livello di istruzione (65% contro il 31% di chi ha conseguito una laurea), nelle persone che riferiscono molte difficoltà economiche (52% contro il 46% di quelle con qualche difficoltà e il 37% di quelle con nessuna difficoltà).

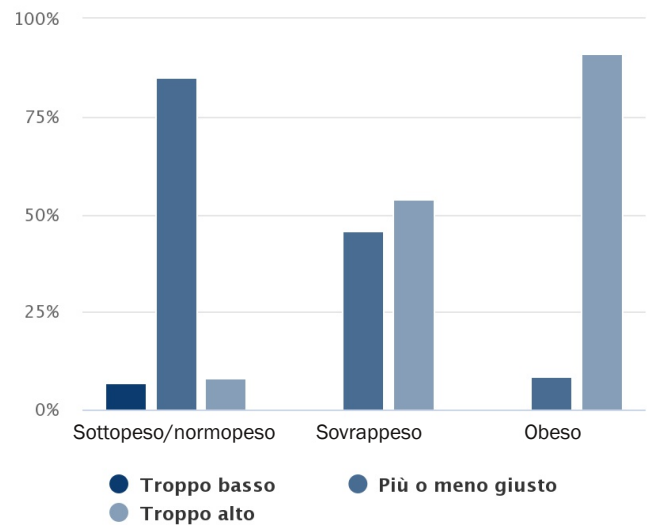
Nel quadriennio 2015-2018 il 38% degli intervistati in sovrappeso e il 74% di quelli obesi riportano di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di altro operatore sanitario, mentre il 35% e il 52% rispettivamente riportano di aver ricevuto consigli di praticare regolarmente attività fisica.

Un quarto degli intervistati in condizione di eccesso ponderale riporta di seguire una dieta (22% nei soggetti in sovrappeso e 34% negli obesi). Tale percentuale è più alta nelle donne, nelle persone che hanno una percezione maggiore del loro peso e nelle persone che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario.

Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche in FVG, 2015-2018.



Autopercezione del proprio peso corporeo. Prevalenze per stato nutrizionale in FVG, 2015-2018.



La percezione soggettiva del proprio peso è un elemento importante nel determinare la scelta di un cambiamento di uno stile di vita. Tale percezione non sempre corrisponde al reale BMI calcolato sulla base dei dati riferiti dai soggetti: il 46% degli intervistati in sovrappeso e il 9% dei soggetti con condizione di obesità percepiscono il proprio peso come corretto.

Nelle persone in eccesso ponderale rispetto ai soggetti normopeso/sottopeso sono

maggiormente presenti altri fattori di rischio quali ipertensione arteriosa (31% contro il 10%) e ipercolesterolemia (29% vs 19%) e patologie quali infarto (4% vs 1%), malattie respiratorie (9% vs 6%) e diabete (7% vs 2%).

Consumo di frutta e verdura in FVG, 2018-2019.

	Regione n = 5702			Italia n = 132645			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
0 porzioni	2.6	2.2	3.0	2.6	2.5	2.8	[Visual representation of national distribution]
1/2 porzioni	45.3	44.1	46.6	48.3	47.9	48.6	[Visual representation of national distribution]
3/4 porzioni	40.3	39.0	41.6	39.1	38.7	39.4	[Visual representation of national distribution]
5+ porzioni	11.8	11.0	12.7	10.0	9.8	10.2	[Visual representation of national distribution]

Per quanto riguarda il consumo giornaliero di frutta e verdura, il 97% dei soggetti intervistati assume almeno una volta al giorno frutta e verdura, ma solo il 12% ha riferito di mangiare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato dall'OMS.

L'attività fisica.

Una regolare attività fisica comporta numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e diminuisce il rischio di ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e depressione. Nonostante il comprovato beneficio dell'attività fisica, nei Paesi a medio ed alto reddito la sedentarietà e la cattiva alimentazione sono in aumento, favorendo la comparsa di sovrappeso e l'obesità. Alcuni interventi quali le campagne di informazione, la promozione dell'uso delle scale e del cosiddetto "trasporto attivo" (evitare l'utilizzo di automobile ma spostarsi a piedi o in bicicletta), i programmi individuali per il cambiamento di scorretti stili di vita, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana possono determinare un aumento nella pratica dell'attività fisica. Anche l'operatore sanitario ha un ruolo rilevante: un intervento di counselling mirato alla persona, in combinazione con altri interventi, può essere molto efficace nell'incrementare l'attività fisica.

Secondo le indicazioni OMS esistenti all'avvio della Sorveglianza PASSI i livelli raccomandati di attività necessaria nella popolazione adulta per ottenere benefici di salute sono: almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana, o un'attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni alla settimana o lo svolgimento di un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico. Le persone classificabili come parzialmente attive non svolgono un lavoro pesante ma praticano attività fisica nel tempo libero, senza raggiungere i livelli raccomandati. I soggetti definiti sedentari sono coloro che non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante.

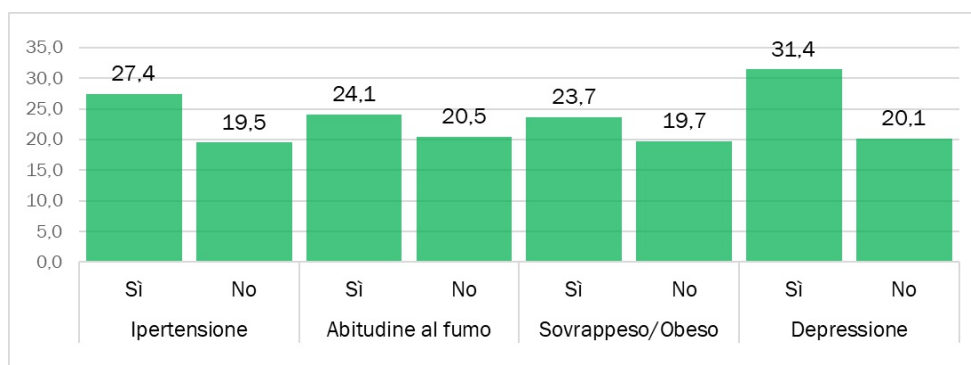
Attività fisica in FVG, 2015-2018.

	Regione n = 5594			Italia n = 129342			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Attivo	36.4	35.1	37.7	31.4	31.1	31.7	
Parzialmente attivo	42.2	40.9	43.5	34.1	33.8	34.5	
Sedentario	21.4	20.3	22.5	34.5	34.2	34.8	

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG circa un terzo delle persone intervistate dichiarava di avere uno stile di vita attivo praticando un'attività fisica intensa - moderata o svolgendo un'attività lavorativa pesante, 5 punti percentuali in più rispetto alla media italiana. Il 42% del campione è classificabile come parzialmente attivo, al di sopra della media nazionale (34%).

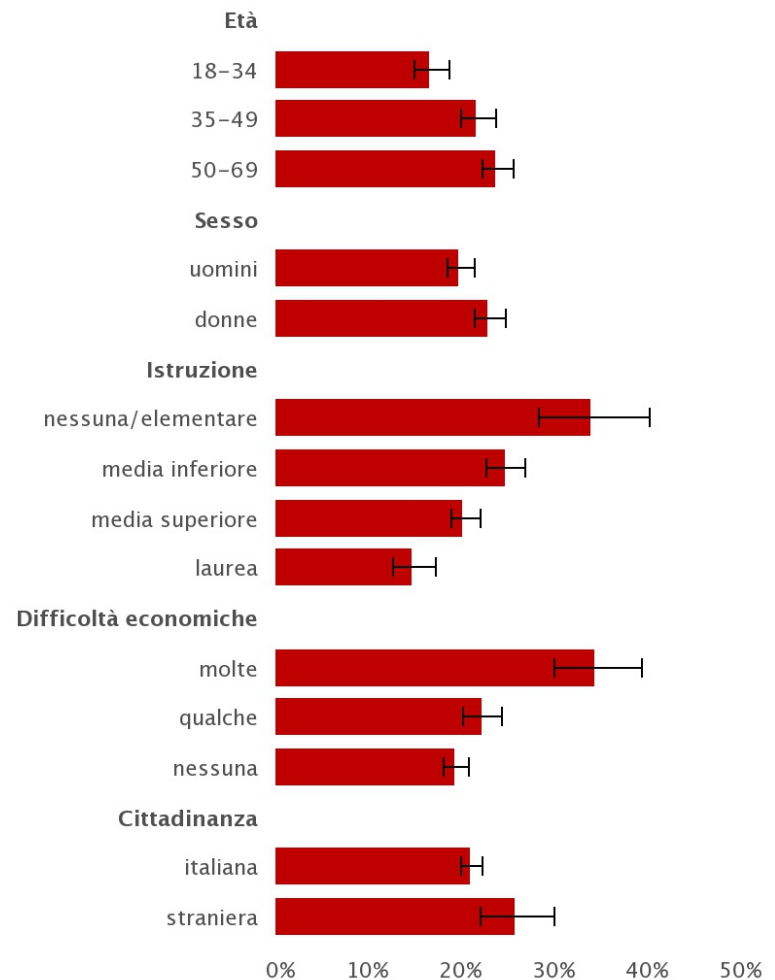
Circa un quinto del campione (21%) dichiarava invece uno stile di vita sedentario, dato in aumento nel corso del quadriennio.

Percentuale di sedentari per condizione in FVG, 2015-2018.



Sedentari per caratteristiche socio demografiche in FVG, 2015-2018.

Totale: 21.4% (IC95%: 20.3-22.5%)



La sedentarietà è maggiore nelle persone con più basso livello d'istruzione: la quota di sedentari tra le persone senza alcun titolo di studio è più che doppia rispetto a quella tra le persone laureate (34% vs 15%). La sedentarietà cresce inoltre con l'aumentare dell'età, con la presenza di difficoltà economiche e nelle persone con cittadinanza straniera.

La maggiore sedentarietà risulta più frequente nelle condizioni di eccesso ponderale, stato di depressione, ipertensione e abitudine al fumo.

La percezione soggettiva, condizione determinante nella decisione di effettuare un cambiamento nello stile di vita, non sempre corrisponde all'effettivo livello di attività fisica praticata: 1 adulto su 2 fra i parzialmente attivi, e 1 su 5 fra i sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica come già sufficiente.

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche. Nel periodo 2015-2018, solo il 29% delle persone che ha avuto un contatto con un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi ha riferito di praticare attività fisica.

Fra le persone in eccesso ponderale e quelle con malattie croniche questa quota non raggiunge il 42%.

L'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. L'abitudine tabagica rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Abitudine al fumo di sigaretta in FVG, 2015-2018.

	Regione n = 5702			Italia n = 132511			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Non fumatori	53.8	52.5	55.1	56.8	56.4	57.1	
Fumatori	24.8	23.7	26.0	25.7	25.4	26.0	
in astensione	1.1	0.9	1.5	1.0	0.9	1.1	
occasionali	0.8	0.6	1.0	0.5	0.5	0.6	
quotidiani	22.8	21.7	23.9	24.1	23.8	24.4	
Ex-fumatori	21.4	20.3	22.5	17.5	17.3	17.8	
Numero medio di sigarette fumate	11.2	10.8	11.6	12.2	12.1	12.4	

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 6 mesi).

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

Non fumatore: soggetto che dichiara di non avere mai fumato o di avere fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

Fumatore in astensione: Fumatore che ha smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni.

Fumatore quotidiano: fumatore che fuma almeno una sigaretta al giorno.

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG il 54% degli intervistati ha riferito di essere non fumatore; un quinto di essere ex fumatore e un quarto ha dichiarato di fumare (di cui l'1% ha dichiarato di aver sospeso l'abitudine al fumo da meno di sei mesi, classificabile come "fumatore in astensione", ancora considerato fumatore in base alla definizione OMS).

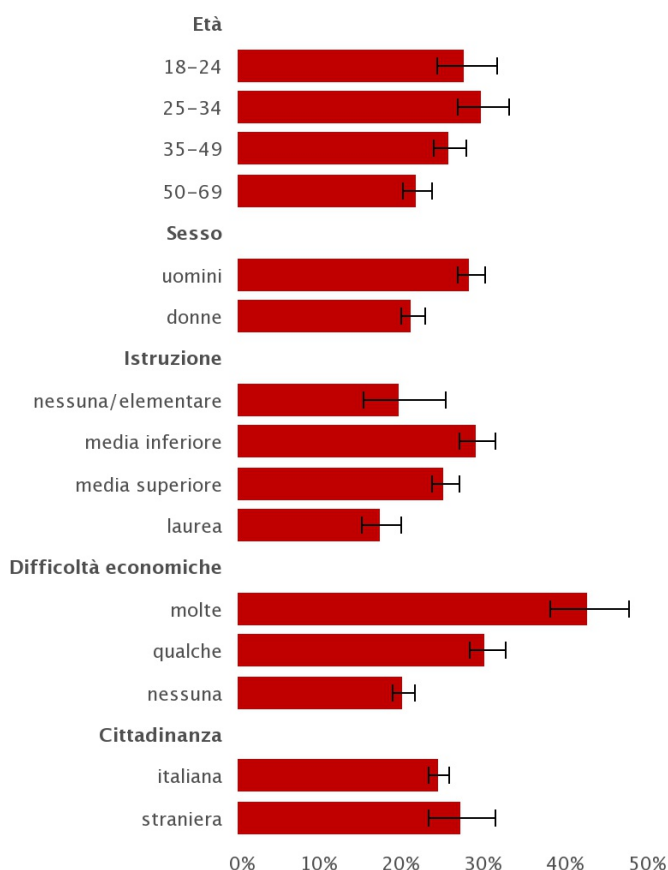
Tra i fumatori, il 3% è un fumatore occasionale (ovvero non fuma tutti i giorni). Il 77% un fumatore "medio" mentre il 20% è un "forte" fumatore.

L'abitudine al fumo risulta più elevata nelle classi di età più giovani, tra gli uomini (28% vs 21% nelle donne), nelle persone con un livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche.

Abitudine al fumo di sigaretta in FVG per caratteristiche socio demografiche, 2015-2018.

Consiglio di smettere di fumare per regione di residenza, 2015-2018.

Totale: 24.8% (IC95%: 23.7-26.0%)

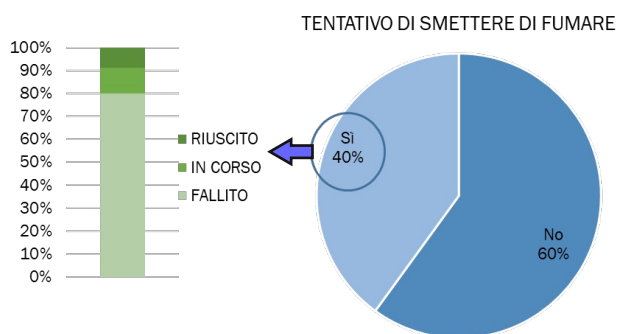


● peggiore del valore nazionale
 ● simile al valore nazionale
 ● migliore del valore nazionale

Circa la metà degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo. In particolare, è stata indagata l'abitudine tabagica nel 67% dei fumatori, nel 46% degli ex fumatori e nel 37% dei non fumatori.

Il 45% dei fumatori ha riferito che negli ultimi 12 mesi è stato dato il consiglio di smettere di fumare. In un quinto dei casi tale consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 12% per specifici problemi di salute del soggetto e nel 13% dei casi per entrambi i motivi.

Tentativo di smettere di fumare in FVG, 2015-2018.



Due fumatori su cinque hanno tentato in passato di perdere l'abitudine al fumo, con un trend in aumento nel corso del quadriennio.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'80% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- l'11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 9% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare, indipendentemente dall'esito del tentativo, la maggioranza l'ha fatto da solo, l'11% ha utilizzato la sigaretta elettronica, meno dell'1% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Nel periodo 2015-2018 la quasi totalità delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (84%) o quasi sempre (11%). Il 4% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

Il 96% degli intervistati ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, mentre poco più dell'1% dichiara che il divieto non viene mai rispettato.

Rispetto all'abitudine al fumo in ambito domestico, nove intervistati su dieci hanno dichiarato che non si fuma in casa, il 9% che si fuma in alcuni luoghi, il 2% che si fuma ovunque.

Il consumo di alcol

L'abitudine al consumo di alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (quali la sindrome feto-alcolica nei neonati, gli incidenti stradali, alcuni disturbi mentali, episodi di violenza, patologie croniche del fegato, alcuni tipi di neoplasia). Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (Daly).

L'alcol è una sostanza tossica per la quale non è possibile individuare livelli di consumo sotto i quali non si registri un rischio per la salute.

In questo rapporto l'Unità di bevanda alcolica (UBA) corrisponde a una lattina di birra o a un bicchiere di vino o a un bicchierino di superalcolico.

Il "consumo abituale elevato" è definito come consumo medio giornaliero maggiore di 2 UBA negli uomini e di 1 UBA nelle donne.

Il "binge drinking" come consumo in una singola occasione di 5 o più UBA negli uomini e di 4 o più UBA nelle donne

Il consumo "fuori pasto" come consumo di alcol esclusivamente o prevalentemente lontano dai pasti, mentre il "consumo a maggior rischio" come consumo abituale elevato e/o binge e/o prevalentemente fuori pasto (Il consumo "a maggior rischio" non è necessariamente somma delle tre componenti).

Consumo di alcol in FVG, 2015-2018.

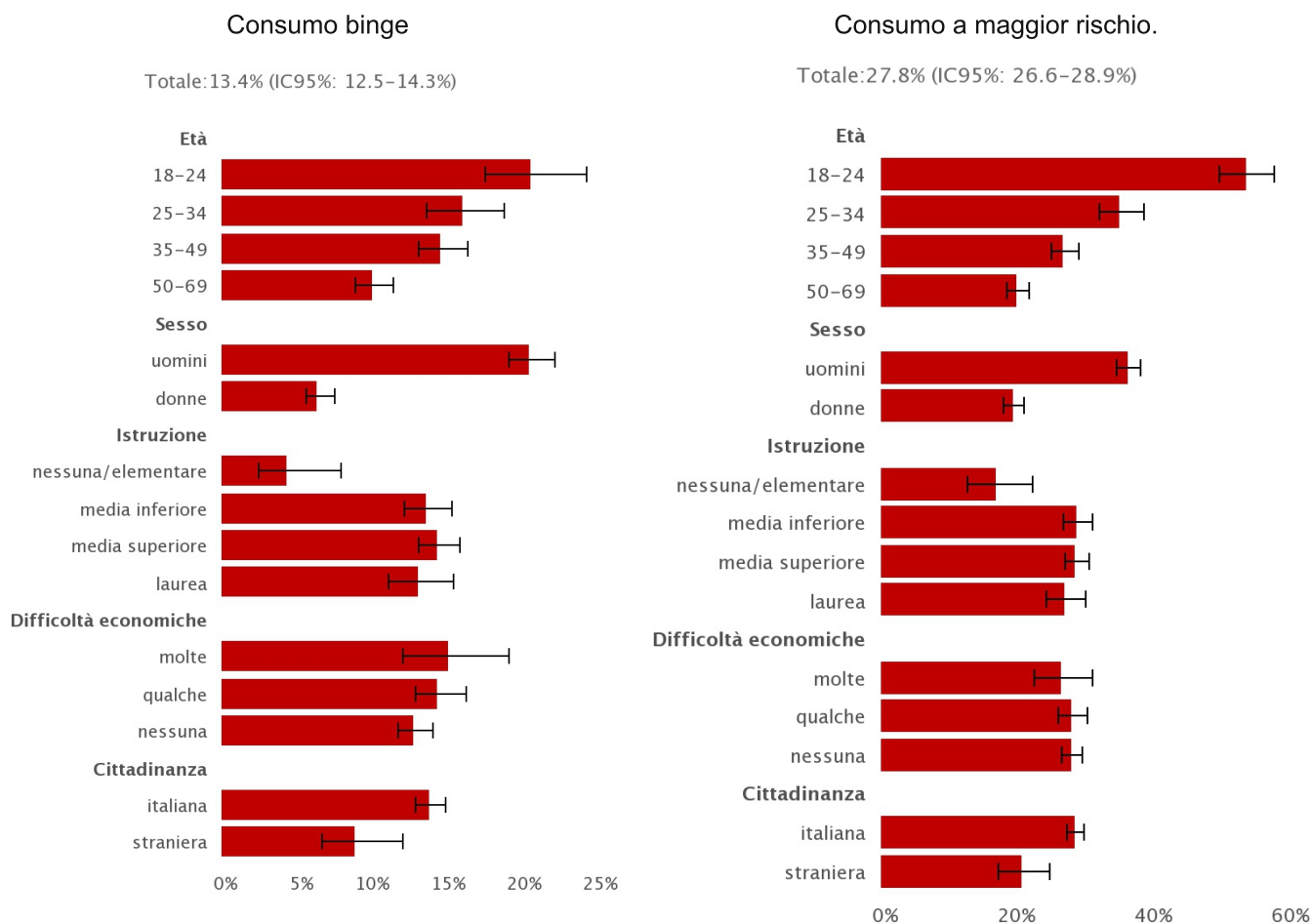
	Regione n = 5615			Italia n = 129174			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Consumo alcol	68.6	67.4	69.7	55.5	55.1	55.8	
Consumo fuori pasto	17.2	16.3	18.2	8.3	8.1	8.4	
Consumo abituale elevato	4.6	4.0	5.1	3.1	3.0	3.2	
Consumo binge	13.4	12.5	14.3	9.3	9.1	9.4	
Consumo a maggior rischio	27.8	26.6	28.9	17.1	16.8	17.3	

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG il 69% della popolazione intervistata ha riferito di aver assunto almeno un'unità alcolica nel mese precedente, valore superiore a quello nazionale (56%).

Il 17% ha fatto consumo di alcol fuori pasto, il 13% è un bevitore binge, il 5% è un "forte" bevitore.

Nell'insieme, più di un quarto degli intervistati può essere considerato bevitore a rischio (poiché una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti); anche in questo caso, il valore è superiore alla media nazionale (17%).

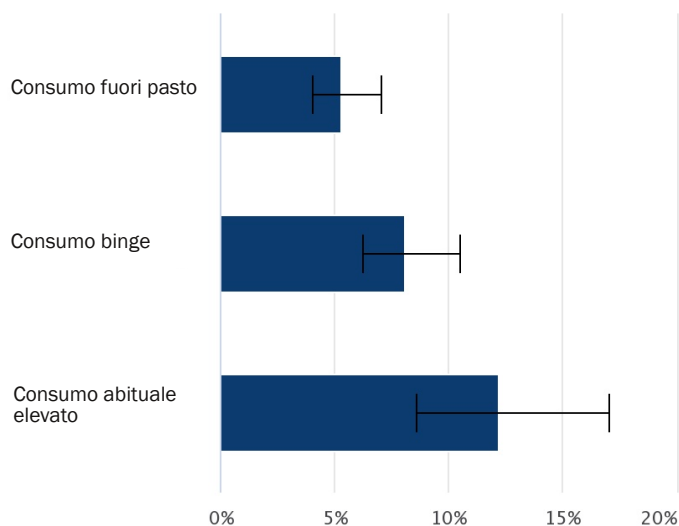
Consumo di alcol in FVG per caratteristiche socio demografiche, 2015-2018.



Il consumo di alcol a rischio risulta essere maggiormente frequente tra gli uomini (36% vs 19% delle donne), tra i giovani e nelle persone con livello d'istruzione medio-alto.

Similmente, il fenomeno del binge drinking è maggiore negli uomini (20% vs 6%), nella fascia d'età 18-24anni e in chi ha un livello di istruzione medio-alto.

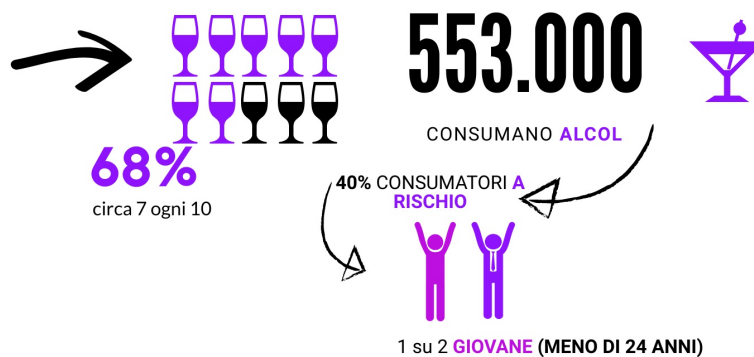
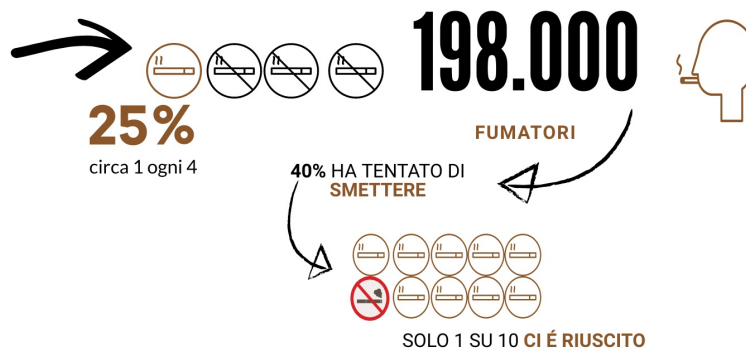
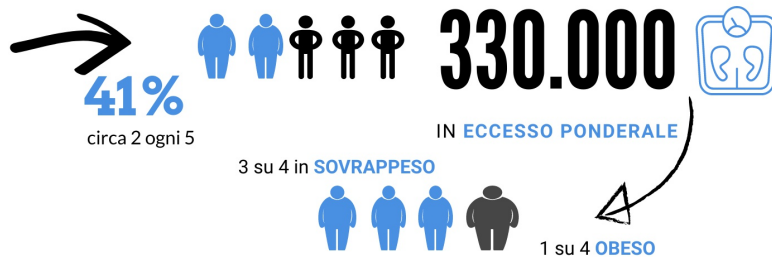
Consumatori con consiglio del medico di bere meno per categoria di consumo in FVG, 2015-2018.



Solo il 6% dei consumatori a maggior rischio ha riferito di aver ricevuto da parte di un medico o di un altro operatore sanitario il consiglio di bere di meno.

GUADAGNARE SALUTE

806.700 PERSONE DI 18-69 ANNI



Sicurezza

Sicurezza stradale

Uso dispositivi per la sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità sotto ai 40 anni. Gli eventi più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Non indossare la cintura comporta l'aumento del rischio di morire in caso di incidente, non solo per chi guida, ma anche per tutti gli altri passeggeri.

In ambito preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale e l'utilizzo di dispositivi individuali, sono azioni di provata efficacia i controlli delle Forze dell'Ordine, tramite etilotest.

Uso dispositivi di sicurezza in FVG, 2015-2018.

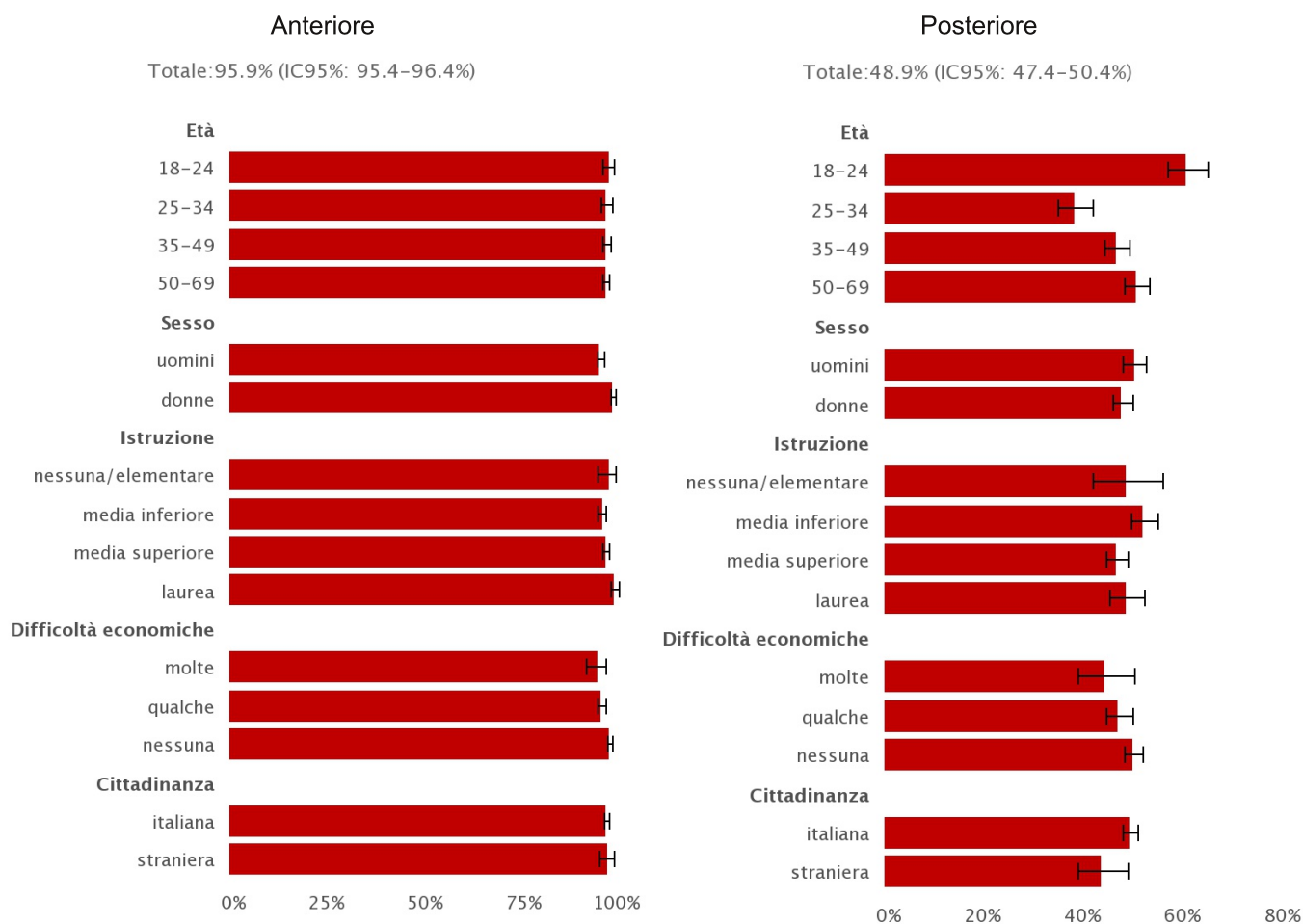
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Uso cintura anteriore sempre	95.9	95.4	96.4	85.1	84.8	85.3	
Uso cintura posteriore sempre	48.9	47.4	50.4	21.3	21.0	21.6	
Uso casco sempre	99.6	99.0	99.8	96.3	96.0	96.6	
Uso inadeguato/non uso di dispositivi sicurezza per bambini 0-6 anni	13.0	10.9	15.5	19.6	18.9	20.4	

L'uso della cintura di sicurezza anteriore è abbastanza diffuso anche se non raggiunge la copertura del 100% dettata dall'obbligo di legge: nel quadriennio 2015-2018, in FVG il 96% degli intervistati che hanno viaggiato in auto come guidatori o passeggeri sul sedile anteriore ha dichiarato di indossare sempre la cintura di sicurezza.

L'uso della cintura posteriore non è ancora una pratica diffusa, e solo il 49% degli intervistati dichiara di indossarla sempre; questo dato mostra un significativo trend positivo (nel solo 2018 il 62% dei rispondenti riportava un suo utilizzo costante). Sia la percentuale di utilizzo della cintura di sicurezza anteriore che posteriore risulta maggiore rispetto la media nazionale, rispettivamente 85% e 21%.

L'uso del casco in moto sembra invece una pratica consolidata: quasi il 100% degli intervistati che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri, dichiara di aver indossato sempre il casco.

Uso cinture di sicurezza in FVG, 2015-2018.



Guida sotto l'effetto di alcol

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG l'8% degli intervistati non astemi ha dichiarato di aver guidato nell'ultimo mese sotto l'effetto dell'alcol, avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di mettersi alla guida; il 6% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol.

Durante il periodo considerato il 36% degli intervistati ha riferito di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine, valore superiore a quello nazionale (29%).

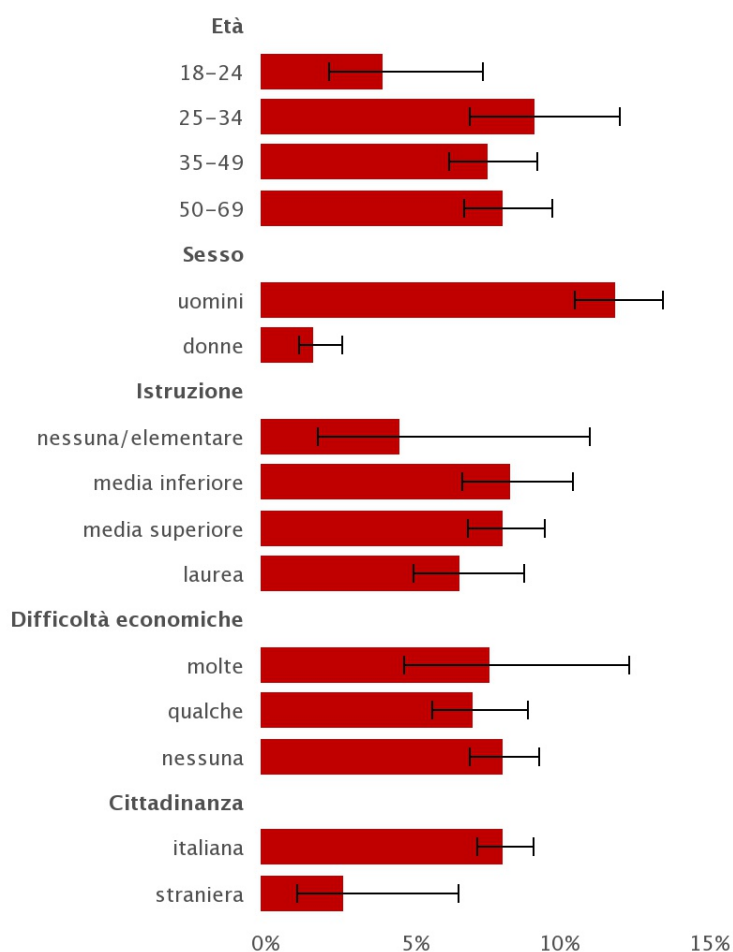
Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di due volte negli ultimi 12 mesi. Il 9% dei soggetti fermati per controllo ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. La percentuale di controlli con etilotest risulta maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 28% nei soggetti con età compresa tra 18 e 24 anni all'8% nei 50-69enni.

Guida sotto l'effetto di alcool in FVG, 2015-2018.

	Regione n = 3577			Italia n = 71208			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile rispetto al valore nazionale migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Guida sotto effetto dell'alcol	7.8	7.0	8.7	7.3	7.0	7.5	
Trasportato da conducente sotto effetto dell'alcol	6.3	5.6	6.9	4.9	4.8	5.1	
Controlli forze dell'ordine	36.3	35.0	37.6	28.7	28.4	29.0	
Controlli con etilotest (tra chi è stato fermato)	9.3	8.1	10.8	9.3	9.0	9.7	

Guida sotto l'effetto di alcool per caratteristiche socio-demografiche in FVG, 2015-2018.

Totale: 7.8% (IC95%: 7.0-8.7%)



Tra i neopatentati con età compresa tra i 18 e i 21 anni meno del 4% ha guidato sotto effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è nettamente più frequente negli uomini che nelle donne (12% vs 2%).

Sicurezza in casa

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto evento traumatico accorso in un luogo ritenuto sicuro e "protetto". Gli incidenti domestici interessano prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata (soprattutto gli ultra ottantenni) come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico). Il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

Sicurezza domestica in FVG, 2015-2018.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	7.9	7.2	8.6	6.4	6.3	6.6	
negli ultra-64enni	8.7	6.7	11.2	6.9	6.4	7.5	
in chi convive con ultra-64enni	10.7	8.1	13.9	6.7	6.2	7.1	
nelle donne	8.2	7.2	9.3	7.5	7.2	7.7	
in chi vive con bambini fino ai 14 anni	9.2	7.8	10.8	7.7	7.4	8.1	
Infortunio domestico che ha richiesto cure	3.8	3.3	4.3	3.0	2.8	3.1	

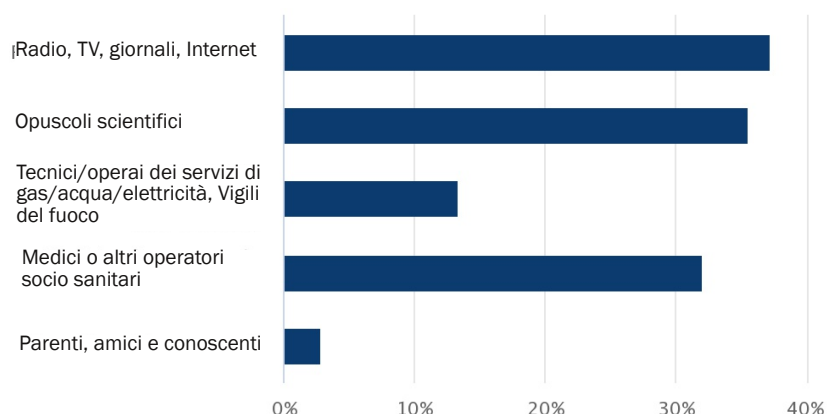
In FVG la percezione del rischio d'infortunio in ambito domestico appare piuttosto scarsa: solo l'8% degli intervistati ha riportato di avere una percezione del rischio alta o molto alta.

In particolare, hanno una più bassa percezione del rischio le persone con basso livello d'istruzione, senza difficoltà economiche, con cittadinanza straniera, di classe d'età più giovane (18-34 anni).

La presenza di soggetti potenzialmente a rischio quali bambini e anziani nel nucleo familiare rappresenta invece un fattore che aumenta la percezione di rischio di infortunio domestico.

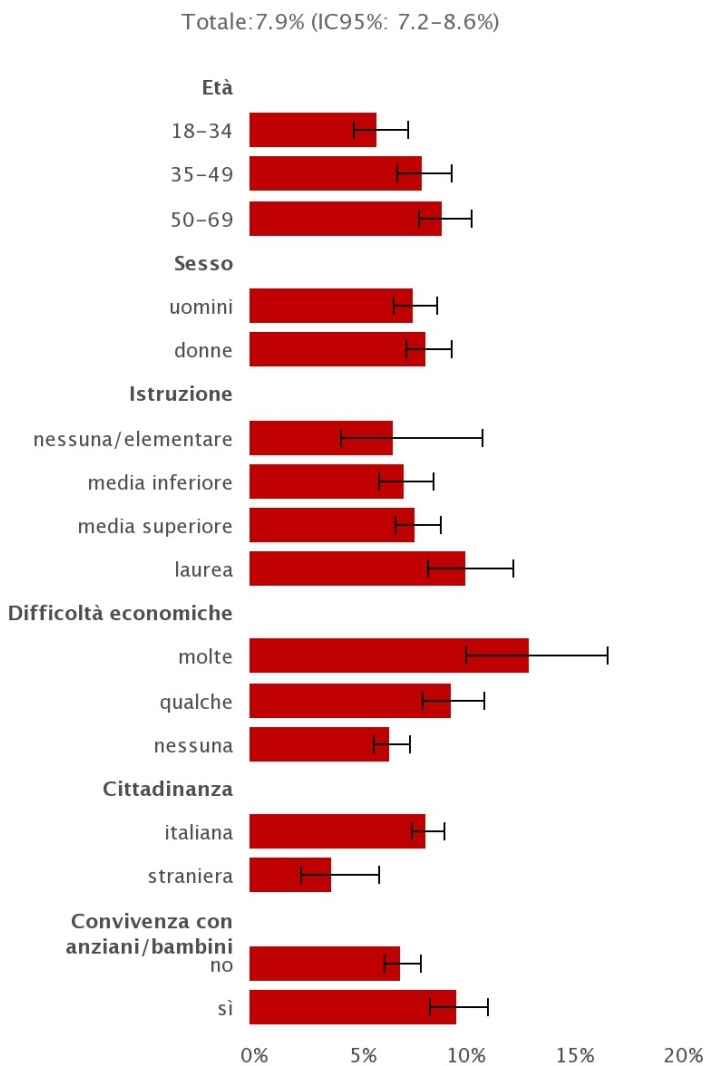
Nel periodo 2015-18, il 4% dei soggetti ha riportato un incidente in casa nei 12 mesi precedenti all'intervista che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione.

Fonti di informazione in FVG, 2015-2018.



Il 22% degli intervistati riporta di aver ricevuto delle informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici nei 12 mesi precedenti all'intervista; di questi, il 35% ha ricevuto informazioni tramite opuscolo, il 37% tramite massmedia, il 32% ha ricevuto un consiglio da parte di un operatore sanitario, il 13% da parte di un tecnico e meno del 3% da un parente.

I Consapevolezza del rischio di infortunio in FVG per caratteristiche socio demografiche, 2015-2018.



Le informazioni sembrano aver raggiunto maggiormente i soggetti con titolo di studio più elevato, di classe d'età più elevata, di cittadinanza italiana. L'informazione sui rischi e prevenzione d'infortunio domestico sembra aumentare parzialmente la percezione di rischio.

Il 35% dei soggetti che hanno ricevuto tali informazioni ha poi modificato il proprio comportamento e/o apportato modifiche alla propria abitazione per renderla più sicura, soprattutto tra coloro che vivevano con persone anziane o bambini e con una maggiore percezione del rischio.

SICUREZZA STRADALE

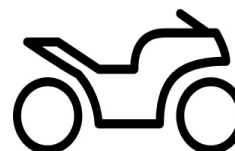


GUIDATORI/PASSEGGERI DI **MOTOCICLI**
(18-69 ANNI)



99,6%

USANO **IL CASCO**



GUIDATORI/PASSEGGERI DI **AUTOMOBILI**
(18-69 ANNI)



96%

USANO **LA CINTURA ANTERIORE**



48%

USANO **LA CINTURA POSTERIORE**



8%



GUIDA SOTTO **L'EFFETTO DELL'ALCOL**



IL RAPPORTO É DI
1 DONNA OGNI
6 UOMINI

powered by

PIKTOCHART

Programmi di prevenzione individuale




Vaccinazioni

Vaccinazione per l'influenza stagionale

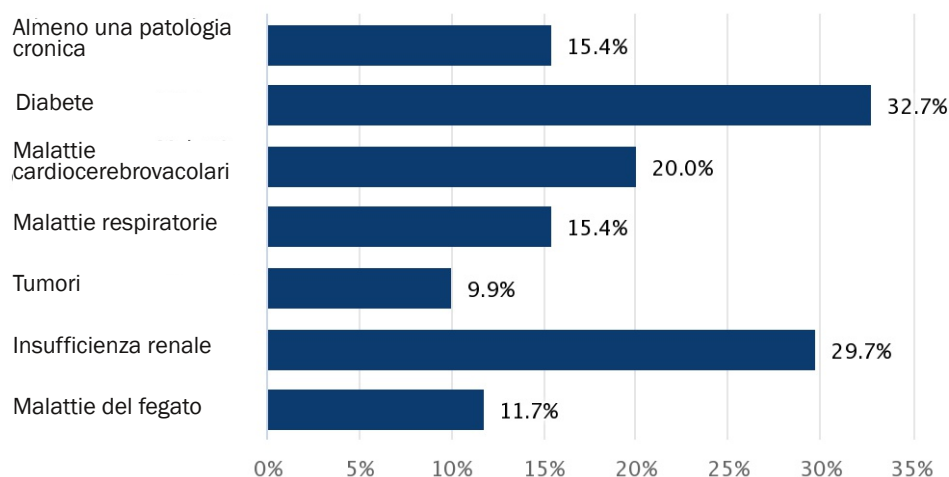
L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, quali anziani o persone affette da alcune patologie croniche. L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero 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.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia. L'OMS raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio.

Vaccinazione antinfluenzale in FVG, 2015-2018.

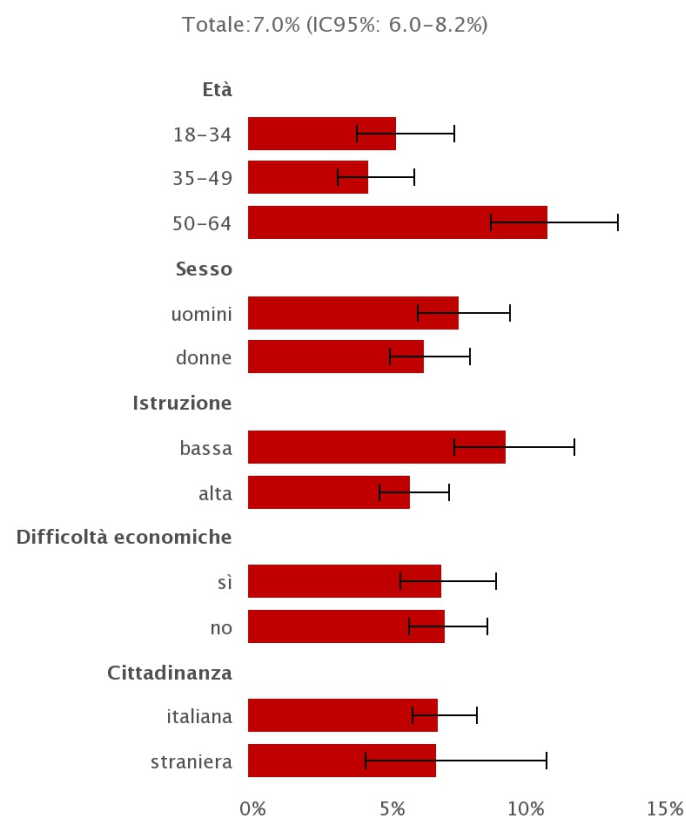
	Regione n = 2345			Italia n = 53167			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Copertura vaccinale nei 18-64enni	7.0	6.0	8.2	7.2	6.9	7.5				
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	15.4	12.1	19.4	20.0	18.9	21.1				
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	5.1	4.2	6.2	4.8	4.6	5.0				

Comptura vaccinazione antinfluenzale nei 18-64enni con patologie croniche in FVG, 2015-2018.



La copertura varia in base al tipo di patologia cronica diagnosticata: i pazienti affetti da tumori sono vaccinati per il 10%, i pazienti con malattie croniche del fegato per il 12%, quelli con patologie respiratorie croniche per il 15%, i pazienti con malattie cardiovascolari si sono vaccinati nel 20% dei casi. I valori di copertura sono leggermente più elevati tra le persone affette da insufficienza renale (30%) e diabete (33%).

Copertura vaccinazione antinfluenzale nei 18-64enni in FVG per caratteristiche socio-demografiche, 2015-2018.



Nella regione FVG circa il 7% delle persone intervistate di età compresa tra i 18 e 64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali. La copertura è superiore nelle persone con basso livello d'istruzione e della fascia di età 50-64 anni.

Il 18% del campione di 18-64 anni intervistato nel periodo 2015-2018 ha riferito di avere almeno una patologia cronica; in questa popolazione la percentuale di vaccinati sale al 15%, valore ancora di molto inferiore rispetto al target raccomandato (75%).

La maggior parte (71%) degli intervistati vaccinati ha riferito di essersi vaccinato nel mese di Novembre.

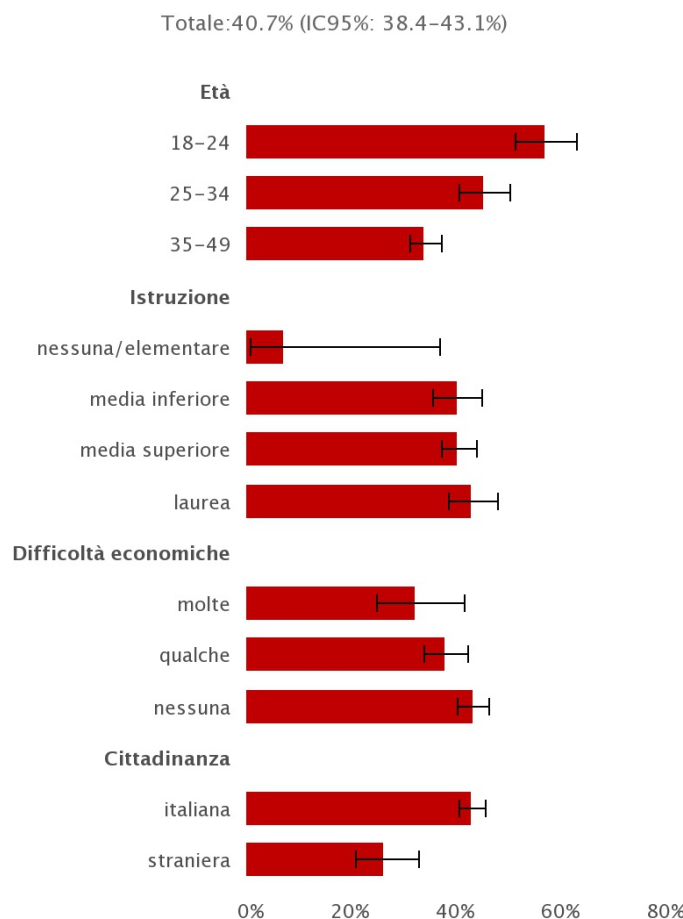
Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia esantematica benigna tipica dell'età infantile che, se contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza. La strategia che si è dimostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nella vaccinazione dei bambini nel secondo anno di età e nell'individuare mediante rubeotest le donne in età fertile ancora suscettibili di malattia, a cui proporre la vaccinazione. Per l'eliminazione della rosolia congenita, il target di immunità da raggiungere nelle donne in età fertile dovrebbe essere superiore al 95%.

Vaccinazione antirosolia in FVG, 2015-2018.

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Donne in età fertile vaccinate per la rosolia	40.7	38.4	43.1	43.2	42.7	43.8	
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia	2.1	1.5	2.9	1.8	1.7	2.0	
Donne in età fertile non consapevoli dello stato immunitario	37.3	35.0	39.7	38.1	37.5	38.7	
Donne in età fertile suscettibili alla rosolia o non consapevoli dello stato immunitario	39.4	37.1	41.8	40.0	39.3	40.6	

Copertura vaccinale antirosolia nelle donne in età fertile (18-49) in FVG per caratteristiche socio-demografiche, 2015-2018.



Nel quadriennio 2015-2018, il 61% delle donne di età 18-49 anni ha riferito di essere immune nei confronti della varicella; tale immunità è stata ottenuta o attraverso la pratica vaccinale (41%) o attraverso copertura naturale da pregressa infezione, rilevata tramite rubeotest positivo (20%).

Il 2% delle intervistate è sicuramente suscettibile alla malattia in quanto non vaccinate e con rubeotest negativo.

Le donne il cui stato immunitario non è noto (37%) sono considerate come presuntivamente negative.

Solo il 41% delle donne intervistate ha riferito di aver eseguito la vaccinazione contro la rosolia; la copertura vaccinale è risultata inferiore nelle donne con basso livello di istruzione (nessun titolo di studio: 7%; laurea:43%), con molte difficoltà economiche (molte:32%; nessuna:43%), con cittadinanza straniera (26% contro cittadinanza italiana 43%) e di classe d'età più elevata (35-49 anni:34% ; 18-24 anni: 57%) .

Screening oncologici

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

In Europa il carcinoma della cervice uterina è la seconda neoplasia a maggior incidenza nella popolazione femminile. Nei Paesi con programmi di screening si è assistito negli ultimi decenni ad un importante decremento di incidenza del tumore e della sua mortalità, in quanto una diagnosi precoce permette un trattamento maggiormente risolutivo e con minori complicanze. In Italia sono stimate oltre 2700 nuove diagnosi di neoplasia della cervice uterina nel 2019 (I numeri del cancro in Italia, 2019).

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un test (Pap-test o test HPV) ogni tre anni alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte dell'azienda sanitaria e l'offerta di un definito e gratuito percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico.

Screening della cervice uterina in FVG, 2015-2018.

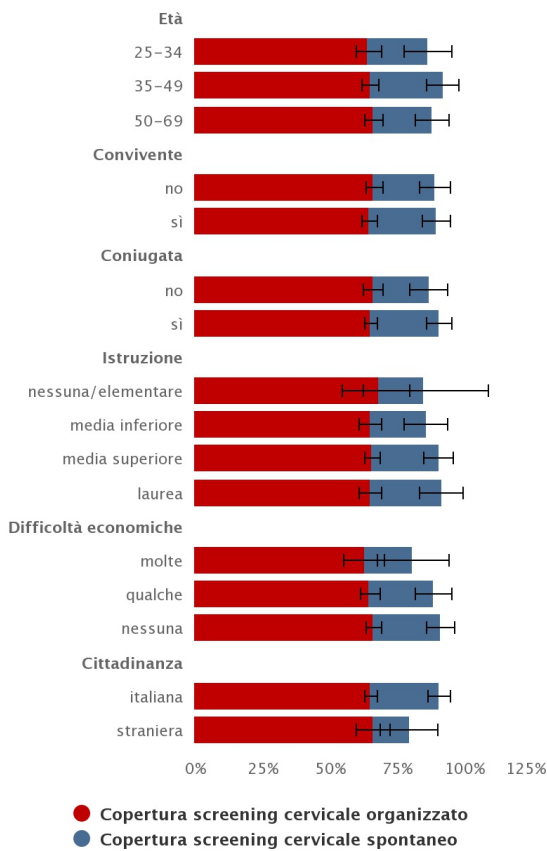
	Regione n = 2158			Italia n = 53074			Valore più basso peggiore 25% percentile simile rispetto al valore nazionale 75% percentile valore nazionale migliore Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening cervicale totale	89.1	87.6	90.4	79.7	79.2	80.1	
Copertura screening cervicale organizzato	65.4	63.3	67.4	46.8	46.3	47.3	
Copertura screening cervicale spontaneo	23.6	21.8	25.5	32.4	31.8	32.9	

In FVG durante il quadriennio 2015-2018, l'89% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni, come da raccomandazioni. In particolare l'adesione al test di screening nei tempi raccomandati è risultata maggiore nelle donne con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche, con cittadinanza straniera e di età compresa tra 25-34 anni rispetto alla fascia 35-49 anni.

Il 65% delle donne intervistate di 25-64 anni ha eseguito lo screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 24% ha riferito di averlo effettuato su iniziativa individuale. L'accesso al di fuori di un programma di screening è maggiore per le donne con un elevato grado di istruzione, senza rilevanti difficoltà economiche, con cittadinanza italiana e conviventi o sposate.

Copertura screening della cervice in FVG per caratteristiche socio-demografiche, 2015-2018

Totale: 89.1% (IC95%: 87.6-90.4%)

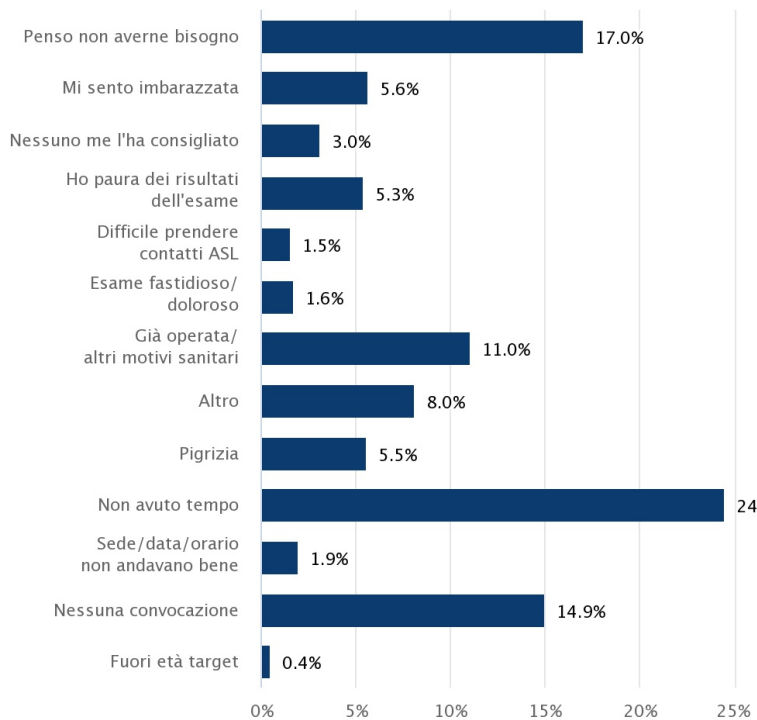


Durante il periodo considerato, la metà delle donne intervistate di età 25-64 anni ha riferito di aver eseguito lo screening da 1 a 3 anni precedenti, il 38% di averlo eseguito nell'ultimo anno, il 6% di averlo eseguito più di tre anni prima. Il 5% del campione delle donne intervistate ha riferito di non essersi mai sottoposte allo screening preventivo (valore nazionale: 11%).

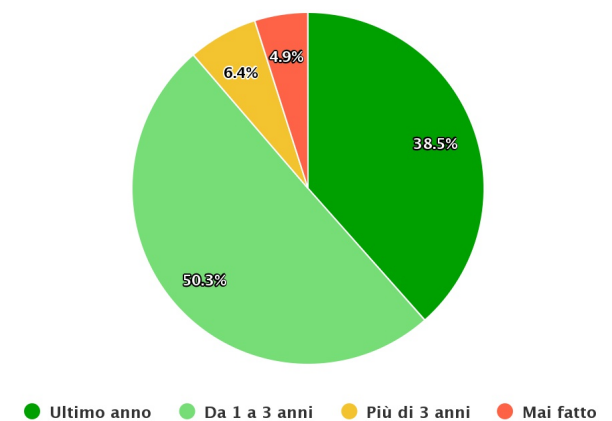
L'88% delle donne ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito da parte dell'azienda sanitaria e il 69% di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening; al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.

Durante il periodo 2015-2018, l'11% delle donne non ha seguito le raccomandazioni per lo screening cervicale in quanto mai eseguito o non eseguito negli ultimi 3 anni.

Motivo della non effettuazione dello screening cervicale in FVG, 2015-2018.



Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale in FVG, 2015-2018.



La mancata esecuzione del test è stata motivata da diversi fattori, tra cui la mancanza di tempo (24%), una non corretta percezione del rischio (17%), la mancata convocazione da parte dell'azienda sanitaria (15%).

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Il carcinoma della mammella rappresenta la neoplasia a maggiore incidenza e mortalità nella popolazione femminile. In Italia, circa un tumore su tre diagnosticati è un carcinoma della mammella, e nel 2019 si stima verranno diagnosticati 53.000 nuovi casi (I numeri del cancro in Italia, 2019). Nel 2016 il carcinoma mammario ha determinato 12.600 decessi (fonte ISTAT).

Una diagnosi precoce di tale neoplasia consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (beneficio a livello di comunità); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Le linee guida nazionali e internazionali raccomandano l'esecuzione di uno screening tramite mammografia ogni due anni nelle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni al fine di permettere una diagnosi precoce del tumore al seno.

Screening della mammella in FVG, 2015-2018.

	Regione n = 1178			Italia n = 27219			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening mammografico totale	86.7	84.6	88.5	74.3	73.6	75.0	
Copertura screening mammografico organizzato	70.0	67.2	72.6	54.6	53.9	55.3	
Copertura screening mammografico spontaneo	16.6	14.6	18.9	19.3	18.7	20.0	

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG l'87% delle donne intervistate di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha riferito di aver eseguito nel corso degli ultimi due anni una mammografia preventiva, ovvero eseguita in assenza di sintomi, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, valore più elevato rispetto a quello nazionale (74%).

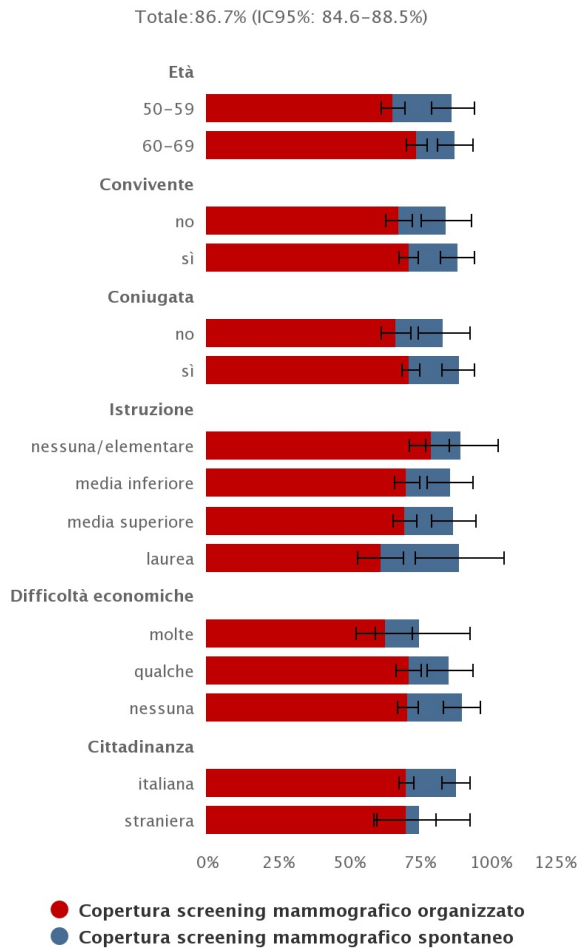
Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 69% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

Il 70% delle donne intervistate ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato dalle aziende sanitarie e solo il 17% al di fuori di tali programmi, sostenendo in tutto o in parte il costo dell'esame. In particolare, la presenza di un programma di screening basato su un invito attivo e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito rappresenta un'importante possibilità di prevenzione anche per persone con molte difficoltà economiche, basso livello d'istruzione e cittadinanza straniera, che difficilmente potrebbero accedere a pagamento.

Il 91% delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito a partecipare al programma organizzato da parte dell'azienda sanitaria e il 70% di aver ricevuto il consiglio di eseguire regolarmente il test da parte di un operatore sanitario. Meno del 4% delle donne ha riferito di non aver ricevuto alcun intervento di promozione all'esecuzione della mammografia.

La combinazione più efficace per migliorare l'adesione allo screening sembrerebbe l'associazione degli interventi di promozione.

Copertura screening della mammella in FVG per caratteristiche socio-demografiche, 2015-2018.

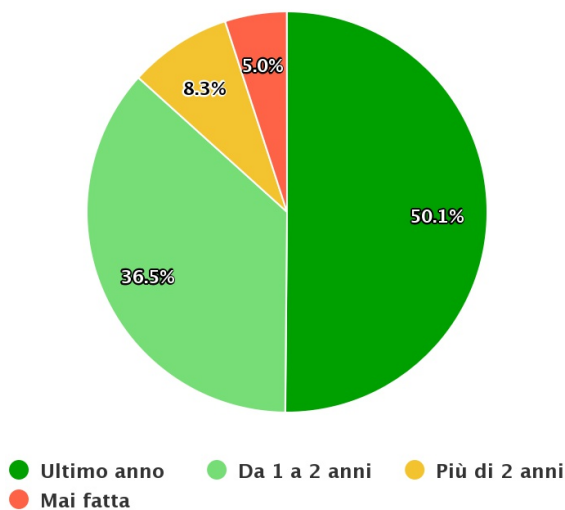


Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata, la metà delle donne intervistate (50%) ha riferito di averla eseguita nel corso nell'ultimo anno, mentre un terzo (37%) di averla eseguita tra 1 e 2 anni prima. Una quota non trascurabile di 50-69enni non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 5 donne su 100 non hanno mai fatto prevenzione e 8 donne su 100 riferiscono di non essersi sottoposte alla mammografia da oltre due anni.

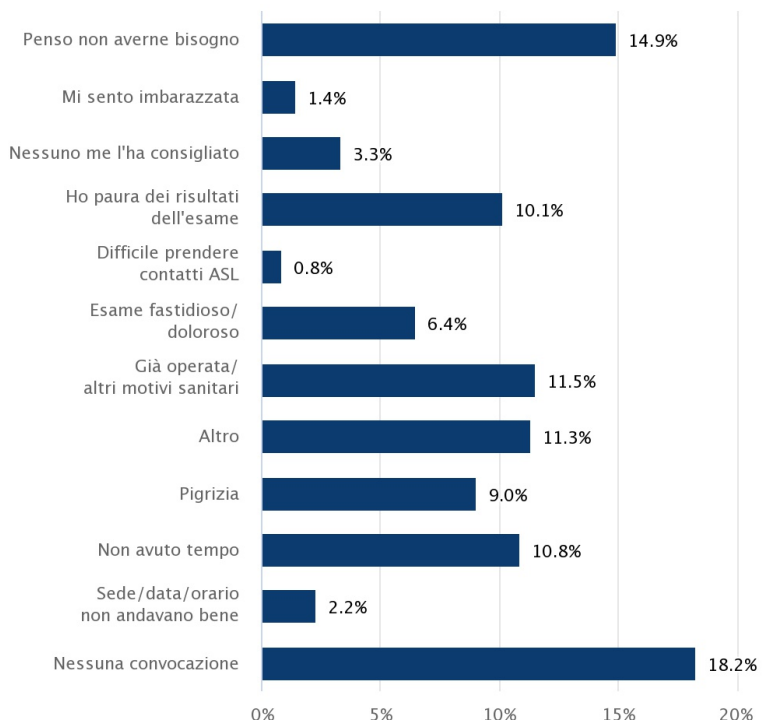
L'esecuzione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata inferiore nelle donne con molte difficoltà economiche, con cittadinanza straniera e nelle donne non coniugate e non conviventi.

La mancata esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la mancata convocazione (18%) e la non corretta percezione del rischio (ovvero l'esame non viene ritenuto necessario: 15%).

Periodicità di effettuazione della mammografia in FVG, 2015-2018.



Motivo della non effettuazione dello screening della mammella in FVG, 2015-2018.



Diagnosi precoce del tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta in Italia la terza neoplasia negli uomini (14%) e la seconda nelle donne (12%). Nel solo 2016 sono stati circa 20.000 i decessi riconducibili a tale patologia (Dati ISTAT). Sono stimate oltre 49.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto nel 2019 (I numeri del cancro in Italia, 2019).

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I test di screening permettono un precoce riscontro di lesioni cancerose e precancerose, con conseguente riduzione della mortalità sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro di neoplasie in stadi più iniziali, con migliore risposta alla terapia.

Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale. In alternativa, è possibile l'esecuzione di una colonscopia/retto-sigmoidoscopia, la cui periodicità consigliabile non è definibile in modo univoco, ma per le categorie a maggior rischio l'intervallo suggerito è di 5 anni. La colonscopia/rettosigmoidoscopia è un esame secondario alla ricerca del sangue occulto fecale, che ne completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse positivo; pertanto non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening

Screening coloretale in FVG, 2015-2018

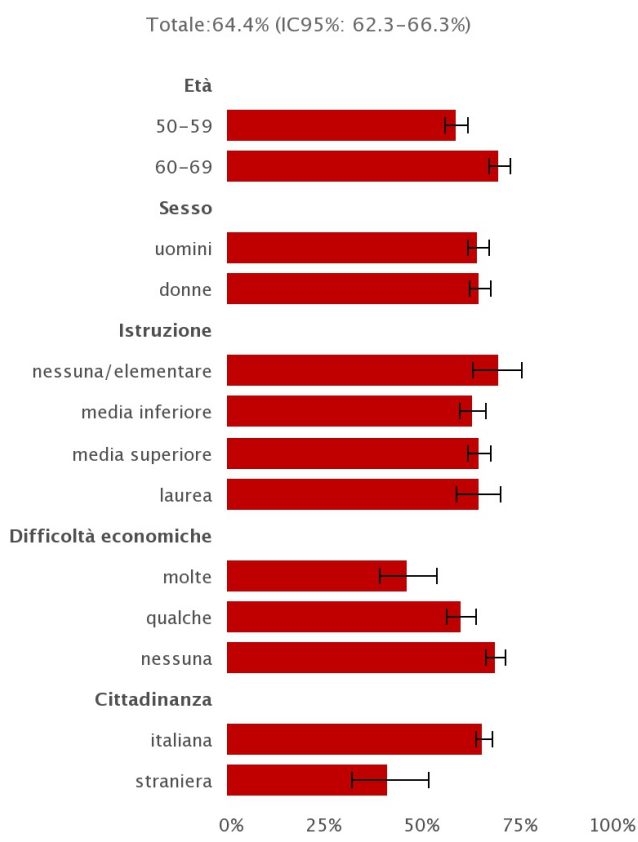
	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Copertura screening coloretale totale	70.8	68.8	72.6	46.6	46.1	47.1	
Copertura screening coloretale organizzato	65.0	63.0	67.0	38.5	38.0	39.0	
Copertura screening coloretale spontaneo	5.5	4.6	6.5	7.5	7.2	7.8	
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	64.4	62.3	66.3	40.4	39.9	40.9	
Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni	19.3	17.7	21.0	14.4	14.0	14.7	

Nel quadriennio 2015-2018 in FVG il 71% degli intervistati di età compresa tra 50 e 69 anni ha riferito di aver effettuato uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni), valore al di sopra di quello medio nazionale (47%) e con un trend temporale in crescita. Il 65% ha aderito a programmi organizzati di screening, mentre circa il 5% ha aderito allo screening per iniziativa individuale, sostenendo i costi in maniera parziale o totale.

Il 64% dei soggetti intervistati di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito negli ultimi due anni la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, in assenza di segni o sintomi di malattia. L'adesione a questo tipo di test è risultata maggiore nei soggetti con basso titolo di studio, senza rilevanti difficoltà economiche, di cittadinanza italiana, di età compresa nella fascia 60-69 rispetto a quella 50-59.

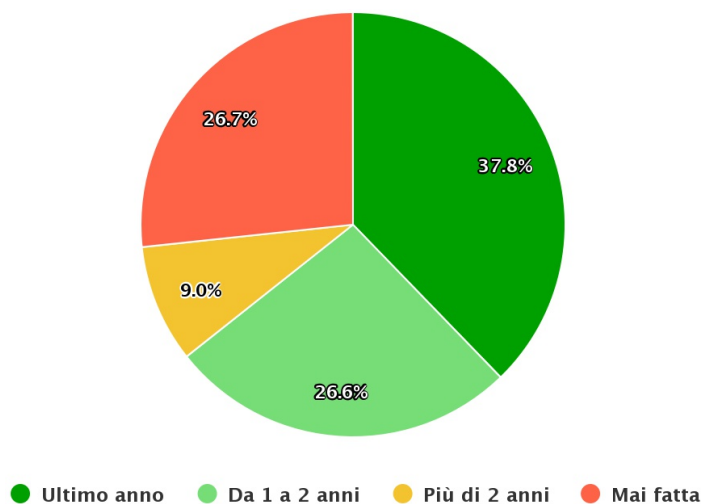
Il 19% ha riferito di aver effettuato negli ultimi cinque anni una colonscopia a scopo preventivo. L'adesione anche in questo caso è risultata più elevata nei soggetti di cittadinanza italiana e di età compresa nella fascia 60-69 rispetto a quella 50-59. È più frequente che a questo esame si sottopongano gli uomini rispetto alle donne.

Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni in FVG per caratteristiche socio-demografiche, 2015-2018.



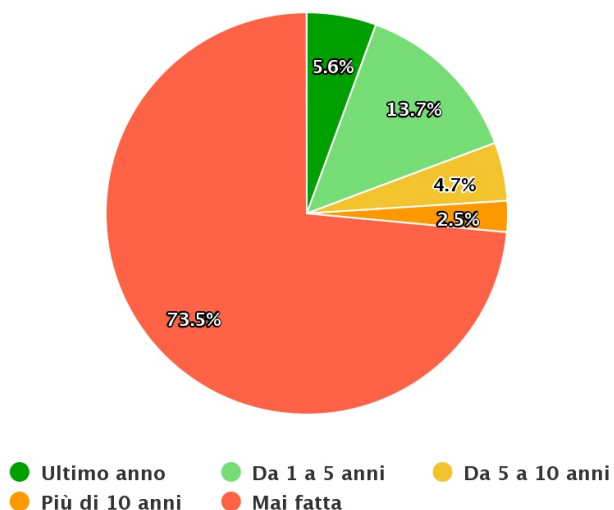
Dei soggetti intervistati, il 38% dei ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di ricerca del sangue occulto nelle feci nell'anno precedente all'intervista, il 27% da 1 a 2 anni prima , il 9% più di 2 anni prima. Il 27% ha dichiarato di non aver mai eseguito tale test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Periodicità di esecuzione della sangue occulto in FVG, 2015-2018.



Relativamente all'ultima colonscopia eseguita, il 6% ha riferito di averla effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 14% da 1 a 5 anni prima, circa il 7% oltre 5 anni prima. Il 74% degli intervistati di età compresa tra i 50 e 69 anni non ha mai eseguito il test di screening tramite colonscopia.

Periodicità di esecuzione della colonscopia in FVG, 2015-2018.



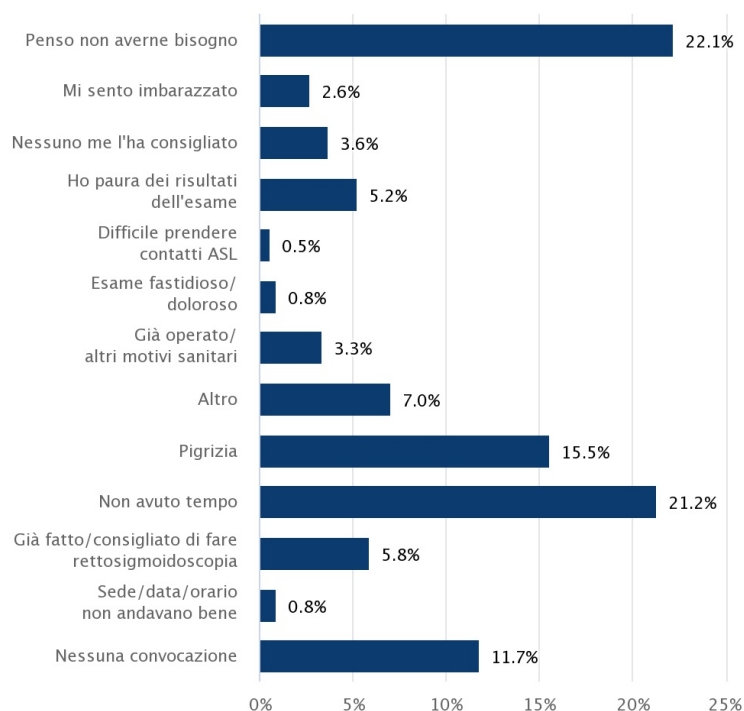
In FVG durante il quadriennio considerato, l'88% dei soggetti intervistati di età 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito per l'esecuzione del test di ricerca del sangue nelle feci da parte dell'azienda sanitaria, il 44% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di eseguire con periodicità tale test, e il 58% di aver visto o sentito una campagna informativa sul tema.

Il 28% ha riferito di essere stato raggiunto da tutti e tre gli interventi di promozione considerati (lettera, consiglio o campagna), il 41% da due interventi, il 24% da uno, mentre il 6% non è stato raggiunto da nessun intervento di promozione.

La lettera di invito risulta essere l'intervento che attuato singolarmente ha la maggiore efficacia (62% contro il 15% della sola campagna informativa e il 43% del solo consiglio da parte di un operatore sanitario), ancora superiore se associata agli altri due interventi.

Il 94% dei soggetti che non hanno ricevuto un intervento di promozione non ha effettuato l'esame di screening nei tempi raccomandati, mentre solo 1 persona su 4 di coloro raggiunti da tutti e tre gli interventi non hanno eseguito poi lo screening.

Motivo della non effettuazione dello screening colrettale in FVG, 2015-2018

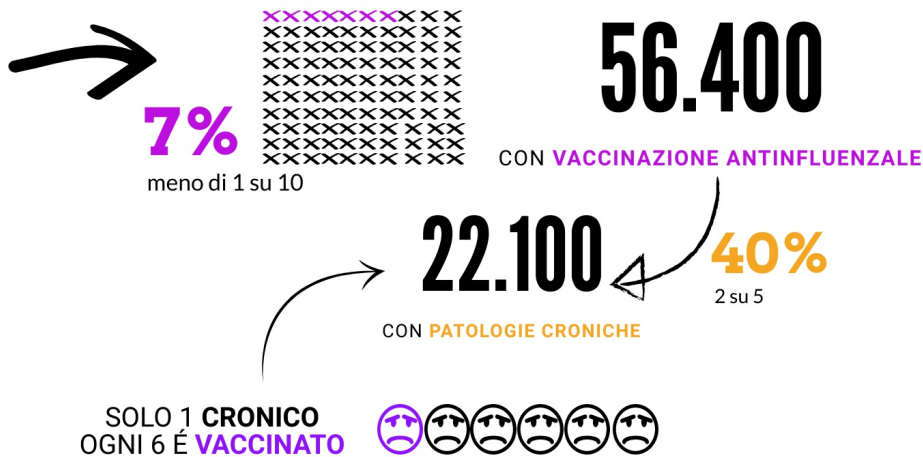


Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato il test del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (22%), il fatto di non aver tempo o voglia (21% e 16%) e il fatto di non aver ricevuto una convocazione da parte dell'azienda sanitaria (12%). Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro colon-rettale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

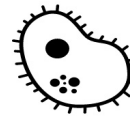
VACCINAZIONE ANTINFULUENZALE



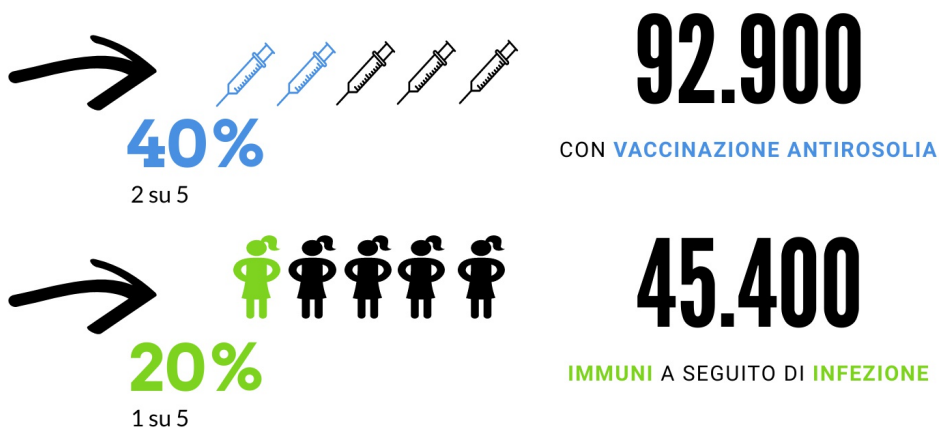
806.700 PERSONE DI 18-69 ANNI



VACCINAZIONE ANTIROSOLIA



228.200 DONNE DI 18-49 ANNI



powered by



Utilizzo di PASSI per la valutazione del Piano Regionale di Prevenzione

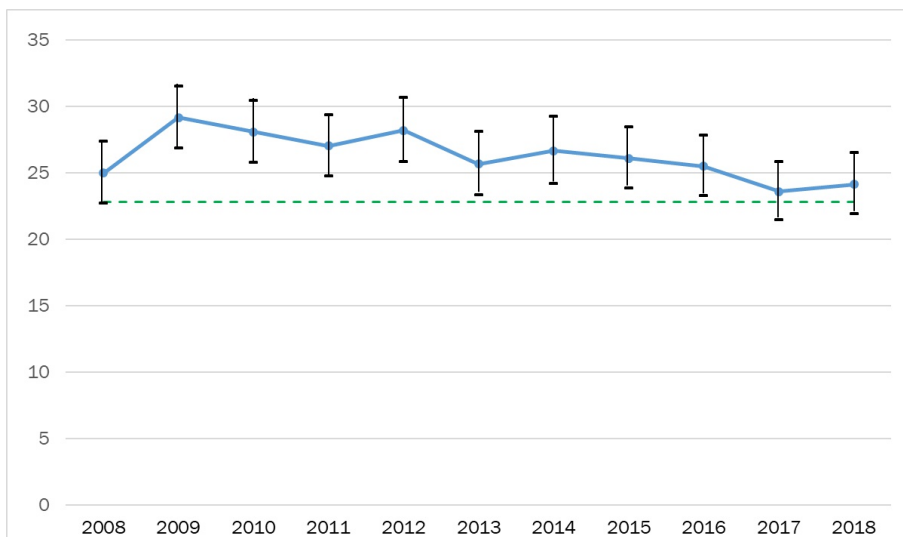
La sorveglianza PASSI dal 2007 indaga le condizioni di salute e la diffusione delle azioni di prevenzione nella popolazione adulta (da 18 a 69 anni di età). PASSI può quindi contribuire alla valutazione del Piano Nazionale prevenzione (PNP) ma anche a quella dei Piani Regionali (PRP) declinati per concretizzare le attese del PNP 2014-2018. In particolare da PASSI provengono 16 indicatori che contribuiscono a monitorare 11 obiettivi del PNP appartenenti a 4 dei suoi 10 Macro Obiettivi, ovvero :

- prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT);
- prevenzione degli incidenti stradali;
- prevenzione degli incidenti domestici;
- prevenzione delle malattie infettive.

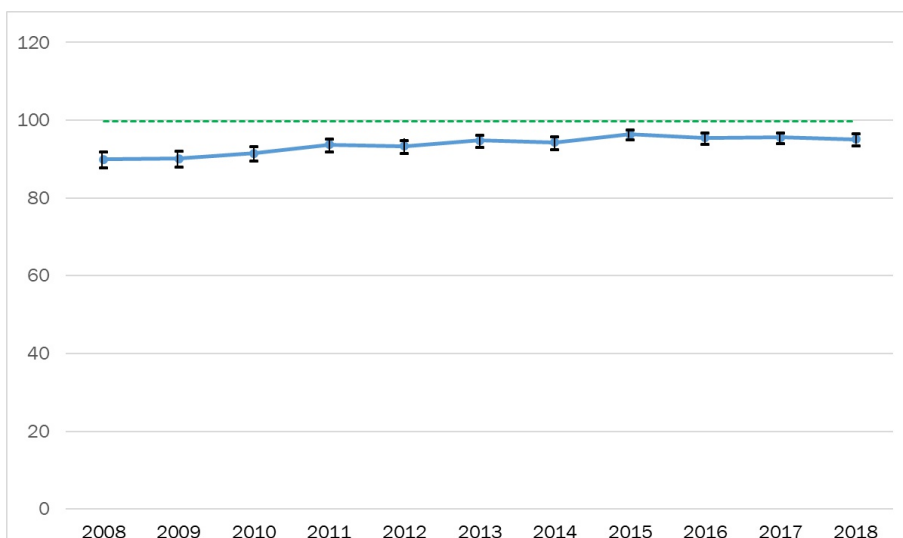
Il capitolo organizza e commenta in maniera sistematica gli aggiornamenti 2018 degli indicatori PASSI scelti per la valutazione del PRP.

M.O.1 Ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

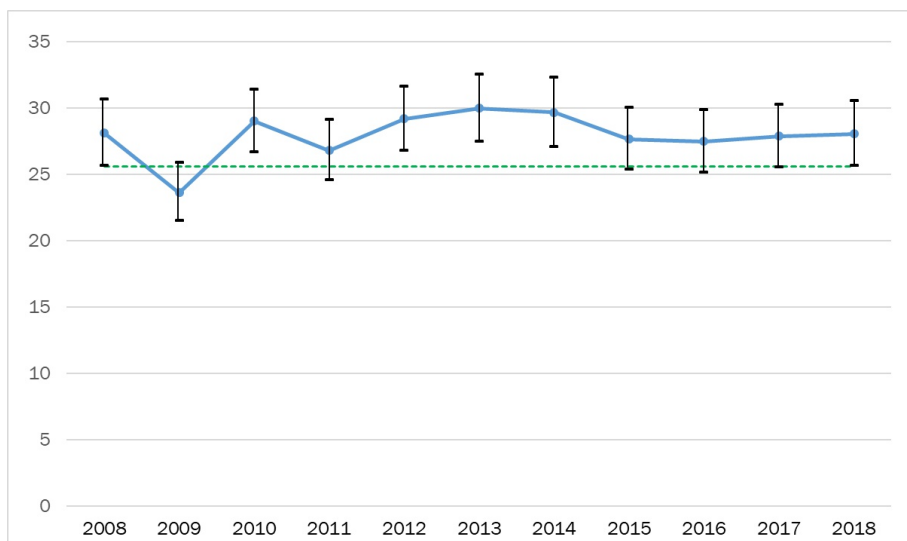
Indicatore 1.4.1 - Fumatori



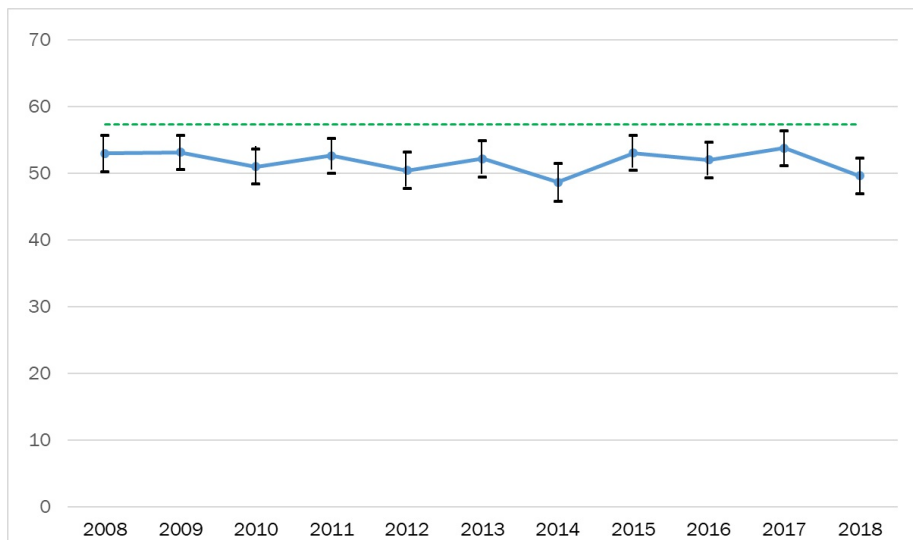
Indicatore 1.5.1 - Persone che riferiscono il rispetto del divieto di fumare nel proprio ambiente di lavoro



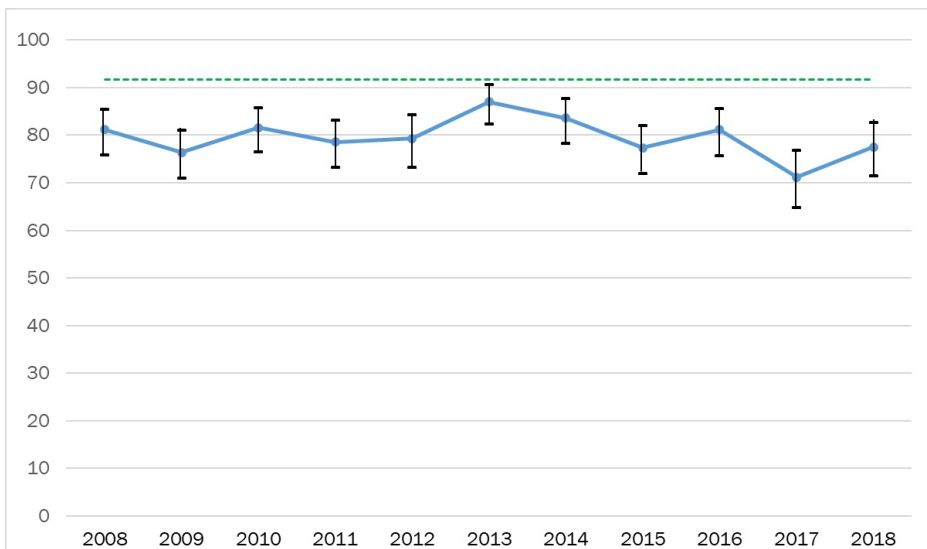
Indicatore 1.6.1 - Consumatori di alcool a maggior rischio



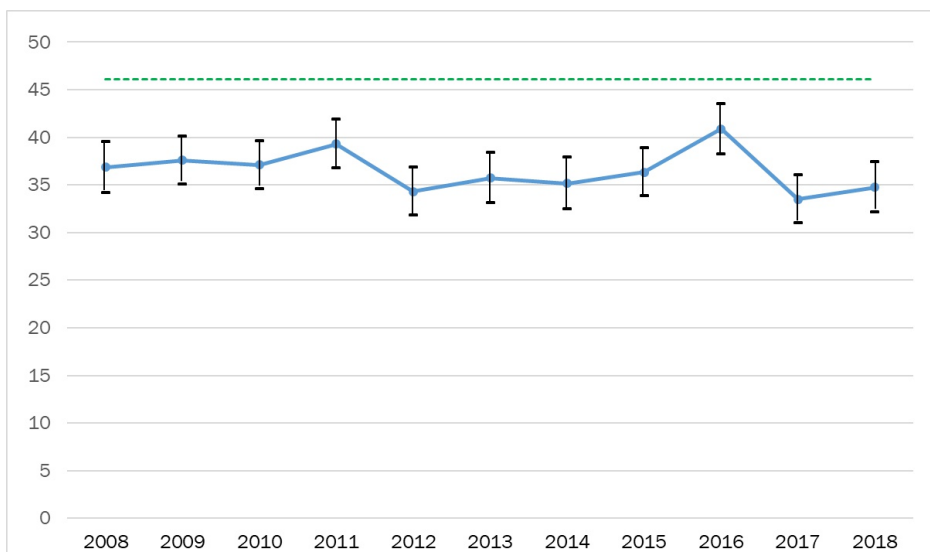
Indicatore 1.7.1 - Persone che consumano almeno 3 dosi giornaliere di frutta e verdura



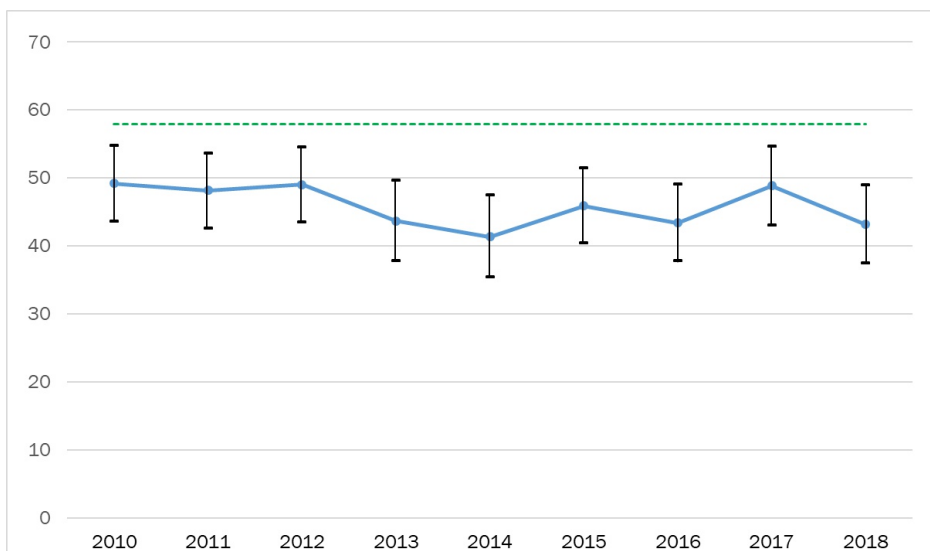
Indicatore 1.8.1 - Ipersesi che ricevono il consiglio di ridurre il sale nel cibo



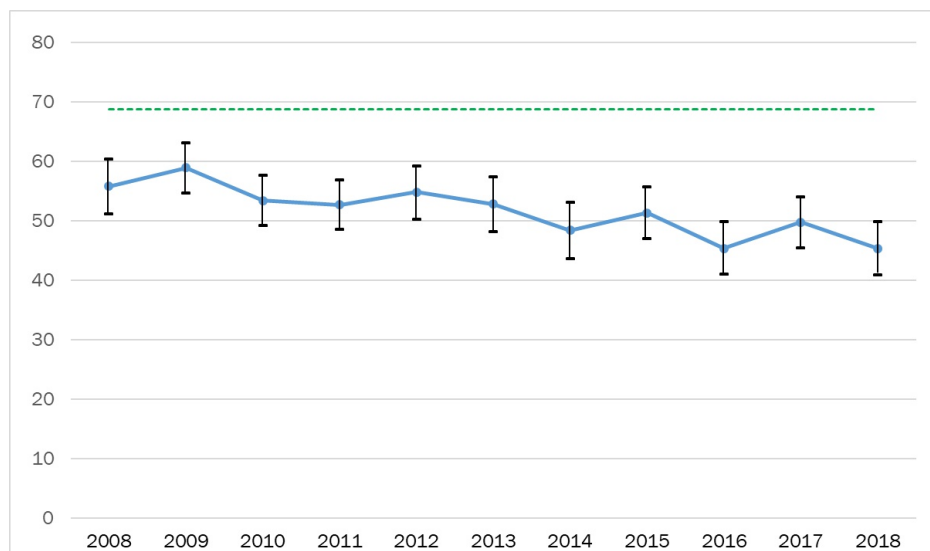
Indicatore 1.9.1 - Persone fisicamente attive



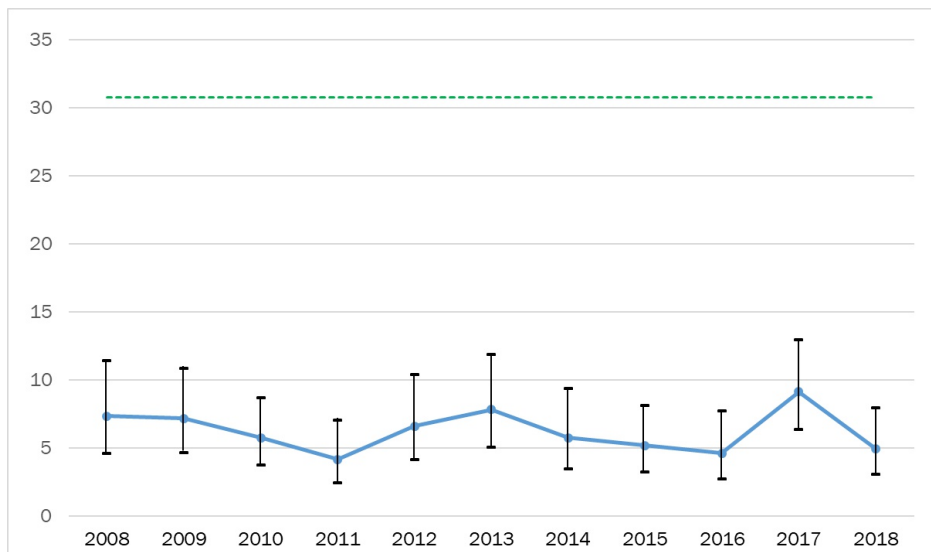
Indicatore 1.10.3 - Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere



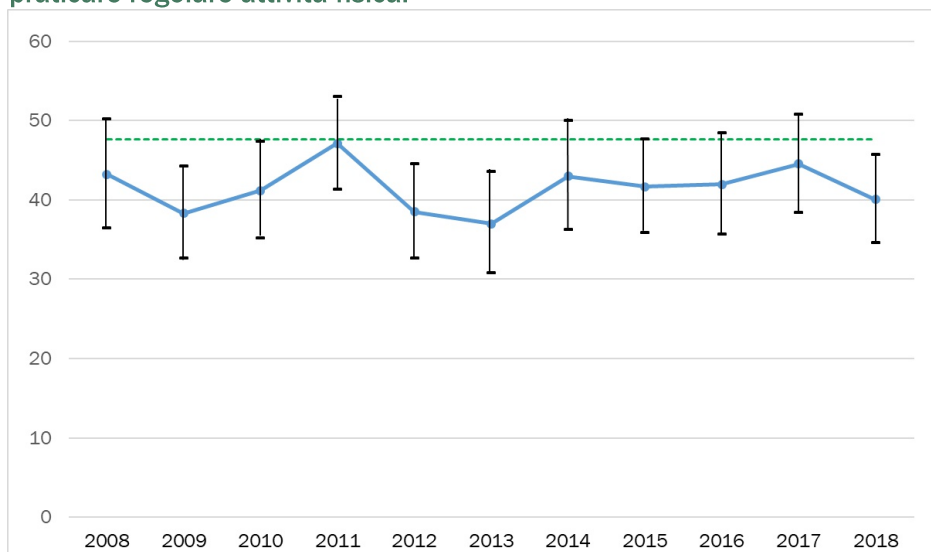
Indicatore 1.10.4 - Consiglio di un medico/operatore sanitario di perdere peso a persone in eccesso ponderale



Indicatore 1.10.5 - Consiglio di un medico/operatore sanitario di ridurre il consumo di alcool alle persone con consumo a rischio.



Indicatore 1.10.6 - Persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica.



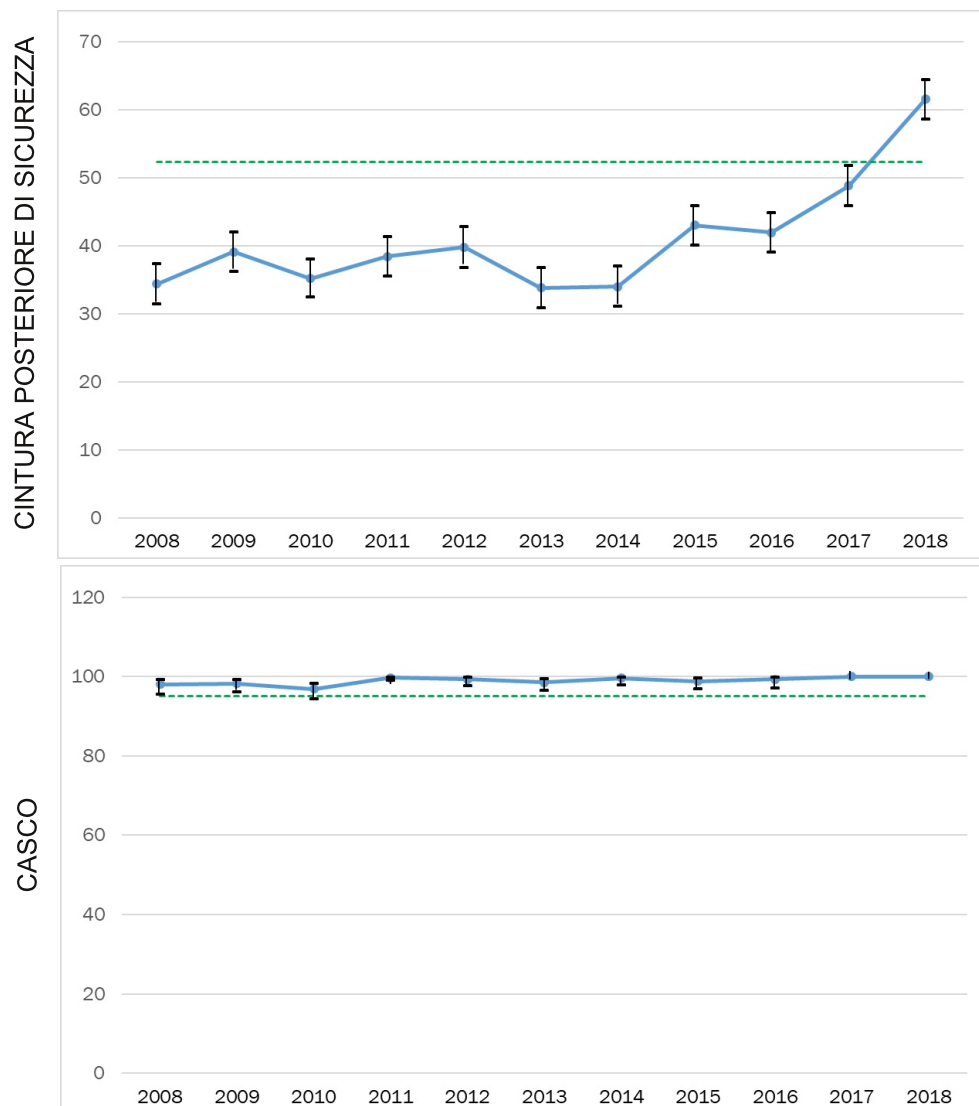
Indicatori MO1 - Risultati attesi del PRP e ottenuti in FVG nell'anno 2018.

M.O. 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili		Atteso 2018 PRP	FVG 2018
1.4.1	Fumatori	22.8	24.2
1.5.1	Persone che riferiscono il rispetto del divieto di fumare nel proprio ambiente di lavoro	99.7	95.1
1.6.1	Consumatori di alcol a maggior rischio	25.6	28.0
1.7.1	Persone che consumano almeno 3 dosi giornaliere di frutta e verdura	57.3	49.6
1.8.1	Ipertesi che ricevono il consiglio di ridurre il sale nel cibo	91.6	77.5
1.9.1	Persone fisicamente attive	46.1	34.8
1.10.3	Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere	57.9	43.2
1.10.4	Consiglio di un medico o di un operatore sanitario di perdere peso a persone in eccesso ponderale	68.7	45.4
1.10.5	Consiglio di un medico di ridurre il consumo di alcol alle persone con consumo a maggior rischio	30.8	4.9
1.10.6	Persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	47.6	40.0

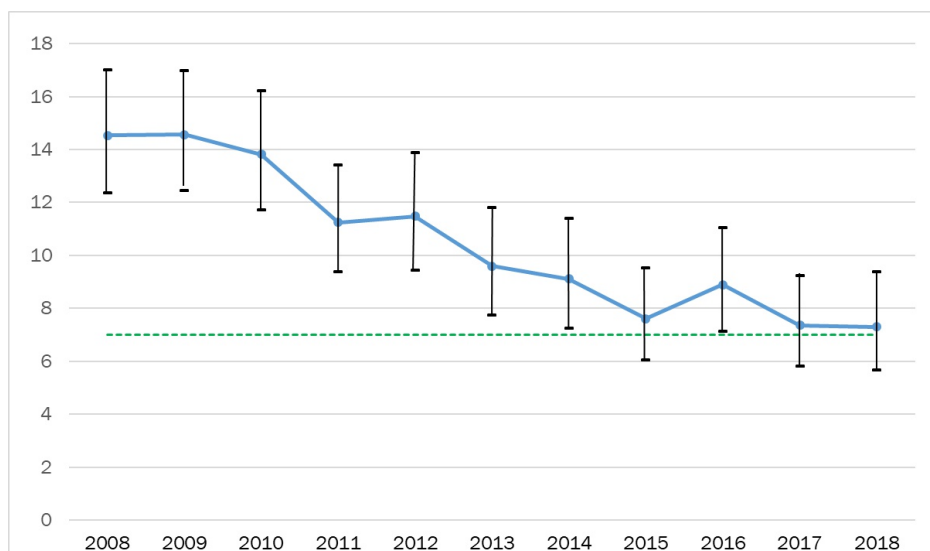
A fine 2018 non sono stati raggiunti gli obiettivi previsti per gli indicatori per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili (M.O.1): per il consumo di alcol a rischio, il consumo di almeno 3 dosi giornaliere di frutta e verdura e l'attività fisica il dato è pressoché stabile negli anni, mentre si è registrato un trend in miglioramento per gli indicatori sul numero di fumatori e sul rispetto del divieto al fumo nei luoghi di lavoro. Nonostante sia dimostrato che anche il solo chiedere ed informarsi sulle abitudini di vita del paziente possa indurre la persona a modificare spontaneamente il proprio stile di vita, in regione l'attività di promozione della salute tramite counselling o messaggi anche brevissimi rimane ad oggi insoddisfacente.

M.0.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

Indicatore 5.3.1 - Persone che utilizzano sempre dispositivi di sicurezza



Indicatore 5.3.2 - Guida sotto l'effetto di alcool



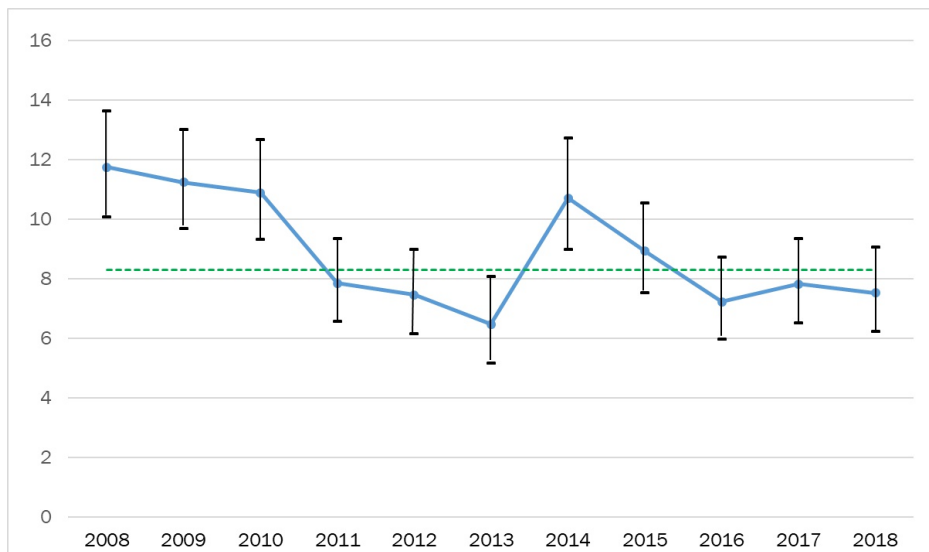
Indicatori M05 - Risultati attesi del PRP e ottenuti in FVG nell'anno 2018.

M.O. 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti		Atteso 2018 PRP	FVG 2018
5.3.1	Persone che usano sempre la cintura posteriore di sicurezza	52.4	61.6
	Persone che usano sempre il casco	95.0	100
5.3.2	Guida sotto l'effetto dell'alcol	7.0	7.3

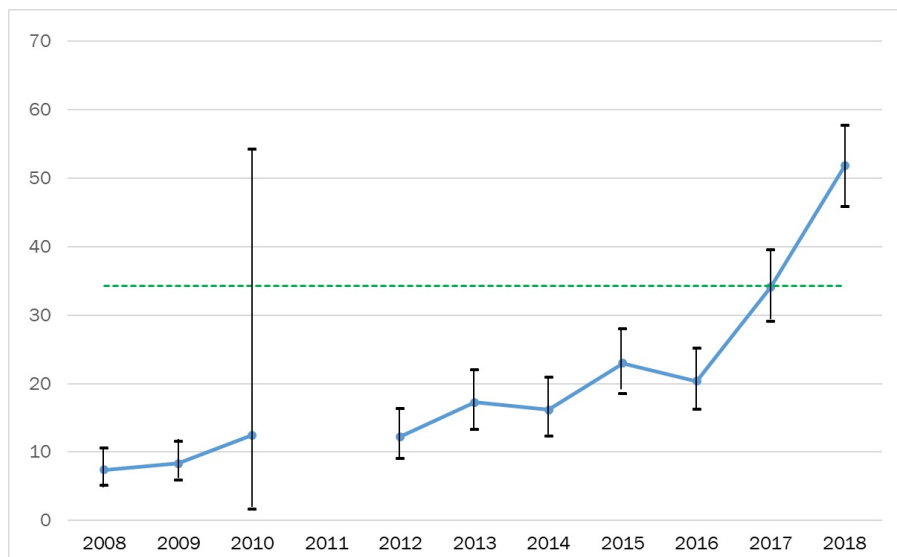
Per quanto riguarda gli obiettivi per prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti (M.O.5), l'utilizzo di dispositivi di sicurezza risulta in continuo miglioramento sia per quanto riguarda la cintura posteriore di sicurezza che l'uso del casco. Similmente, l'indicatore di guida sotto gli effetti dell'alcol sta seguendo un trend in diminuzione. Questi risultati sono probabilmente ascrivibili all'associazione di interventi mirati di promozione della salute e le norme legislative del Codice della Strada con conseguenti controlli delle Forze dell'Ordine.

M.O.6 Prevenire gli incidenti domestici

Indicatore 6.3.2 - Percezione alta/molto alta della possibilità di subire infortuni domestici



Indicatore 6.4.1 - Ricevuto informazioni da operatori sanitari (tra coloro che hanno ricevuto informazioni)



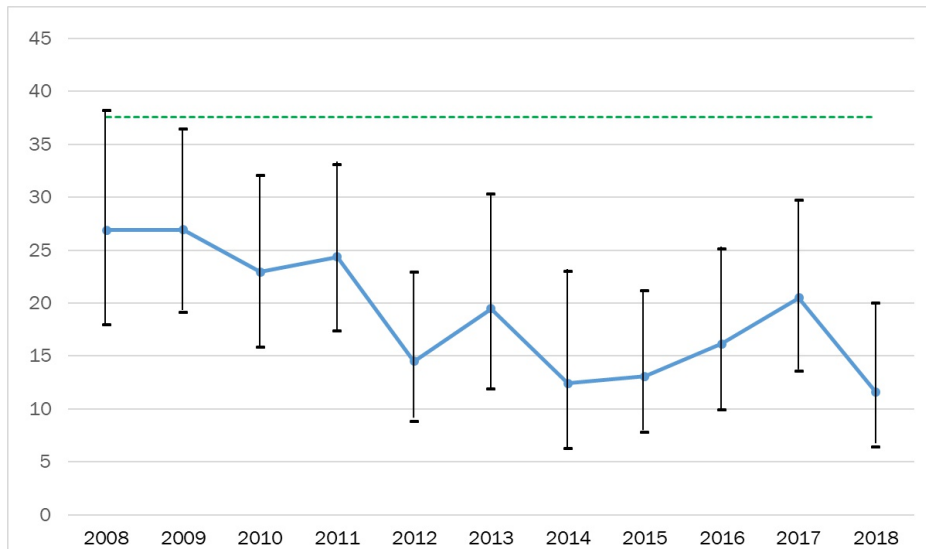
Indicatori MO6 - Risultati attesi del PRP e ottenuti in FVG nell'anno 2018.

M.O. 6 Prevenire gli incidenti domestici		Atteso 2018 PRP	FVG 2018
6.3.2	Percezione alta/molto alta della possibilità di subire infortuni domestici	8.3	7.5
6.4.1	Ricevuto informazioni da operatori sanitari (tra coloro che hanno ricevuto informazioni)	34.3	51.8

Per l'obiettivo di prevenzione degli incidenti domestici (M.O.6), l'indicatore di percezione del rischio di subire infortuni nell'abitazione rimane ancora bassa nella popolazione, anche se negli anni il numero di persone che ha ricevuto informazioni sull'argomento da parte dagli operatori sanitari è aumentato, indice di una maggiore sensibilità al tema.

M.O.9 Ridurre le frequenze di infezioni/malattie infettive prioritarie

Indicatore 9.7.1 - Copertura vaccinale antiinfluenzale in specifici gruppi a rischio per patologia



Indicatori M09 - Risultati attesi del PRP e ottenuti in FVG nell'anno 2018.

M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie		Atteso 2018 PRP	FVG 2018
9.7.1	Copertura vaccinale antiinfluenzale in specifici gruppi a rischio per patologia	37.6	11.6

In regione la percentuale di soggetti con patologie croniche vaccinata per influenza (M.O.9) è ancora molto inferiore rispetto all'obiettivo regionale previsto, ma soprattutto rispetto al target del 75% individuato dall'OMS.

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare a:

- i coordinatori aziendali: Daniela Germano, Matteo Bovenzi (ASUITS), Rosella Malaroda (AAS2), Andrea Iob, Paolo Collarile (AAS3), Tolinda Gallo, Margherita Zanini (ASUIUD), Luisa De Carlo, Jessica Sorentini (AAS5).
- Simonetta Degano URP, CUP Regionale e Supporto ai Programmi Regionali di Screening dell'ARCS
- Gli operatori del Call Center regionale per le interviste effettuate.
- Le persone intervistate, che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.
- I Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

