SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

PASSI

Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di sorveglianza PASSI

10 anni di PASSI
Rapporto aziendale 2013-2016
ASL Roma 1

CNESPS

CCM
Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Il sistema di sorveglianza su

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

(P A S S I)

Dieci anni di PASSI: dall'ascolto dei cittadini alle azioni di prevenzione

RAPPORTO AZIENDALE 2013-2016

ASL Roma 1

Rapporto elaborato da:

Dr. Roberto Boggi

Coordinatore Aziendale PASSI, Responsabile UOS Prevenzione Malattie Cronico Degenerative

In collaborazione con i componenti del gruppo aziendale PASSI:

Dr. Enrico Di Rosa

Dr. Alessio Pendenza

Dr.ssa Anna Bisti

Dr.ssa Maria Alessandra Brandimarte

Dr. Massimo Napoli

Dr.ssa Adelaide Landi

Dr.ssa M. Nappi

Dr.ssa A. De Marchis

Si ringraziano:

- **Il Direttore Generale e il Direttore Sanitario della ASL Roma 1 per il sostegno decisionale al Sistema di Sorveglianza PASSI.**
- **I Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.**
- **Il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e il Coordinamento Regionale PASSI Lazio per il continuo supporto.**
- **Tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.**

Per approfondimenti sui temi indagati, procedure e metodi, pubblicazioni nazionali, regionali e di ASL, network, aggiornamenti e altro consultare il sito **www.epicentro.iss.it/passi**

INDICE

Prefazione 7

Descrizione del campione della ASL Roma 1 9

Guadagnare salute 11

Attività fisica 12

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura 15

Consumo di alcol – Alcol e guida 19

Abitudine al fumo – Fumo passivo 24

Indicatori per l'azione 28

Rischio cardiovascolare 29

Ipertensione arteriosa 31

Ipercolesterolemia 34

Carta e punteggio del rischio cardiovascolare 37

Benessere

Percezione dello stato di salute 40

Sintomi di depressione 42

Programmi di prevenzione: screening oncologici 44

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero 45

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella 49

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto 53

Altri programmi di prevenzione

Vaccinazione antinfluenzale 58

Nel gennaio 2016 è nata, dalla fusione tra la ASL Roma A e la ASL Roma E, la nuova ASL Roma 1. Tale accorpamento non si configura come una mera crescita dimensionale, ma implica la costruzione di una nuova identità per un'Azienda chiamata ad essere punto di riferimento per i bisogni di salute di oltre un milione di persone residenti o comunque presenti a qualsiasi titolo nel suo ambito territoriale.

In tale contesto, la funzione di governance del sistema salute, nonché il ruolo di advocacy che lo stesso è chiamato a svolgere per favorire lo sviluppo di politiche intersettoriali, è sempre più. dipendente da nuovi e specifici bisogni conoscitivi, quali quelli colmabili attraverso i vari sistemi di sorveglianza (OKkio, PASSI, HBSC, Passi d'Argento).

Avviata nel 2007, la sorveglianza PASSI consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica. Obiettivo di tale progetto è costruire una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati.

A 10 anni dal suo avvio, PASSI si è dimostrato un sistema valido, in grado di fornire stime tempestive dei fenomeni indagati, sia a livello nazionale che di regione o di ASL.
Conseguentemente, con il DPCM del 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza), è stata introdotta la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dell'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, mentre con il DPCM del 3 marzo 2017 (Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie) è stata inserita la sorveglianza PASSI fra quelle a rilevanza nazionale.

Quello qui presentato è il primo report PASSI completo della ASL Roma 1 e vuole essere la fotografia della popolazione residente, con le sue abitudini e stili di vita, fattori di rischio comportamentali, nonché degli interventi di prevenzione avviati. La continuità nella rilevazione dei dati consente di aggiungere la dimensione temporale all'indagine e quindi di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili (linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili in concomitanza con interventi di sanità pubblica, applicazione di normative, eventi naturali, ecc).

Trattandosi di una sorveglianza continua, assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni: è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, con una regolare e assidua manutenzione quale è stata garantita finora, prima nelle due ex Aziende ASL Roma A e ASL Roma E, e adesso nella ASL Roma 1.
E' pertanto doveroso cogliere questa occasione per ringraziare tutti i componenti del gruppo aziendale PASSI per le attività di raccolta e diffusione dei dati e per aver reso possibile l'ascolto e il dialogo con il cittadino, rafforzandone il legame con il servizio sanitario

Il Direttore Sanitario
Dr. Mauro Goletti

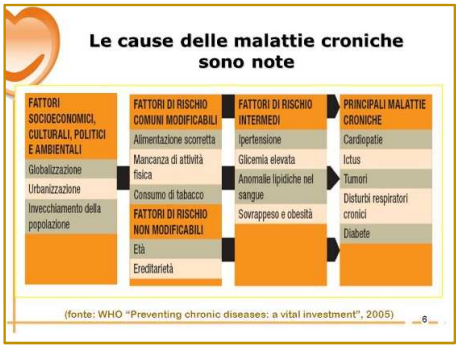
PREFAZIONE

Le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) sono responsabili di una parte preponderante di decessi, morti premature e disabilità, interessando soprattutto i Paesi a basso e medio reddito e, all'interno di ogni Paese, le persone in posizione di disagio socio-economico.
Oltre a un alto tasso di mortalità, le malattie croniche non trasmissibili possono essere particolarmente invalidanti, e sono causa di gran parte del carico di lavoro e dei costi dei servizi sanitari, mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Europa presenta il più alto carico di malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale: due gruppi di malattie, le patologie cardiovascolari e i tumori, causano infatti quasi il 75% della mortalità; queste ultime, inoltre, associate alle malattie mentali, determinano più della metà del carico di malattia misurato in DALY's (Disability Adjusted Life Year = somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in condizioni di disabilità).
La lotta alle malattie croniche rappresenta, quindi, una priorità di salute pubblica. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera intersettoriale e integrata per rimuoverne le cause.
Gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle MCNT. Infatti più della metà di esse è attribuibile a 4 fattori di rischio comportamentali modificabili:

1. la dieta (tra cui lo scarso consumo di frutta e verdura),
2. il fumo,
3. l'inattività fisica,
4. il consumo "a maggior rischio" di alcol,

e alle seguenti condizioni (fattori di rischio intermedi) spesso correlate a tali comportamenti:

5. ipertensione,
6. ipercolesterolemia,
7. obesità.



Intervenendo su tali fattori può essere ridotta, pertanto, sia la mortalità prematura, che la disabilità con conseguente aumento degli anni di vita e della loro qualità.

E' per questo che l'OMS ha elaborato un Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 che fornisce a tutti gli Stati Membri indicazioni in merito alle azioni da intraprendere per il raggiungimento di 9 obiettivi di salute, incluso quello della riduzione del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025.
In Italia, l'obiettivo prioritario dell'OMS di ridurre il carico di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili è declinato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e nella strategia di "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari", un programma governativo intersettoriale approvato con DPCM 04.05.2007 ed attualmente in vigore. Le strategie delineate nel Piano Nazionale della Prevenzione sono fatte proprie dai Piani Regionali della Prevenzione e vengono poi adattate alle realtà locali dalle singole Aziende Sanitarie, con specifici programmi.
Al raggiungimento di tale obiettivo contribuiscono anche i programmi finalizzati alla riduzione degli incidenti domestici, stradali e lavorativi, e delle malattie professionali nonché la promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze).

Nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione, la sorveglianza sanitaria riveste un ruolo fondamentale come fonte di informazioni che servono a supportare la programmazione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.
I sistemi di sorveglianza rivestono dunque un ruolo importantissimo per identificare le esigenze di salute della popolazione misurando sia l'esposizione ai fattori di rischio, sia l'efficacia delle misure preventive messe in atto dalle singole Aziende Sanitarie, analizzando, contemporaneamente, gli aspetti relativi alle disuguaglianze sociali che hanno molta influenza sulla salute.
In molte Regioni italiane, tra cui il Lazio, sono attivi i seguenti sistemi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione per le diverse fasce di età:

1. OKkio alla salute (8-9 anni)
2. Health Behaviour School-aged Children-HBSC (11-13-15 anni)
3. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia-PASSI (18-69 anni)
4. PASSI d'Argento (oltre i 65 anni)

In particolare PASSI, al quale collaborano tutte le Regioni e le Province Autonome tramite le Aziende ULSS, rileva informazioni riguardanti:

- comportamenti che costituiscono un rischio per la salute: fumare, essere sedentari, seguire una dieta povera di frutta e verdura, consumare alcol, ecc.,
- comportamenti preventivi, quali ad esempio l'adesione agli screening per la diagnosi precoce dei tumori, ma anche l'adozione di misure di sicurezza alla guida o in ambienti di vita e lavoro,
- condizioni quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia o diabete, che rappresentano fattori di rischio cardiovascolare e sono fortemente correlati ai comportamenti indagati,
- esistenza di malattie acute o croniche, ad esempio aver avuto un infarto del miocardio o un accidente cerebrovascolare,
- caratteristiche socio-demografiche, che rappresentano altrettanti determinanti di salute, come l'età, il sesso, il titolo di studio, la cittadinanza, la condizione economica e lavorativa,
- atteggiamenti e percezioni, come ad esempio quelli relativi allo stato di benessere fisico e psicologico.

La popolazione oggetto della sorveglianza PASSI è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni, iscritte nell'anagrafe sanitaria delle varie ULSS. Per la selezione di un campione rappresentativo da un punto di vista statistico della popolazione in esame è stato scelto il campionamento stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69). Tutte le persone selezionate sono preventivamente avvisate, così come i loro Medici di Medicina Generale, tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza.
Personale delle ULSS, specificamente formato, effettua le interviste telefoniche utilizzando un questionario standardizzato e validato e i dati delle interviste, raccolti rispettando le normative sulla privacy, vengono inviati, in maniera anonima, all'Istituto Superiore di Sanità-Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, che restituisce le informazioni ai Coordinatori aziendali. Dato che il campione selezionato è rappresentativo della popolazione residente da un punto di vista statistico, gli stessi coordinatori stendono rapporti e/o schede tematiche specifiche per argomento, per la propria Azienda Sanitaria.

Tutti gli elaborati prodotti dalle ULSS, dalle Regioni e a livello nazionale sono pubblicati sul sito dell'ISS www.epicentro.iss.it.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE DELLA ASL ROMA 1

La "nuova" ASL ROMA 1 è nata, nel gennaio 2016, dall'unione delle due ex ASL RM A ed RM E. La nascita della nuova azienda non si configura come una mera crescita dimensionale ma richiede la costruzione di una nuova identità per una azienda chiamata a esser il punto di riferimento per una gran parte dei cittadini residenti nel territorio romano.
In entrambe le ex Aziende RM A ed RM E, la sorveglianza PASSI è stata avviata alla fine del 2007, preceduta dalla formazione degli operatori deputati ad effettuare le interviste.
Nel periodo 2013-2016, la popolazione in studio di residenti nell'ASL Roma 1 era costituita complessivamente da più di un milione di persone, di cui circa 710.200 nella fascia di età 18-69 anni.
Nel periodo indicato sono state intervistate, nell'ambito della Sorveglianza PASSI, 2.192 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate dall'anagrafe sanitaria con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età.
La distribuzione per sesso e classe di età del campione, confrontata con la popolazione residente nella stessa ASL, è risultata molto simile, garantendo una buona rappresentatività del campione.

Indicatori di monitoraggio

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati nella media dei 4 anni, il tasso di risposta[1] è risultato del 90%, il tasso di sostituzione[2] dell'11% e il tasso di rifiuto[3] del 4%.

1 Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)
2 Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)
3 Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)
4 "Non eleggibile" = persona inserita nel diario dell'intervistatore ma poi esclusa dal campione per i motivi previsti dal protocollo (residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza lingua italiana, grave disabilità, con età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni)

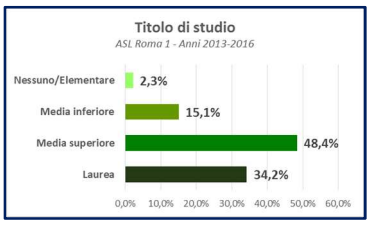
Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati della ASL Roma 1

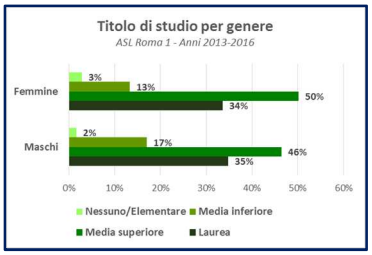
Nel quadriennio 2013-2016, il campione di 2.192 persone intervistate nella ASL Roma 1 è composto, in maniera sovrapponibile, per il 52,9% da donne e per il 47,1% da uomini.
Il campione è, inoltre, costituito per:

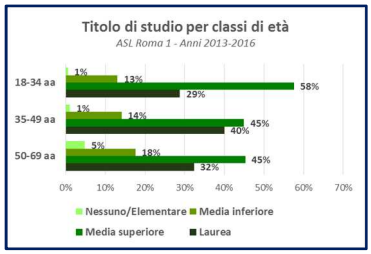
- il 24,7% da persone di 18-34 anni,
- il 36,5% da persone di 35-49 anni,
- il 38,8% da persone di 50-69 anni.

La distribuzione per sesso e classi di età del campione risulta sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Il titolo di studio



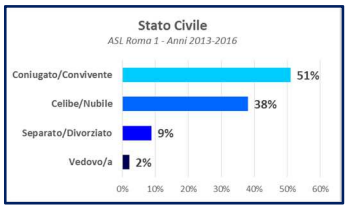




Nel territorio della ASL Roma 1, il 2,3% del campione non possiede alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 15,1% la licenza media inferiore, il 48,4% la licenza media superiore e il 34,2% è laureato o ha un diploma universitario.
Il 2,9% delle donne non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare e il 33,6% ha la laurea o un diploma universitario, mentre l'1,7% degli uomini non possiede alcun titolo o ha la licenza elementare e il 34,9% ha la laurea/diploma universitario.
Complessivamente il grado di istruzione basso (nessuno/elementare e scuola media inferiore) e alto (scuola media superiore e laurea) raggiungono percentuali simili nei due sessi (basso: 18,7% negli uomini e 16,2% nelle

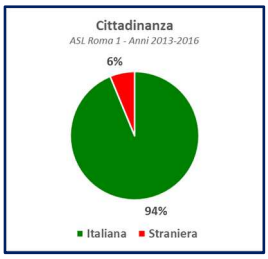
donne; alto 81,3% e 83,8% rispettivamente).
L'istruzione è fortemente età-dipendente: le classi di età 50-69 anni mostrano un livello di istruzione inferiore rispetto ai più giovani (il 22,3% vs il 13,6% dei 18-34 aa e il 15,0% dei 35-49 aa).

Lo stato civile



Nel territorio della ASL Roma 1 il 51,0% del campione è rappresentato dai coniugati/conviventi, il 38,0% da celibi/nubili, l'8,8% da separati/divorziati ed il 2,2% da vedovi/vedove.

La cittadinanza



Il protocollo del Sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano.
PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.
Nel campione intervistato nel territorio della ASL Roma 1 il 6,2% degli intervistati ha cittadinanza straniera.
Gli stranieri sono più rappresentati nella classe di età 35-49 (8,1%) e nel sesso femminile (7,4% vs 4,9%).

La situazione lavorativa

Nel territorio della ASL Roma 1, il 67,9% degli intervistati nella fascia d'età 18-65 anni riferisce di lavorare regolarmente, il restante 32,1% di non lavorare.
Le donne sono risultate meno "occupate" rispetto agli uomini (39,1% contro 24,6%).
Gli intervistati della classe di età 35-49 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità (84,2% contro il 49,7% dei 18-34enni e il 64,0% dei 50-65enni).

Le condizioni economiche

Nel territorio della ASL Roma 1, il 52,8% del campione riferisce di non avere alcuna difficoltà economica, il 37,1% di avere qualche difficoltà e il 10,2% molte difficoltà economiche ad arrivare a fine mese con le proprie risorse finanziarie.
Complessivamente le donne dichiarano di avere maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (11,2% contro 9,1%).
Dalla distribuzione per anno delle condizioni economiche riferite dagli intervistati si nota un andamento altalenante della prevalenza di chi riferisce di avere qualche o molte difficoltà economiche.

Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del Sistema di Sorveglianza PASSI, anche a livello aziendale, 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 confronto del campione con la popolazione del territorio della ASL Roma 1 indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione aziendale.
I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili per l'analisi e l'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

I TEMI DI GUADAGNARE SALUTE: ATTIVITÀ FISICA, ALIMENTAZIONE, ALCOL, FUMO

Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative è l'idea che sta alla base del programma nazionale "Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari" approvato dal Governo con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province Autonome.

A livello internazionale Guadagnare Salute rientra nella cornice della strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche "Gaining in health" promossa dall'Oms nell'autunno del 2006 e "Action Plan Oms 2008-2013" sulle malattie non trasmissibili dove vengono definiti gli obiettivi e le azioni che devono essere implementate nell'arco di 6 anni, fissando gli indicatori di rendimento che devono guidare il lavoro dell'Oms, con particolare attenzione verso i Paesi a basso e medio reddito. L'obiettivo primario di Guadagnare Salute è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Pertanto la strategia di Guadagnare Salute, partendo dai fattori di rischio, identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol
- promozione dell'attività fisica.

Il programma si prefigge di informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, affinché ogni persona diventi responsabile della propria salute e delle proprie scelte, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui.
Per agire sui determinanti socio-economici e ambientali delle malattie croniche, per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, per consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, per assicurare un'informazione univoca e completa sono necessarie alleanze tra forze diverse e azioni sinergiche. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio Sanitario Nazionale, il programma Guadagnare Salute punta sulla collaborazione tra i vari Ministeri e sull'avvio di una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, etc.).

guadagnare salute
rendere facili le scelte salutari
www.guadagnaresalute.it

ATTIVITÀ FISICA

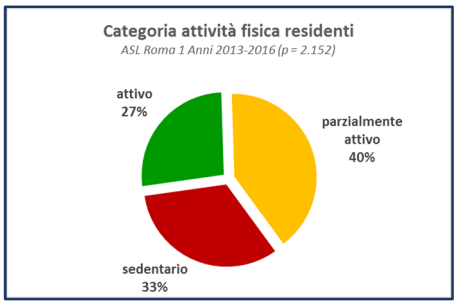
La sedentarietà è, secondo l'OMS, il quarto principale fattore di rischio di mortalità globale, provocando ogni anno 3,2 milioni di decessi. In particolare si stima che l'inattività fisica sia causa di circa il 30% delle malattie cardiache, del 27% dei casi di diabete e del 21-25% dei tumori di mammella e colon. Il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione.
L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.
Nel 2010, l'OMS ha pubblicato le "Global recommendations on Physical activity for Health" in cui definisce i livelli di attività fisica raccomandata per la salute per tre gruppi di età:

- per bambini e ragazzi (5-17 anni): almeno 60 minuti al giorno di attività moderata–vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive;
- per gli adulti (18-64 anni): almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa (o combinazioni equivalenti delle due) in sessioni di almeno 10 minuti per volta, con rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana;
- per gli anziani (dai 65 anni in poi): le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute.

Chi fosse impossibilitato a seguire pienamente le raccomandazioni deve fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.
Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo.
Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2020 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel Public Health Programme (2014-2020) propone progetti per promuovere l'attività fisica.
In Italia, sia il Piano Sanitario Nazionale sia il Piano della Prevenzione, sottolineano l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma Guadagnare Salute si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

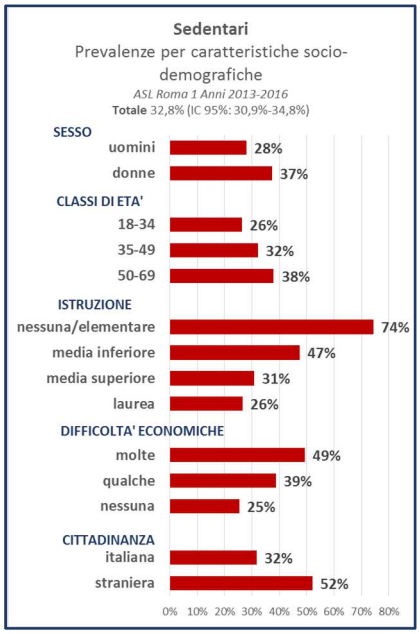
Nella ASL Roma 1, quante sono le persone attive fisicamente e quanti i sedentari?

Nel periodo 2013-2016 nella ASL Roma 1 solo il 27% delle persone intervistate riferisce di avere uno stile di vita attivo[1]: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 40% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo[2]) ed il 33% è completamente sedentario[3].



[1] *chi fa un lavoro pesante oppure aderisce alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)*
[2] *chi non fa un lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati*
[3] *chi non fa un lavoro pesante e non fa alcuna attività fisica nel tempo libero.*

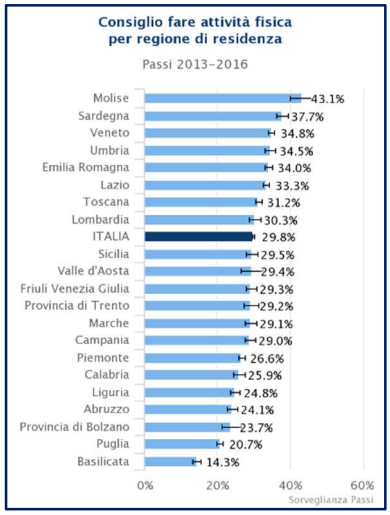
La sedentarietà cresce con l'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; inoltre è più diffusa nella popolazione di sesso femminile.



Nel Pool di ASL PASSI 2013-2016, la percentuale di sedentari è risultata del 32,5%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,8%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (71%).

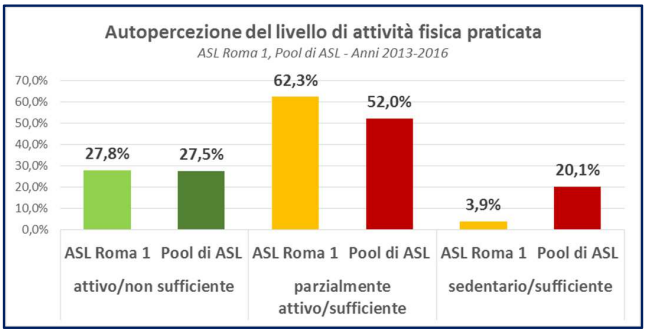
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nel territorio della ASL Roma 1, nel periodo 2013-2016, solo il 33% degli intervistati, che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi, ha riferito che un medico o altro operatore sanitario *ha consigliato* loro di svolgere regolarmente attività fisica. Tale percentuale sale al 39% per le persone in sovrappeso e al 46% per i portatori di almeno una patologia cronica.



Nel pool di ASL PASSI 2013-2016, la percentuale di intervistati a cui è stato consigliato di fare attività fisica è del 29,8%. Differenze statisticamente significative si osservano nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (14%), mentre quella significativamente più alta in Molise (43%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

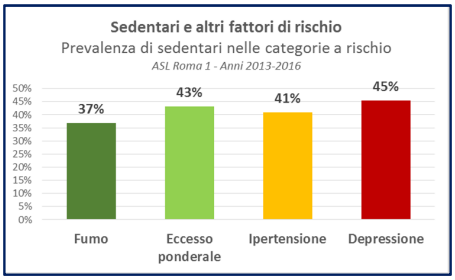


La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Non sempre, però, la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta.
Nel territorio della nostra Azienda, il 28% delle persone attive giudica la propria attività fisica non sufficiente, mentre il 62% delle persone parzialmente attive e il 4% dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
I dati aziendali differiscono in parte da quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, come illustrato in tabella.

Stile di vita sedentario e copresenza di altre condizioni di rischio

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

- il 45% delle persone depresse
- il 41% degli ipertesi
- il 43% delle persone in eccesso ponderale.
- Il 37% dei fumatori



Conclusioni

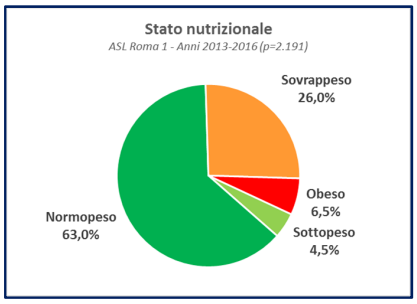
Nella ASL Roma 1 si stima che poco più di una persona adulta su quattro (27%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 33% può essere considerato completamente sedentario.
È presente, inoltre, una percezione distorta dell'attività fisica praticata: il 4% dei sedentari ritiene di praticare sufficiente movimento.
La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).
Risulta, inoltre, che in ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti. Infatti solo il 33% ha ricevuto il consiglio di svolgerla regolarmente.
La promozione dell'attività fisica continua a rappresentare un'azione prioritaria di sanità pubblica: gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, che economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'applicazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'utilizzo di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica dei trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

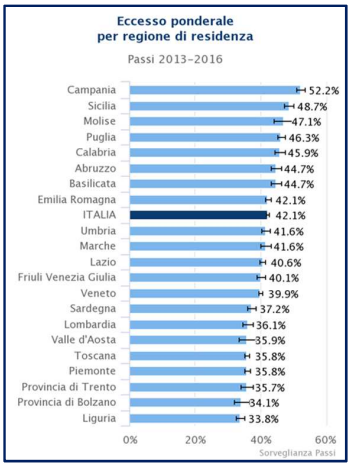
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

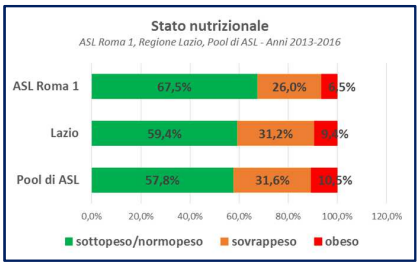
La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.
In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.
Le persone vengono classificate in quattro categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*IMC*), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obese (IMC ≥ 30).
Per quanto riguarda le abitudini alimentari, ricordiamo che ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente, per esempio, la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (***five-a-day***).

Qual è lo stato nutrizionale dei residenti della ASL Roma 1?

Dalle interviste effettuate nel quadriennio 2013-2016 risulta che, nella ASL Roma 1, il 4,5% delle persone intervistate siano sottopeso, il 63% normopeso, il 26% sovrappeso ed il 6,5% obeso. Complessivamente si stima che il 32,5% della popolazione sia in eccesso ponderale.





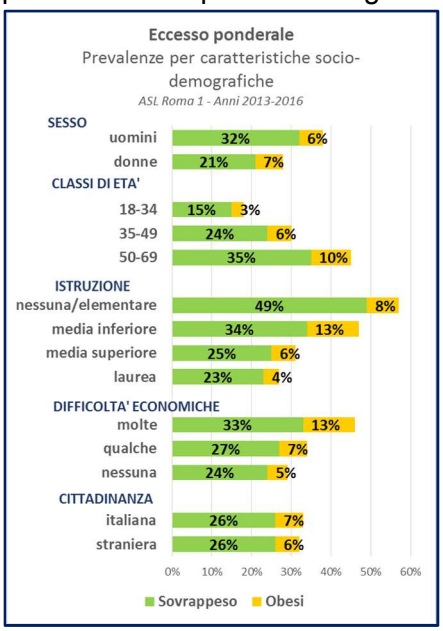


Analisi di trend sul pool di ASL

La prevalenza dell'eccesso ponderale basata su dati riferiti è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma è utile per valutare i trend temporali e le differenze territoriali.
Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2016 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.
Operando invece una distinzione tra le categorie Sovrappeso e Obesi, si osserva un incremento significativo della prevalenza della sola obesità nelle regioni del sud e nelle isole.

Quali sono le caratteristiche socio-demografiche delle persone in eccesso ponderale residenti nella ASL Roma 1?

L'eccesso ponderale di una persona può avere cause genetiche ed individuali; tuttavia, dal punto di vista della sanità pubblica, i fattori di gran lunga più importanti alla base dell'aumento della prevalenza del problema negli ultimi anni sono di natura sociale ed economica.



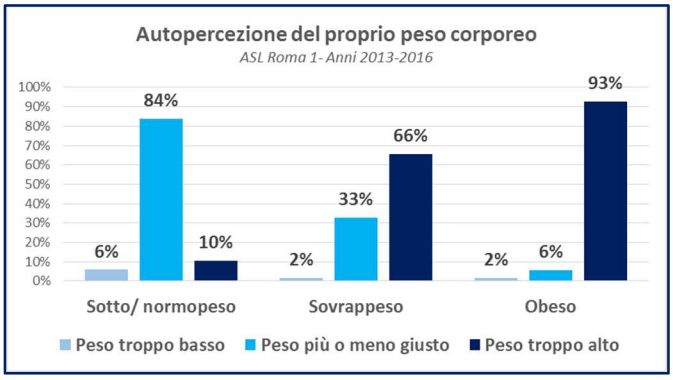
Secondo gli esperti del centro Oms per la prevenzione dell'obesità "l'obesità risulta dalla reazione normale delle persone agli stimoli derivanti all'ambiente obesogenico nel quale si trovano a vivere". Ambiente obesogenico che risulta dalla "fornitura progressivamente crescente di alimenti gustosi, ipercalorici e a basso costo; sistemi di distribuzione commerciale efficienti che rendono questi alimenti più accessibili e metodi di marketing convincenti e sempre più pervasivi".

Nella ASL Roma 1 l'eccesso ponderale (sovrappeso/obesità) è significativamente più frequente:

- con il crescere dell'età
- negli uomini (38% vs 28%),
- nelle persone con basso livello di istruzione,
- con l'aggravarsi delle condizioni economiche.

Nel pool di ASL 2013-2016, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Liguria presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (33,8%), mentre in Campania si registra quella significativamente più alta (52,2%).

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

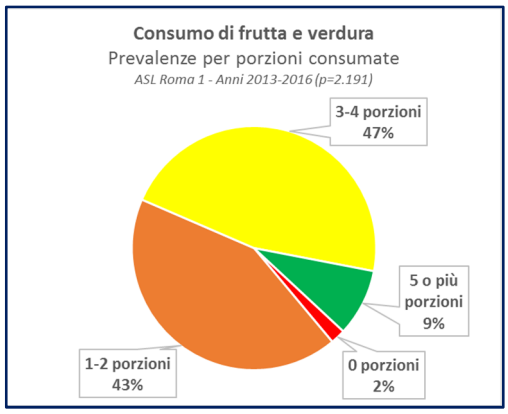


La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL Roma 1 si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (93%) e nei normopeso (84%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 33% ritiene il proprio peso giusto e il 2% troppo basso.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'80% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'88% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 22% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 40% degli uomini.

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



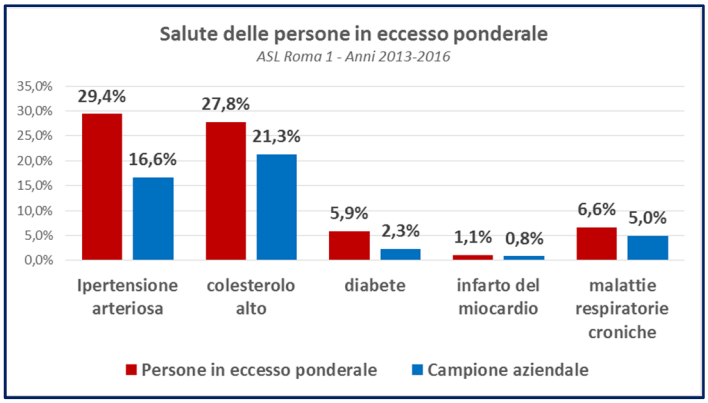
Nella ASL Roma 1 il 43% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 47% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 9% le 5 porzioni raccomandate.
L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

- nelle persone sopra ai 50 anni,
- nelle donne,
- nelle persone norrmopeso,
- nei cittadini italiani.

Non emergono differenze legate alla condizione economica.

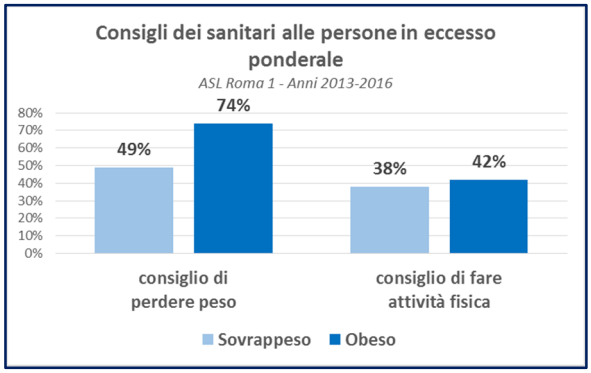
Nel pool di ASL 2013-2016, la percentuale di intervistati che consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è del 10%.
Le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2013-2016 evidenziano un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti delle Regioni settentrionali e della Sardegna: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (16%).

Lo stato di salute delle persone in eccesso ponderale



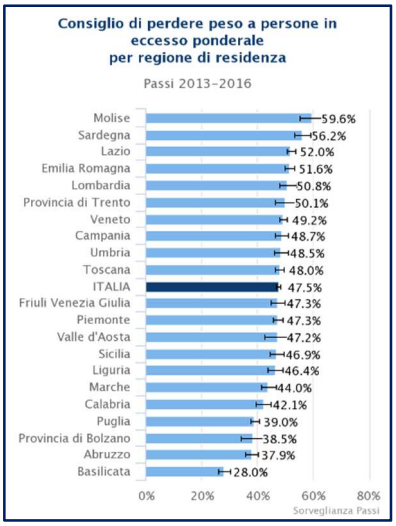
Le abitudini alimentari hanno un impatto considerevole sulla salute.
Un'alimentazione ipercalorica e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza o aggravano numerose patologie, riducendo la durata e la qualità della vita. Anche se l'associazione tra obesità e patologie basate sui dati riferiti deve essere interpretata con cautela, nella ASL Roma 1 le persone sovrappeso/obese presentano una maggiore prevalenza di alcune patologie, quali ipertensione, ipercolesterolemia e diabete.
Nella ASL Roma 1, il 29% delle persone in eccesso ponderale riferisce di aver avuto una diagnosi di ipertensione arteriosa, il 28% di ipercolesterolemia, il 6% di diabete, il 7% riferisce una malattia respiratoria cronica e l'1% di aver avuto un infarto del miocardio.

Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di perdere peso e fare attività fisica dagli operatori sanitari? ... e con quale effetto?



Nella ASL Roma 1 il 54% 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; in particolare hanno riferito questo consiglio il 49% delle persone in sovrappeso e 74% delle persone obese.
Nel pool di ASL 2013-2016, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 48%.
La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che

hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (28%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl del Molise (60%).



Nella ASL Roma 1 il 30% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (28% nei sovrappeso e 36% negli obesi).
La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (40% vs 22% negli uomini)
- nelle persone che ritengono il proprio peso "troppo alto" (35%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (17%)
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (45% vs 13%).

Per quanto riguarda l'attività fisica, nella ASL Roma 1 il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere un'attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario (38% sovrappeso, 42% obese).
Il 57% delle persone in eccesso ponderale svolge una attività fisica almeno moderata (59% sovrappeso e 48% obese).

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; nonostante questa verosimile sottostima, nella ASL Roma 1 una persona adulta su tre presenta un eccesso ponderale.
Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: infatti tra i residenti della ASL Roma 1 solo due persone in sovrappeso su tre percepisce il proprio peso come "troppo alto", il 48% ha ricevuto il consiglio di fare una dieta e il 39% di fare attività fisica.
La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 30% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (57%).
La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: meno della metà ne assume 3-4 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.
I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.
Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

CONSUMO DI ALCOL

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute. Anche se bere è una scelta libera e individuale, è necessario essere consapevoli che rappresenta comunque un rischio per la salute propria e, spesso, anche per quella degli altri. A differenza del fumo, i cui effetti negativi sulla salute possono manifestarsi dopo decenni, l'alcol può esporre a rischi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come moderato. Infatti possono essere sufficienti appena 2 bicchieri di una bevanda alcolica per incrementare notevolmente il rischio di incidenti stradali causati dal rallentamento della capacità di reagire prontamente agli stimoli acustici, luminosi e spaziali.

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcolici ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol costituisce uno dei principali fattori di rischio di malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, cirrosi del fegato e diabete), può essere responsabile di malattie neuropsichiatriche ed alterazioni psico-motorie e conseguenti traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, suicidi), può creare dipendenza, problemi di salute materno-infantile, ecc. La stima della mortalità alcol-attribuibile per l'Italia, elaborata dall'Osservatorio Nazionale Alcol, mostra che in Italia nel 2010 complessivamente 16.829 persone, di cui 11.670 uomini e 5.159 donne di età superiore ai 15 anni, sono morti per cause totalmente o parzialmente attribuibile al consumo di alcol. La mortalità alcol-correlata è suddivisibile in 3 categorie a seconda dell'impatto che il consumo di alcol ha sulle cause che possono determinare il decesso:

1. malattie totalmente alcol-attribuibili: sono le patologie per cui la causa di morte è interamente dovuta al consumo di alcol (ad esempio, gastrite alcolica);
2. malattie parzialmente alcol-attribuibili: sono le malattie per cui la causa di morte è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol e sono prevalenti nelle fasce di età anziane (ultra 60enni);
3. cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili: le cause di morte sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol e sono più frequenti nelle classi di età giovanili (incidenti stradali) e negli anziani (cadute).

Sommando le 3 diverse categorie si stima che il 4% del totale dei decessi nei maschi e il 2% nelle femmine sono attribuibili al consumo di alcol.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione della quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, della quantità assunta in una singola occasione e delle modalità e del contesto di assunzione. Anche piccole quantità di alcol comportano rischi per la salute, non è quindi possibile individuare una soglia di sicurezza assoluta; vi sono tuttavia livelli di consumo al di sotto dei quali il rischio viene considerato "moderato", ma non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo "moderato", le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili; il consumo è definito "a maggior rischio" se vengono superati tali limiti.

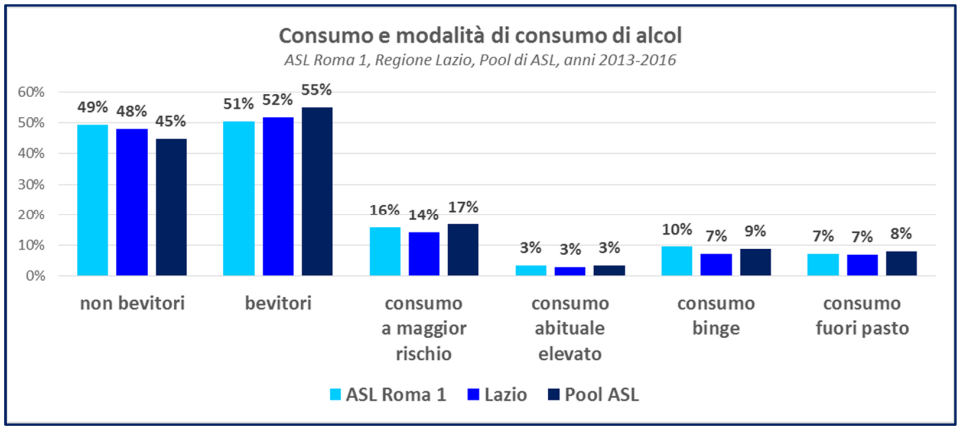
Per consumo a "basso rischio" si intende l'assunzione a stomaco pieno di 2 Unità Alcoliche al giorno per il maschio adulto e sano e l'assunzione a stomaco pieno di 1 Unità Alcolica al giorno per la femmina adulta e sana e non in stato di gravidanza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'astensione dalle bevande alcoliche nelle seguenti situazioni: età inferiore a 18 anni e superiore a 60-65 anni, gravidanza e allattamento, guida di veicoli,

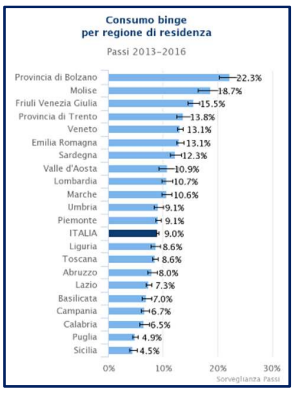
specifiche attività lavorative, malattie causate o aggravate dall'alcol, recenti stress o eventi luttuosi, disturbi mentali in corso o pregressi, uso di farmaci, eccesso ponderale, uso di sostanze psicoattive, familiarità per alcolismo.
Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, pertanto l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, pare ammontino a più dell'1% del PIL (Prodotto Interno Lordo).
La mortalità alcol-correlata, acuta o cronica, è evitabile attraverso azioni di contrasto le cui competenze non sono esclusivamente sanitarie, ma devono coinvolgere i settori dei trasporti, della regolamentazione della vendita e somministrazione di bevande alcoliche, ma anche del marketing, le cui modalità possono contribuire a determinare valori d'uso influenti sul rischio alcol-correlato tra i giovani, in particolare quelli al di sotto dell'età minima legale, che in Italia è di anni 18.

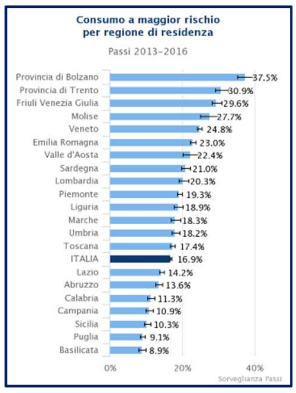
Nel territorio della ASL Roma 1, quante persone consumano alcol e con che modalità?

Nella ASL Roma 1, nel quadriennio 2013-2016, la percentuale di consumatori di alcol, cioè di chi ha consumato almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, è risultata pari al 50,6%.

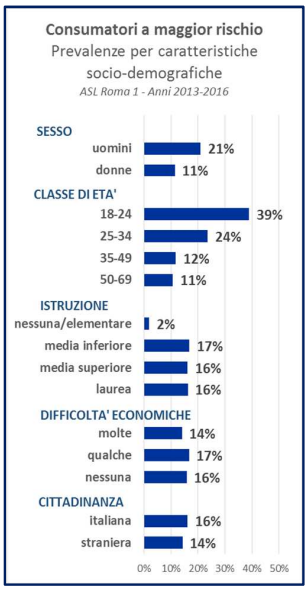


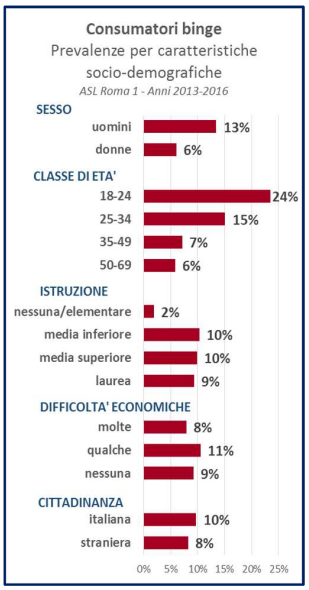
Per quanto riguarda le modalità di consumo tra gli intervistati, la percentuale stimata dei consumatori di "elevate quantità" di alcol è del 3,4%, dei consumatori binge del 9,6% e dei consumatori "fuori pasto" del 7,2%, tra tutti gli intervistati.
Il consumo a maggior rischio, determinato dal consumo "fuori pasto" e/o consumo binge e/o consumo abituale "elevato", è risultato pari al 15,9% di tutti gli intervistati, non corrispondendo alla somma dei singoli comportamenti in quanto una persona può appartenere a più di una categoria.





Quali sono le caratteristiche socio-demografiche delle persone con consumo "a maggior rischio" e "binge"?





Nella ASL Roma 1, nel quadriennio 2013-2016, il 15,9% di tutti gli intervistati (30,6% di chi consuma alcolici) è classificabile come consumatore di alcol "a maggior rischio" perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo "a maggior rischio" è molto più frequente tra i giovani di età 18-24 anni (38,9%) seguiti dai 25-34enni (23,6%). Inoltre è più frequente tra gli uomini (20,9%) rispetto alle donne (11,4%).

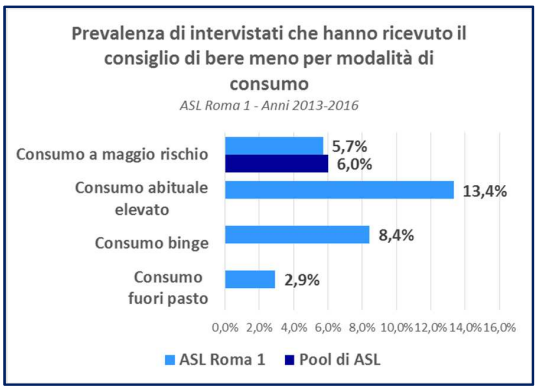
I consumatori binge risultano essere il 9,6% di tutti gli intervistati (il 18,1% di chi consuma bevande alcoliche).

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 24 anni (23,5%) seguiti dai 25-34enni (15,1%), e tra gli uomini (13,4%) rispetto alle donne (6%).

Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I Medici di Medicina Generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema. PASSI rileva se un medico o un operatore sanitario si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Nel periodo 2013-16 nel territorio della ASL Roma 1, solo il 5,7% degli intervistati con consumo "a maggior rischio" riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato loro di ridurre il consumo di bevande alcoliche.



Bassissima, pari all'2,9%, è la prevalenza di chi ha ricevuto consigli tra le persone che bevono alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, mentre la percentuale aumenta all'8,4% tra coloro che hanno un consumo binge e al 13,4% in quelle con consumo abituale elevato.

Definizioni usate nel questionario PASSI

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.

PASSI monitora diversi aspetti del ***consumo a maggior rischio*** *mediante indicatori specifici:*

- ***consumo abituale elevato****: per gli uomini più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni e per le donne più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni;*
- ***consumo binge****: per gli uomini consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più UA e per le donne 4 o più UA in una singola occasione;*
- ***consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto****:*

Poichè una persona può appartenere a più di una categoria di ***consumo "a rischio"*** *la percentuale di persone con consumo "a maggior rischio" non corrisponde alla somma delle percentuali delle persone con singoli comportamenti a rischio (consumo fuori pasto e/o binge e/o abituale elevato).*

Alcol e guida

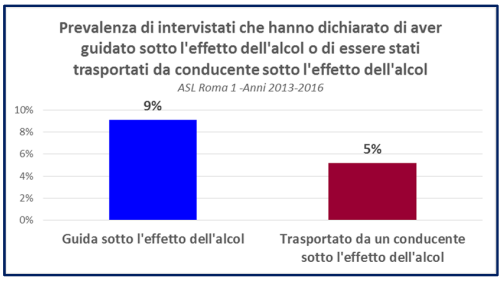
Nei Paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale aveva una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri Paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

Si ricorda peraltro che la Legge n.120 del 29/07/2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale" prevede alcolemia zero per: conducenti di età inferiore a 21 anni, conducenti nei primi tre anni dal conseguimento della patente di guida di categoria B, conducenti che esercitano l'attività di trasporto di persone e di cose, conducenti di autoveicoli di massa complessiva a pieno carico >3,5 t.

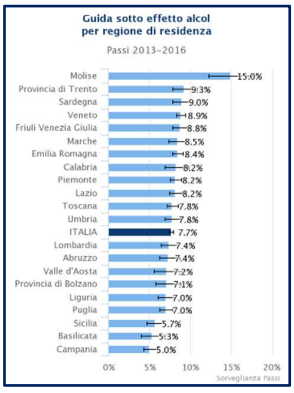
PASSI rileva la frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol (entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche) riferita dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

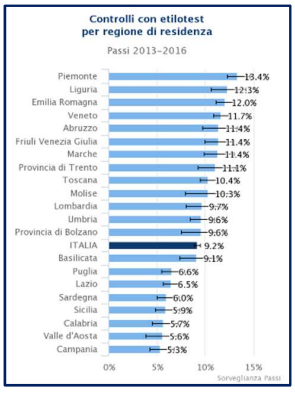
Nella ASL Roma 1 quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Nel periodo 2013-2016 nel territorio della ASL Roma 1, il 9,1% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni, mentre il 5,2% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.



La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (11,7%) che dalle donne (4,9%) e dalle persone con nessuna istruzione o con licenza elementare. Meno evidenti le differenze per classi di età e per difficoltà economiche.





Solo il 24,8% degli intervistati di 18-69 anni ha riferito almeno un controllo, da guidatore o da passeggero, nel corso dell'ultimo anno da parte delle forze dell'ordine, percentuale nettamente inferiore al dato regionale (29,5%) e nazionale (31,4%).

Di questi solo il 9,4% ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Tale percentuale è inferiore a quella regionale (10,4%) e a quella nazionale (9,8%).

Conclusioni

La metà circa della popolazione di 18-69 anni della ASL Roma 1 non beve alcol (49,4%). Tra coloro che consumano bevande alcoliche, il consumo a maggior rischio riguarda il 30,7% delle persone.
In generale, vi è scarsa consapevolezza degli effetti negativi dell'alcol non solo tra la popolazione generale ma anche tra gli operatori sanitari. È importante pertanto intervenire a livello di prevenzione con l'informazione, la formazione e l'educazione, specie nei confronti dei giovani in quanto categoria più esposta al rischio.
Nel territorio della ASL Roma 1, nel quadriennio 2013-16, una percentuale pari al 9,1% dei guidatori non astinenti ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri, mentre il 5,2% risulta essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.
Nel programma "Guadagnare Salute" viene ribadito che è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da identificare precocemente i soggetti a rischio e intervenire con il counselling breve nei confronti del consumo alcolico nocivo.
Secondo i dati PASSI solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, ancora meno sono le persone con consumi a maggior rischio che riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.
Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengano sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare prezzo, reperibilità e accessibilità del prodotto.
"Guadagnare Salute" ribadisce anche la necessità di intervenire sul contesto "per rendere più facili le scelte salutari". Tra gli interventi più appropriati: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche; aumentare le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute che giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorire l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.
Come per gli altri fattori di rischio, il consumo di alcol rientra nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)" del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Altri macro-obiettivi che individuano nell'uso di alcol uno dei fattori di rischio che contribuiscono a determinare la criticità in termini di salute pubblica sono i seguenti:

a) prevenire la dipendenza da sostanze;
b) prevenire gli incidenti stradali;
c) prevenire gli incidenti domestici;
d) prevenire gli infortuni sul lavoro.

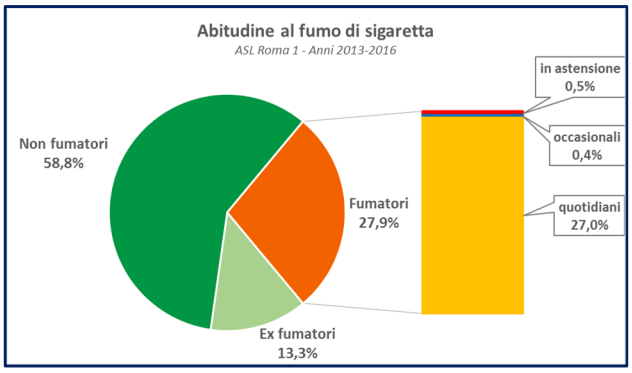
Nel PRP 2014-2018, la Regione Lazio ha programmato una serie di azioni per intervenire sul consumo di alcol, sia promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (life skills) e l'adozione di comportamenti sani (attività fisica, alimentazione...) nella popolazione giovanile e adulta, sia sviluppando programmi per ridurre il consumo di alcol.

ABITUDINE AL FUMO

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura.
L'11% dei decessi per cardiopatia ischemica, prima causa di morte a livello mondiale, è attribuibile al fumo di tabacco, così come il 70% dei decessi per tumore dei polmoni, della trachea e dei bronchi. Nel mondo il fumo è responsabile, tra gli adulti, di un decesso ogni dieci. Si stima che, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Anche i costi economici sono rilevanti e non si limitano alla spesa sanitaria per curare le malattie provocate dal tabacco.
Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori si è progressivamente ridotta negli uomini, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune regioni valori paragonabili nei due sessi. Generalmente risulta in aumento la percentuale di giovani che fumano.
La dipendenza dalla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza, è la causa che induce la maggior parte dei fumatori a fumare tutti i giorni, sebbene consapevoli dei danni provocati dal fumo. I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale. Alcuni di questi si ottengono a brevissimo termine dall'"ultima sigaretta", altri impiegano mesi o anni per consolidarsi. Tutti rappresentano comunque elementi essenziali da conoscere per favorire un processo di cambiamento e una motivazione alla decisione di cessazione. Smettere di fumare da soli è possibile, ma chi intende abbandonare la dipendenza dal tabacco può anche contare sul sostegno di professionisti ed esperti. Nel territorio nazionale sono presenti, infatti, numerosi ambulatori dedicati al contrasto del tabagismo.
Ci sono inoltre numerose misure di lotta al tabagismo; le più efficaci e meno costose consistono in misure politiche applicabili a tutta la popolazione: divieto di pubblicità diretta o indiretta, tassazioni, aumento dei prezzi, divieto di fumare in tutti i luoghi pubblici e sul posto di lavoro.

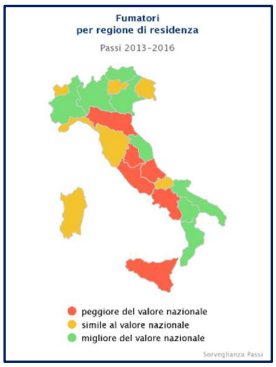
Nella ASL Roma 1, quante persone hanno l'abitudine di fumare?

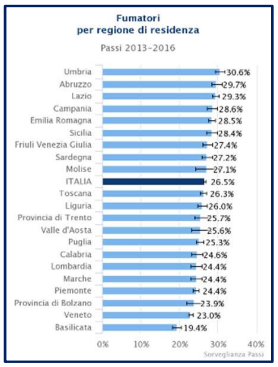
Nel periodo 2013-2016 nella ASL Roma 1, si stima che tra gli adulti di 18-69 anni intervistati il 58,8% sia non fumatore, il 13,3% sia classificabile come ex-fumatore ed il 27,9% fumatore. Tra questi il 27% ha dichiarato di fumare tutti i giorni, mentre lo 0,5% è in astensione.
La percentuale media annuale dei fumatori dal 2013 al 2016 si mantiene pressoché costante.

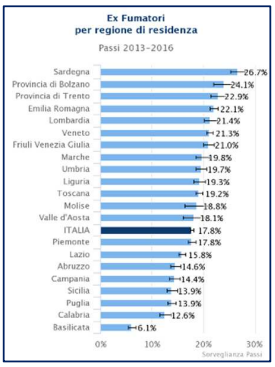


Definizioni usate nel questionario PASSI

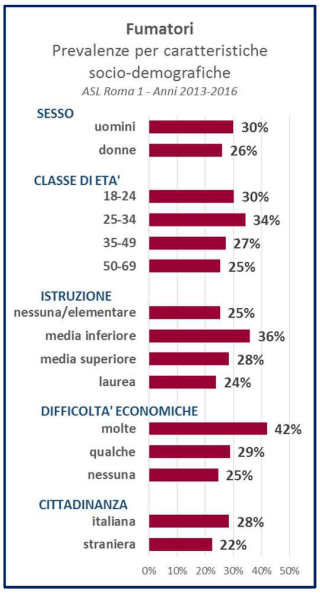
- ***Non fumatore:*** *persona che dichiara di non aver mai fumato o aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma*
- ***Fumatore:*** *persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di 6 mesi*
- ***Fumatore in 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 ogni giorno*
- ***Ex fumatore:*** *persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi*



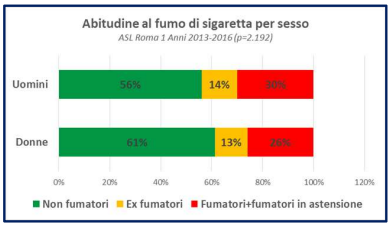




Quali sono le caratteristiche socio-demografiche dei fumatori?



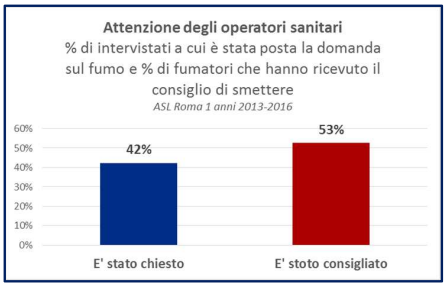
Nella ASL Roma 1 l'abitudine al fumo è risultata essere più alta tra gli intervistati nella fascia di età 25-34 anni (34,2%), mentre nelle classi di età 35-69 anni la prevalenza diminuisce in modo consistente.
Ancora persiste una differenza tra gli uomini rispetto alle donne (30% vs 26%), confermando pur tuttavia i dati di letteratura che indicano che oggi le donne fumano quasi quanto gli uomini.



Al contrario, tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono nettamente le donne (61% vs 56%)
La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare e i laureati, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche.
L'abitudine al fumo è, inoltre, più frequente tra le persone di cittadinanza italiana.
I fumatori "abituali" risultano fumare in media 11,7 sigarette al giorno.
Tra i fumatori, i "forti" fumatori, cioè coloro che ne fumano almeno 20 al giorno, sono il 20,8%, mentre i fumatori "medi" sono il 79%.

A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo e a quanti fumatori è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un medico o operatore sanitario?

Nel territorio della ASL Roma 1 nel periodo 2013-2016, il 42,4% degli intervistati che sono stati dal medico nell'ultimo anno, ha riferito che un medico o altro operatore sanitario ha chiesto loro se fumassero e il 52,5% dei fumatori ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere.



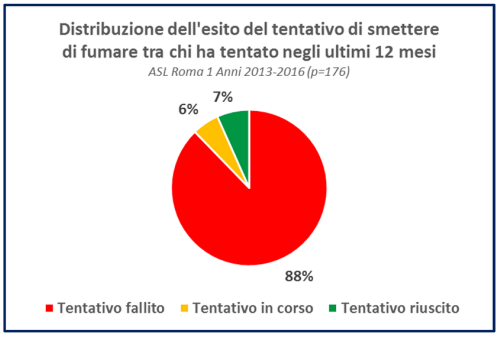
Del 42,4% degli intervistati che hanno dichiarato che un operatore sanitario si è informato sulla loro abitudine al fumo, il 67,8% erano fumatori, il 49,3% ex-fumatori ed il 28,3% non fumatori.

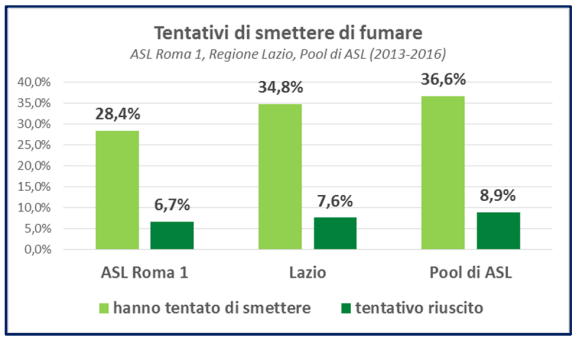
Nel territorio della ASL Roma 1 quante persone hanno tentato di smettere di fumare e con che risultati?

Nella ASL Roma 1, nel periodo 2013-2016, tra chi fumava, nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 28,4% ha riferito di aver tentato di smettere.
Tra tutti coloro che hanno tentato l'87,8% ha fallito, il 5,6% stava ancora tentando di smettere, il 6,7% è riuscito a smettere.

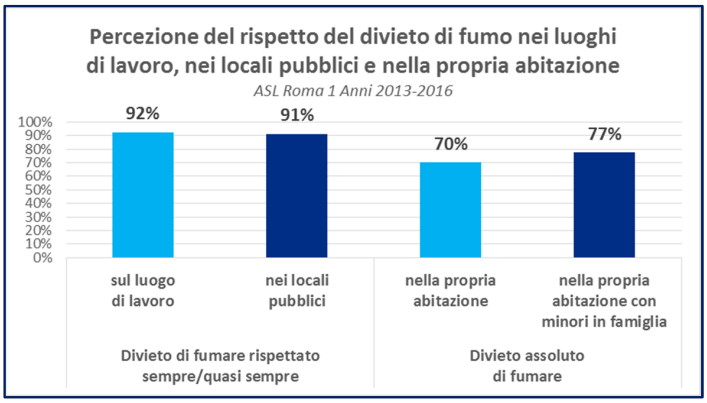
Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo:

- il 90,5% l'ha fatto da solo,
- lo 0.8% ha partecipato ad incontri o corsi appositi,
- il 7,2% ha fatto uso di sigaretta elettronica,
- l'1,5% ha risposto "altro".





Fumo passivo: la percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici, nei luoghi di lavoro e nella propria abitazione



Nella ASL Roma 1, tra i lavoratori intervistati, il 92,2% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (82,4%) o quasi sempre (9,8%); per quanto riguarda i locali pubblici, il 90,8% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto è rispettato sempre (71,7%) o quasi sempre (19,1%).
Relativamente al divieto di fumare in ambito domestico, il 70,3% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione non si fuma in modo assoluto, il 25,3% che si può fumare solo in alcuni luoghi, ore o situazioni e il 4,4% che si può fumare sempre e ovunque.
In caso di convivenza con minori di 15 anni la percentuale di chi dichiara il divieto assoluto sale al 77,4%.

Conclusioni

Nel territorio della ASL Roma 1 nel periodo 2013-2016, si stima che 1 persona su 4 sia classificabile come fumatore (nella Regione Lazio la percentuale di fumatori raggiunge il 29,3%, superiore quindi alla media nazionale rilevata a livello di Pool di ASL pari al 26,5%): le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano negli uomini, nella fascia di età 25-34 anni e in chi riferisce molte difficoltà economiche.
Un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile, seppur non ottimale, livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari.
Nel periodo 2013-2016, nel territorio della ASL Roma 1, hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo, poco più di un fumatore su quattro, con un esito positivo in 1 fumatore su 15.
La quasi totalità (95%) di chi ha tentato di smettere di fumare ha dichiarato di averlo fatto da solo, mentre solo un numero veramente esiguo ha tentato di farlo grazie all'ausilio di appositi corsi: questa situazione sottolinea la necessità di valorizzare al meglio le opportunità di smettere di fumare offerte dall' Azienda Sanitaria.

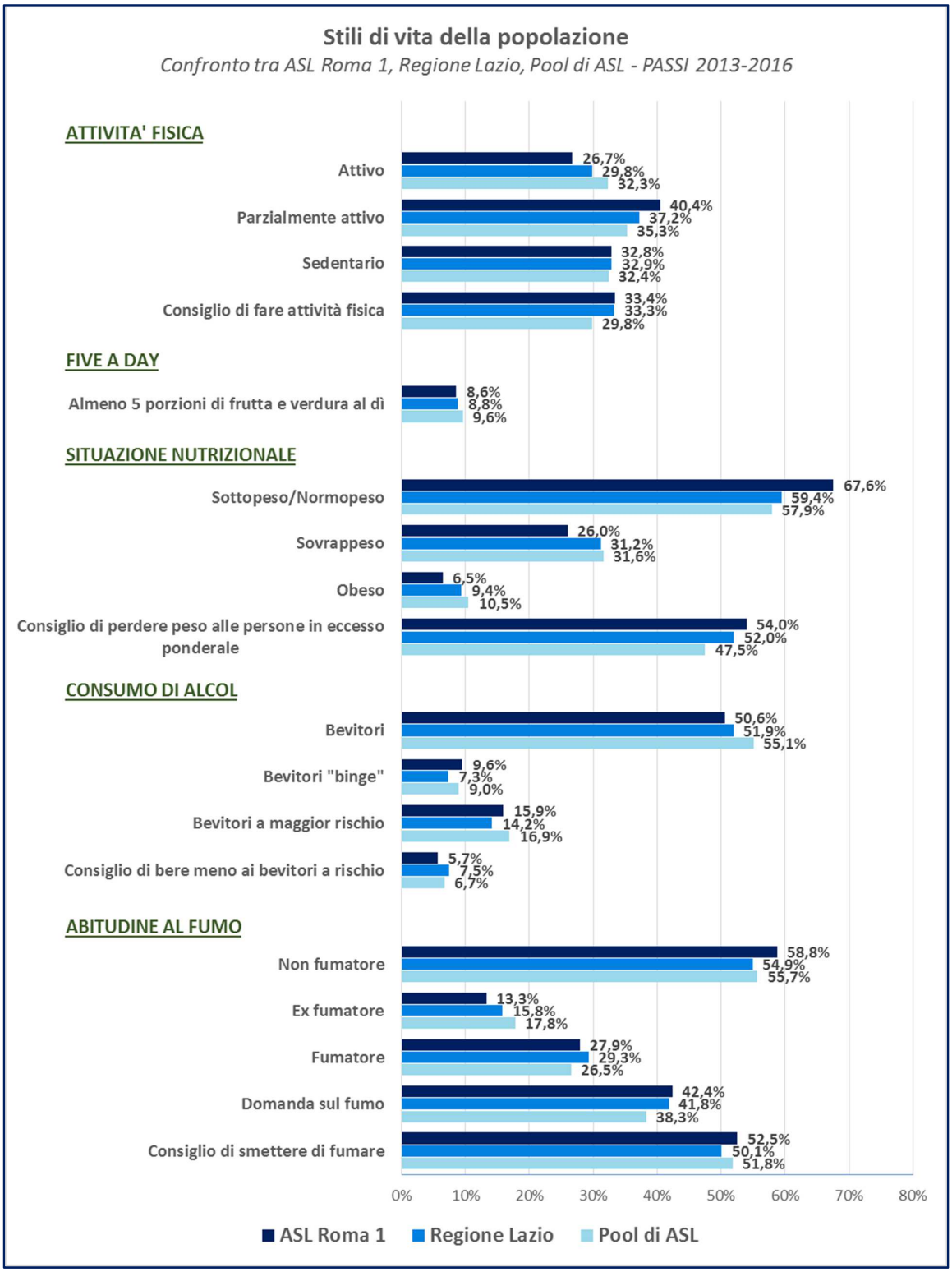
L’esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.
Il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sia nei locali pubblici che nei luoghi di lavoro: nel territorio della ASL Roma 1 lo dichiarano oltre 9 persone su 10.
L’esposizione al fumo passivo in ambito domestico invece è ancora presente; la situazione migliora in case in cui sono presenti minori di 15 anni. Si dovrebbe, tuttavia, promuovere una maggiore comunicazione sulla pericolosità dell’esposizione al fumo passivo, in particolar modo rivolta ai genitori di bambini.
Le strategie per il controllo del tabacco prevedono tre linee di lavoro, tra loro strettamente connesse:

1. ridurre l'esposizione al fumo passivo;
2. prevenire l'iniziazione al fumo;
3. sostenere la disassuefazione dei fumatori attivi.

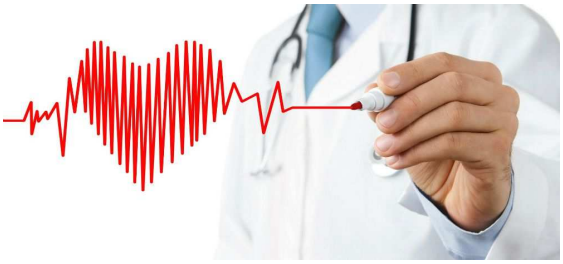
Tali strategie risultano efficaci solo se imperniate in una politica generale e prevedono una pluralità di interventi. In questo senso, il nostro Paese è fortemente impegnato con azioni di contrasto al tabagismo riportate sia nel Piano Nazionale della Prevenzione che nel Piano della Prevenzione Regionale 2014-2018, facendolo rientrare nel macro-obiettivo “Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili”, essendo il fumo uno dei fattori di rischio (con l’uso di alcol, l’alimentazione scorretta, la sedentarietà...) legati in gran parte a comportamenti individuali scorretti modificabili ma fortemente condizionati dal contesto sociale, economico e ambientale in cui si vive e si lavora.
Fumare è attualmente una scelta consentita che può essere proibita solo ai minori. La comunità dei non fumatori va invece difesa nel suo insieme dai pericoli alla salute derivanti dall’esposizione passiva al fumo, con una particolare attenzione nel prevedere interventi specifici a favore dei meno tutelati.
La legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica nel nostro Paese. Tuttavia, sono ancora presenti aree territoriali con margine di miglioramento. L’attività ispettiva in luoghi di lavoro e locali pubblici potrebbe quindi ridurre le disuguaglianze rispetto all’applicazione della legge sul divieto di fumo ancora registrabili fra le diverse Regioni.

INDICATORI PER L'AZIONE

A conclusione della sezione dedicata ai temi di guadagnare salute si riporta un grafico riassuntivo con i principali indicatori che possono essere utilizzati per la programmazione di interventi di promozione di corretti stili di vita.



RISCHIO CARDIOVASCOLARE

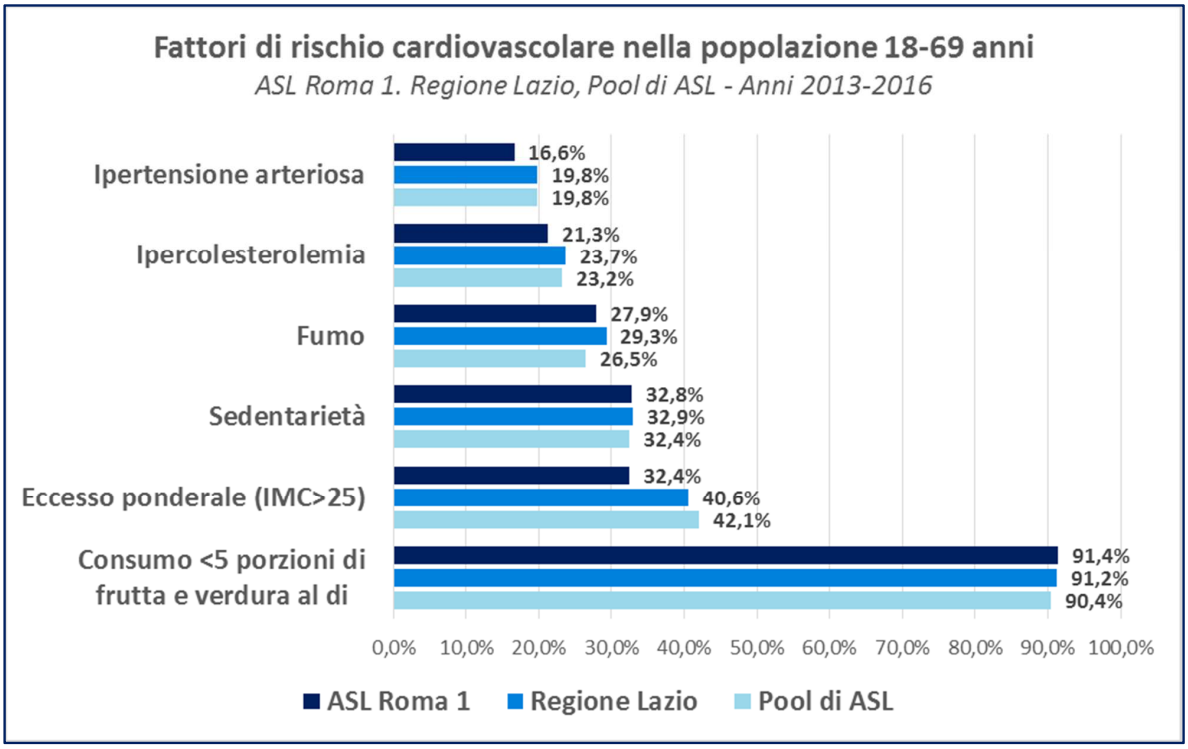


Secondo le stime dell'OMS le regioni europee presentano il più alto carico di Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) a livello mondiale. Le patologie cardiovascolari, le neoplasie e i disturbi mentali, costituiscono infatti più del 50% del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia).
Inoltre le malattie cardiovascolari rappresentano, secondo le stime dell'OMS, la prima causa di morte nel mondo occidentale. Molti decessi precoci sarebbero però evitabili: le stime indicano infatti che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno il 33% dei casi di cancro si potrebbero prevenire in quanto determinate dalla combinazione di più fattori di rischio modificabili: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, iperglicemia, abitudine al fumo, sedentarietà, obesità e diabete.
Le malattie cardio-cerebrovascolari sono, inoltre, fra i determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva: chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali.
Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili all'interno dei Paesi e fra i Paesi europei dimostrano che il potenziale di miglioramento in termini di salute è ancora enorme.
Anche in Italia, secondo il Ministero della Salute, come riportato nella "Relazione sullo stato di salute della popolazione – anno 2012-2013", le malattie cardio-cerebrovascolari sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Tali patologie sono la prima causa di morte, provocando circa il 34% di tutti i decessi nel sesso maschile (soprattutto cardiopatie ischemiche, anche prematuramente) ed oltre il 42% in quello femminile (principalmente malattie cerebrovascolari, in particolare nelle classi di età più anziane) ed hanno un peso notevole sui ricoveri ospedalieri, che risultano in aumento per tali patologie.
Tutti i dati confermano che l'ospedalizzazione, l'invalidità e la disabilità aumentano con l'avanzare dell'età, determinando una situazione sempre più critica vista la previsione di un innalzamento dell'età media della popolazione.
L'invecchiamento progressivo della popolazione impone, quindi, ai Governi dei Paesi industrializzati di porre in atto strategie appropriate e innovative per mitigarne gli effetti negativi sul sistema sociale ed economico, oltre che sul piano individuale. La promozione dell'*invecchiamento attivo* è la strategia, in tal senso, condivisa a livello internazionale

Fattori di rischio multipli

La presenza in una stessa persona di più fattori modificabili di rischio cardiovascolare può determinare un impatto sulla salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali. La frequente compresenza di condizioni quali ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura è in parte dovuta ad un'associazione casuale, ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste stesse condizioni e al loro potenziamento reciproco. Ad esempio, l'insorgenza del diabete è favorita dal peso eccessivo, dalla sedentarietà, da una dieta inappropriata; l'ipertensione è associata all'eccesso di peso, all'inattività fisica, ad un ridotto consumo di frutta e verdura; ecc.
Oltre agli stili di vita, nella genesi delle malattie cardiovascolari rivestono un ruolo rilevante anche altri fattori quali la depressione, il basso livello socio-economico, le condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.
La probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei sottogruppi più a rischio.

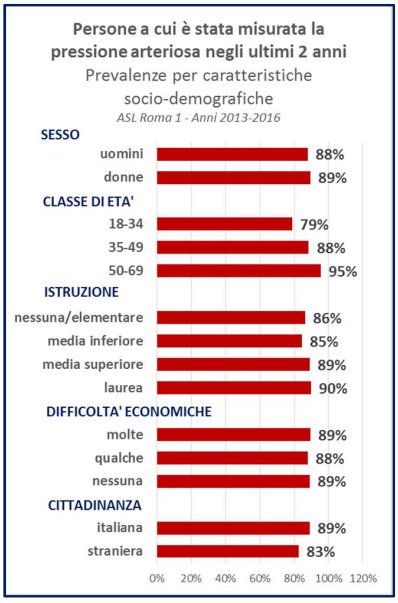
Il Sistema di Sorveglianza PASSI monitora molti dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni nonché le pratiche adottate per contrastarli.



Il grafico riporta la prevalenza dei principali fattori di rischio nella popolazione della ASL Roma 1, della Regione Lazio e nel Pool di ASL nazionale, negli anni 2013-2016.
Di seguito vengono riportati i risultati relativi a due fattori di rischio, ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della "carta e del punteggio individuale" per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali e più diffusi fattori di rischio cardiovascolare, causa di malattie gravi e invalidanti con un eccezionale costo sia in termini di salute, che strettamente economici: il costo delle sue complicanze si stima essere 2-3 volte maggiore di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.
L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'eccesso ponderale e la sedentarietà. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso e l'attività fisica costituiscono, quindi, interventi efficaci a livello individuale e di popolazione.
In ogni caso è fondamentale diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con un trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

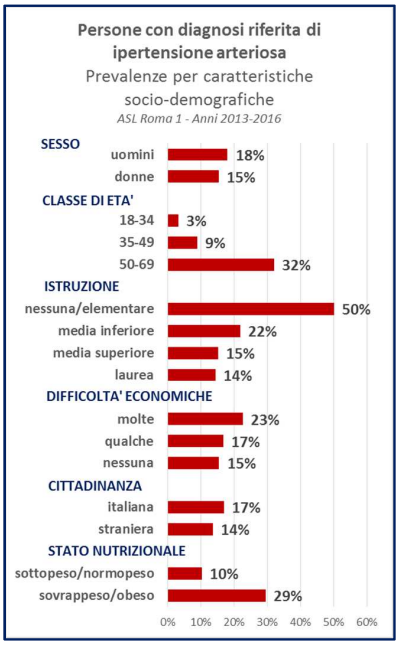


Nella ASL Roma 1, quante persone hanno misurato almeno una volta nella vita la pressione arteriosa e con che frequenza?

Nel 2013-2016 nel territorio della ASL Roma 1, l'88,6% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 5,9% più di 2 anni fa, mentre il restante 5,5% non l'ha mai misurata.
In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:

- nelle fasce d'età più avanzate,
- nelle persone con un alto livello di istruzione,
- nelle persone di nazionalità italiana.

Poco significative risultano invece le altre caratteristiche socio-demografiche rilevate.



... e quante persone sono ipertese?

Nel territorio della ASL Roma 1, il 16,6% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni *ha riferito** di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- nel sesso maschile,
- al crescere dell'età (3% nei 18-34enni, 32% nei 50-69enni),
- nelle persone con basso livello istruzione (14% nei laureati, 50% in quelli senza istruzione o elementare),
- nelle persone con difficoltà economiche,
- nelle persone con eccesso ponderale (29% vs 10%).

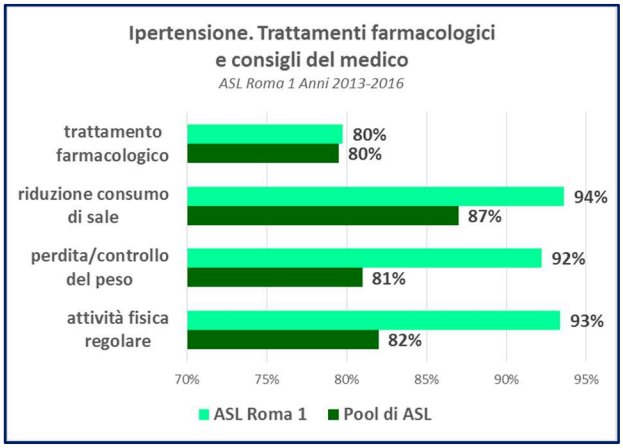
** In base a risultati di numerosi studi su validità e riproducibilità, si osserva che le indagini condotte su dati riferiti, come PASSI, sottostimano la prevalenza di ipertensione rispetto a studi basati su dati misurati*

Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

Nel territorio dell'a ASL Roma 1, il 79,8% degli ipertesi ha riferito di essere in trattamento con farmaci antipertensivi.
Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio:

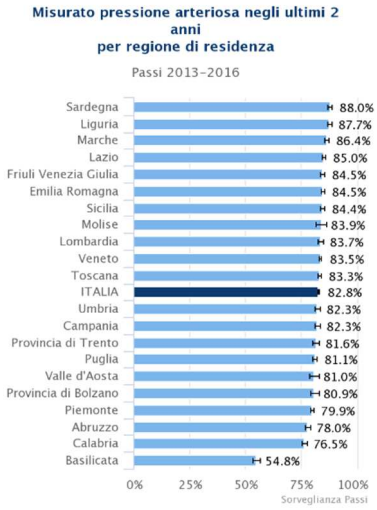
- il 93% di svolgere regolare attività fisica,
- il 94% di ridurre il consumo di sale,
- il 92% di controllare il peso corporeo.

Nel confronto con le rilevazioni a livello nazionale, mentre non vi sono differenze nelle percentuali di chi assume terapia farmacologica, nella ASL Roma 1 prevale il consiglio del medico di praticare regolarmente attività fisica, ridurre il consumo di sale e controllare il peso corporeo.



Regione Lazio e Pool ASL PASSI

Nella Regione Lazio l'85% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista e il 20% riferisce di essere iperteso.
Nel Pool ASL PASSI l'83% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista e il 20% di essere iperteso.
Per quanto riguarda la misurazione della P.A. differenze statisticamente significative si registrano per Regione di residenza, con un gradiente Nord-Sud, a sfavore di molte Regioni meridionali.
Tra le persone che riferiscono di aver misurato la pressione, il 20% riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione, percentuale che raggiunge il valore più alto in Calabria (25%), e quello più basso nella Provincia di Bolzano (16%).



Alte le prevalenze di ipertesi che hanno dichiarato di essere in trattamento farmacologico (80%) o di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa quali: diminuire il consumo di sale (87%), controllare il peso corporeo (81%) e svolgere regolarmente attività fisica (82%).

Conclusioni

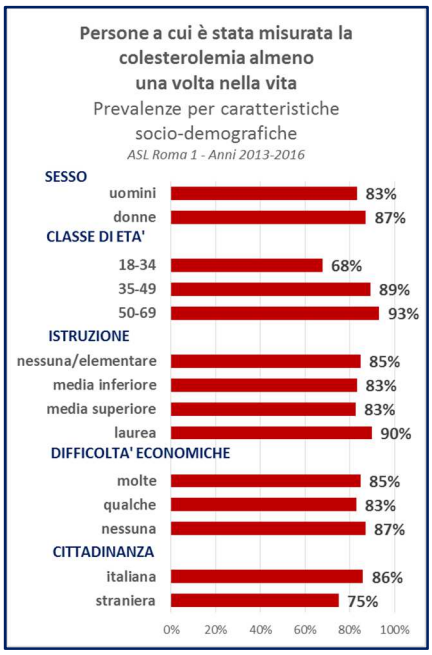
Nel periodo 2013-2016, si stima che nel territorio della ASL Roma 1, nella fascia d'età 18-69 anni quasi due persone su 10 siano ipertese, più di tre su 10 tra i 50 e 69 anni; nella media dei 4 anni, risultano quindi ipertese circa 118.000 persone.
Inoltre, risulta che almeno una persona su 10 non abbia mai misurato la pressione arteriosa o l'abbia fatto più di 2 anni prima dell'intervista: circa 39.000 persone tra i 18 e i 69 anni non l'hanno mai misurata.
Le persone ipertese in trattamento farmacologico e quelle a cui viene fornito il consiglio, da parte dei medici, di ridurre il consumo di sale, di ridurre/controllare il peso corporeo e di svolgere una regolare attività fisica sono più di nove su 10.

Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).
Un ruolo determinante, quindi, per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.
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. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano ulteriori misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico.

IPERCOLESTEROLEMIA

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.
Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardio.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia soprattutto attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) e praticando un'attività fisica regolare.



Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo e con che frequenza?

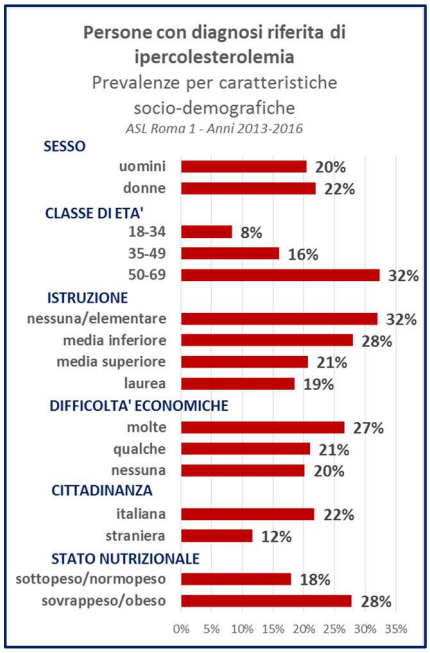
Nel territorio della ASL Roma 1, l'85,3% degli intervistati ha riferito di aver misurato almeno una volta nella vita il colesterolo ematico e l'ha fatto:

- il 60,4% nel corso dell'ultimo anno,
- il 18,0% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista,
- il 6,8% da oltre 2 anni,
- il 14,7% mai o non ricorda.

La misurazione del colesterolo è più frequente:

- al crescere dell'età (dal 68% della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni),
- nelle donne,
- nelle persone con alto livello di istruzione,
- nei cittadini italiani.

Poco significative invece risultano le altre caratteristiche socio-demografiche rilevate



... e quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

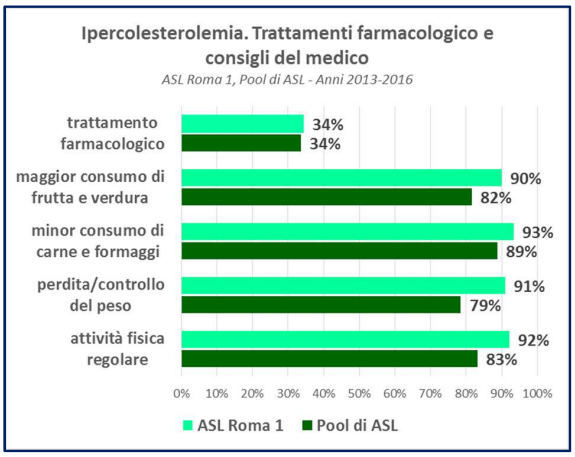
Nel territorio della ASL Roma 1, tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 21,3% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:

- nelle classi d'età 50-69 anni,
- nelle persone con basso livello di istruzione,
- nelle persone con molte difficoltà economiche,
- nei cittadini italiani,
- nelle persone in eccesso ponderale (28% vs 18%).

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

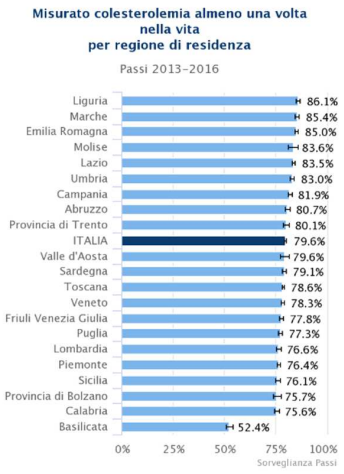
Nel territorio della ASL Roma 1, il 34,4% delle persone con ipercolesterolemia ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
Indipendentemente dal trattamento farmacologico, le persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio:

- di svolgere regolare attività fisica il 92,2% degli intervistati,
- di ridurre il consumo di carne e formaggi il 93,4%,
- di ridurre o controllare il proprio peso il 90,9%,
- di aumentare il consumo di frutta e verdura il 90,0%.



Regione Lazio e Pool ASL PASSI

Nella Regione Lazio l'84% degli intervistati riferisce di aver misurato il colesterolo ematico almeno una volta nella vita ed il 24% riferisce di essere ipercolesterolemico.
Nel Pool ASL PASSI l'80% degli intervistati dichiara di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia. Fra questi, il 23% riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, con una variabilità per Regione di residenza significativa: i valori più alti si osservano nel Molise e nella provincia di Trento (29%) e il più basso in Puglia (18%).

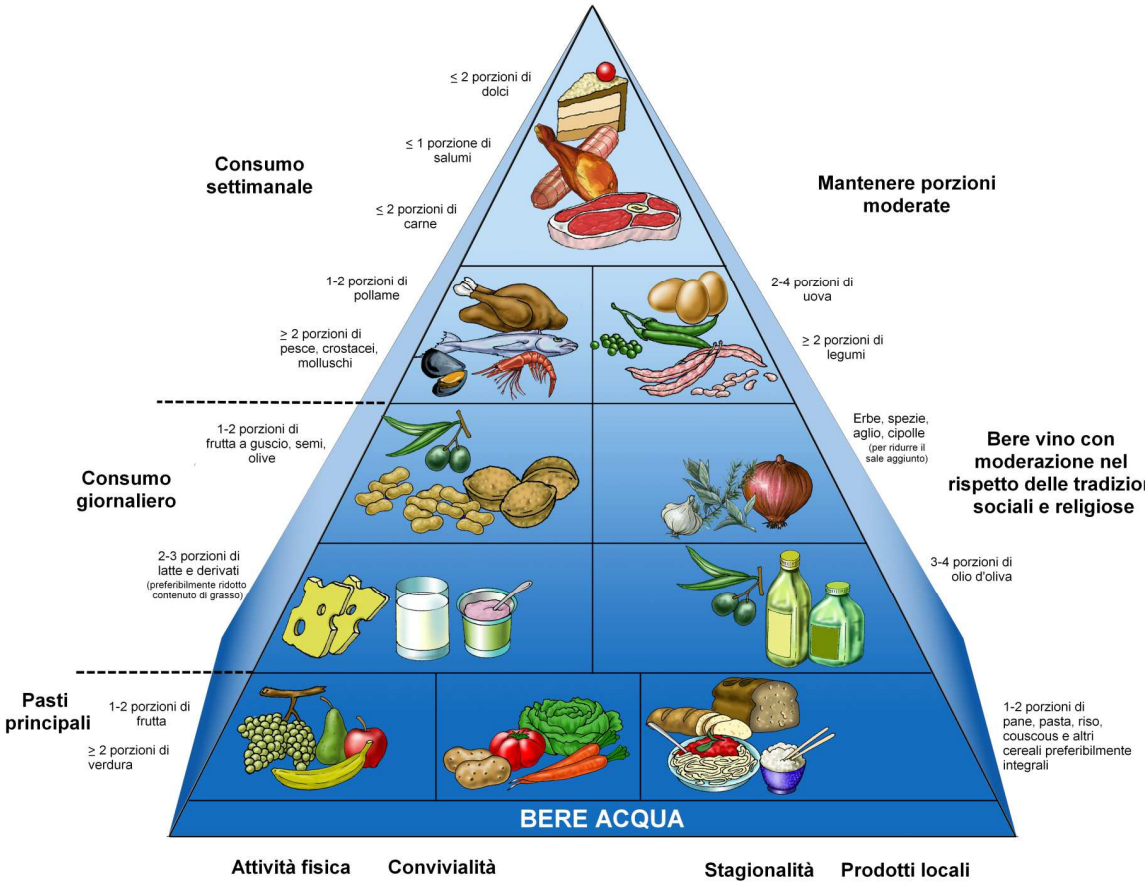


Il 34% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico, l'82% di aver ricevuto il consiglio di un consumo maggiore di frutta e verdura, l'89% un minor consumo di carne e formaggi, il 79% di controllare il peso e l'83% di fare regolare attività fisica.

Conclusioni

Nel territorio della ASL Roma 1, nella fascia d'età 18-69 anni, si stima che, come per l'ipertensione, oltre due persone su 10 abbia valori elevati di colesterolemia, pari a oltre 150.000 individui; tra questi oltre tre individui su 10 ha tra i 50 e 69 anni.
L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia tramite l'effettuazione di controlli regolari (specie sopra i 40 anni), costituisce, come per l'ipertensione, un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità; tuttavia più del 14% della popolazione intervistata, pari a oltre 100.000 persone (quasi il triplo di quelle che non hanno mai misurato la pressione arteriosa), non ha mai effettuato una misurazione del livello di colesterolo nel sangue.
Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.
Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa tre su 10 hanno riferito di effettuare una terapia farmacologia, che, però, non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti; infatti ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia pari al 92% è stato consigliato di svolgere attività fisica regolare, al 93% di ridurre il consumo di carne e formaggi, al

90% controllare o perdere peso e al 90% di consumare più frutta e verdura, testimonianza che la consapevolezza dell'importanza di corretti stili di vita da parte del personale sanitario è aumentata.



CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

La carta del rischio o punteggio individuale cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamenti e consigli specifici (Fig. 1).
Con essa il medico può effettuare una valutazione clinico-prognostica nelle persone dai 35 anni per stimare la probabilità che il paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei importanti fattori di rischio facilmente rilevabili: due non modificabili (sesso ed età) e quattro modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

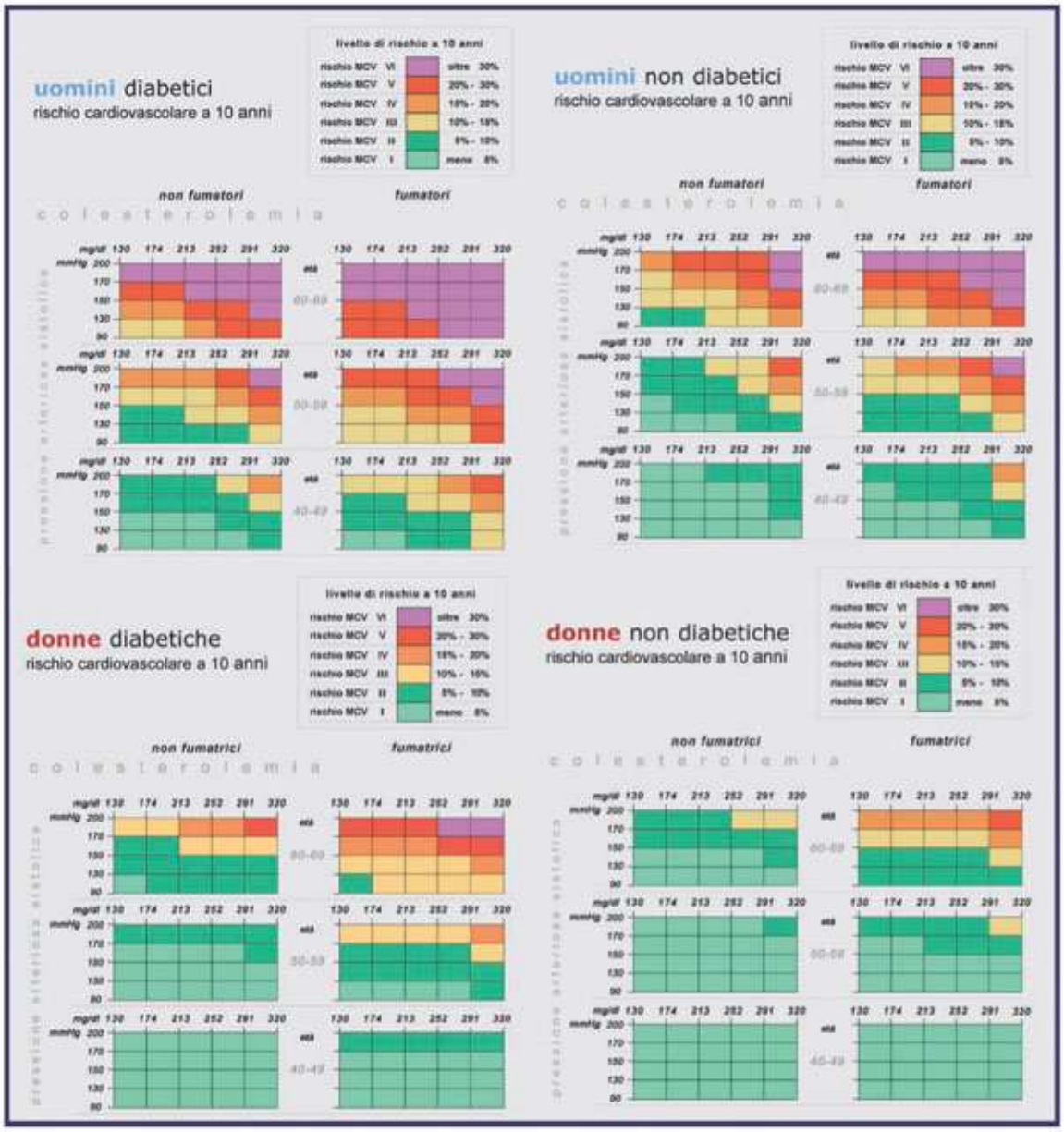
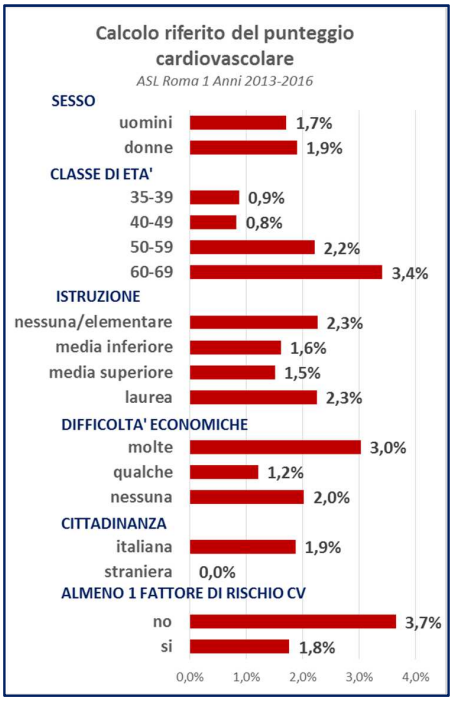


Figura 1. Carte del rischio del Progetto CUORE.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di tali fattori allo scopo di arrivare ad un valore numerico rappresentativo del "livello di rischio" del paziente; il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti

di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita. Le carte del rischio sono predisposte per uomini e donne e per presenza di diabete o meno.
Il calcolo del rischio cardiovascolare è, inoltre, un importante strumento per la comunicazione del "rischio individuale" al paziente, anche allo scopo di promuovere un cambiamento di abitudini di vita scorrette.
I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione, anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai Medici di Medicina Generale.

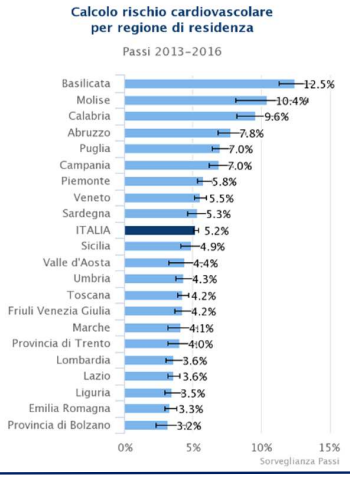


Nella ASL Roma 1, a quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

Nel 2013-2016 nel territorio della ASL Roma 1, meno del 2% degli intervistati, nella fascia 35-69 anni e senza patologie cardiovascolari, ha riferito che un medico ha calcolato loro il rischio cardiovascolare individuale.
In particolare, risultano aver avuto questo controllo le persone nella classe di età più elevata (dai 50 ai 69 anni).
Poco significative invece risultano le altre caratteristiche socio-demografiche rilevate (livello di istruzione, difficoltà economiche, cittadinanza e la presenza di fattori di rischio cardiovascolare).

Regione Lazio e Pool ASL PASSI

I dati rilevati mostrano che la carta del rischio è ancora poco utilizzata: nella Regione Lazio solo il 3,6% degli intervistati tra i 35 e 69 anni senza patologie cardiovascolari ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale, mentre nel Pool ASL PASSI 2013-2016 la percentuale è del 5,2%, con differenze significative a livello regionale, per cui il valore più alto si registra in Basilicata (12,5%) e il più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano (3,2%).



Conclusioni

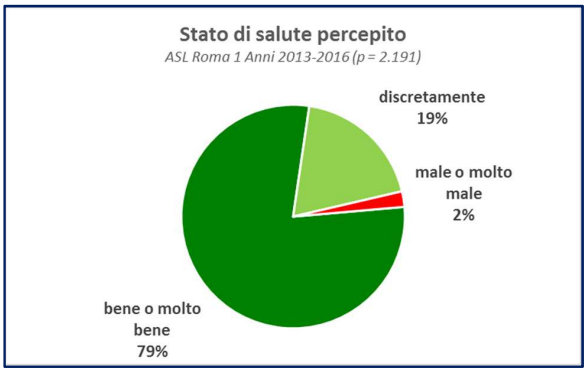
Nel territorio della ASL Roma 1 questo strumento è utilizzato in maniera nettamente inferiore rispetto alla media delle ASL del Lazio e al Pool di ASL nazionale.
Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:
- le *strategie di popolazione* sono rivolte a modificare la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità e vengono realizzate attraverso norme legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure attraverso iniziative informative e formative (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse; poiché gran parte degli interventi efficaci di promozione di comportamenti salutari e di contrasto ai fattori di rischio sono

esterni alla capacità di intervento del Servizio Sanitario Nazionale è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "*Guadagnare Salute*".
- *l'approccio individuale* è diretto ad identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti; in questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione, come previsto appunto nelle carte del rischio.
La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi dei Piani della Prevenzione sia nazionale che regionale 2014-2018, con programmi specifici per ridurre l'esposizione ai fattori di rischio modificabili come riportato nei capitoli dedicati, e con un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia di età 45-60 anni in condizioni di rischio per malattie croniche non trasmissibili tramite la realizzazione di uno "screening cardiovascolare".

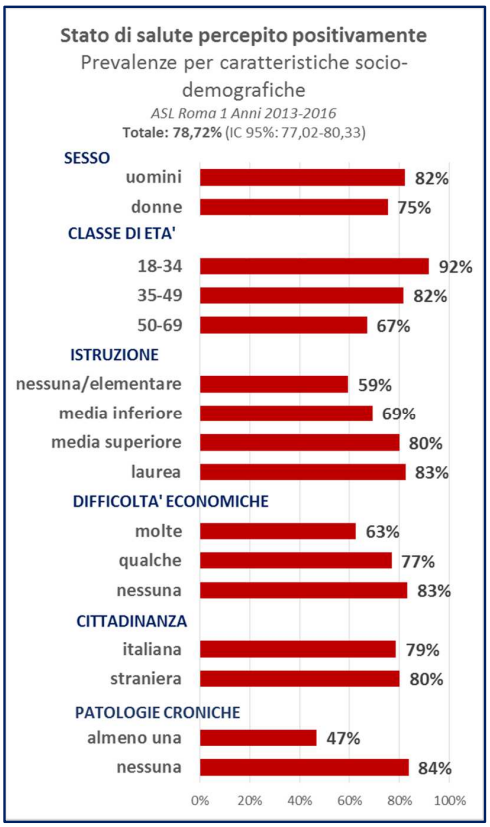
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

La definizione di salute messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948 come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non la mera assenza di malattia" ha comportato l'esigenza di misurare la salute, non solo in termini di frequenza di malattia, ma come la risultante di una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) ed una componente soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa).
Pertanto la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso che richiede la costruzione di indicatori capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere.
Nel Sistema di Sorveglianza PASSI la qualità della vita viene misurata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso 4 domande: lo stato di salute auto-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 mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come va in generale la salute dei residenti nella ASL Roma 1?



Il 79% degli intervistati ha giudicato il proprio stato di salute in *modo positivo,* riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 19% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).



In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

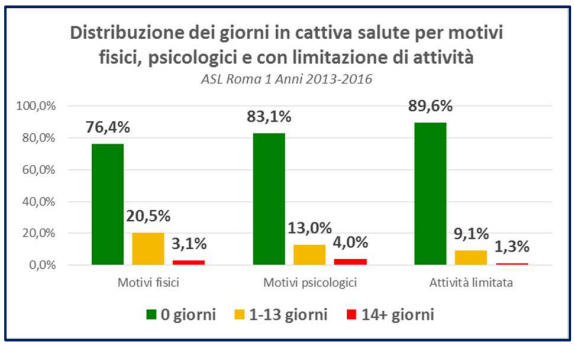
- i giovani nella fascia di età 18-34 anni, seguiti dai 35-49enni,
- gli uomini (75% vs donne 64%),
- le persone con alto livello di istruzione, con l'80% dei laureati vs 41% di quelli senza titolo di studio o con la licenza elementare),
- le persone senza difficoltà economiche,
- le persone senza patologie croniche severe (74% vs 44%).

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

Nella ASL Roma 1, la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di *essersi sentita bene* negli ultimi 30 giorni: il 78,7% bene o molto bene, il 19,1% discretamente. L'89,6% ha svolto le proprie attività abituali senza limitazioni.
Una piccola parte degli intervistati ha riferito 14 o più giorni in un mese di *cattiva salute*:

- il 3,1% per motivi fisici
- il 4% per motivi psicologici,
- una percentuale ancora più bassa (1,3%) ha riferito 14 o più giorni con limitazioni alle attività abituali.

Il numero medio di giorni al mese percepiti in *cattiva salute,* sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, è circa 1,5 giorni, mentre le attività abituali sono risultate limitate in media per meno di un giorno al mese. Il numero medio di giorni in cattiva salute, in generale, è maggiore nella fascia d'età 50-69 anni, nelle donne, nelle persone con molte difficoltà economiche e in presenza di patologie severe.



Conclusioni

L'indicatore "prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute" è un indicatore basato su un giudizio relativo soggettivo che può includere aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia, le circostanze e le proprie aspettative.
Nel territorio della ASL Roma 1, otto persone intervistate su 10 riferiscono la percezione di essere in buona salute. Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.
A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire indicazioni utili per meglio comprendere e corrispondere le esigenze di salute degli individui.
La misura dello stato di salute percepito e, in particolare, il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettagli forniti dal Sistema di Sorveglianza PASSI: infatti il "*sentirsi male*" più che lo "*star male*" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e Servizio Sanitario.
Gli indicatori dello "stato di salute percepito" sono funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, come quella dei "sintomi di depressione" a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

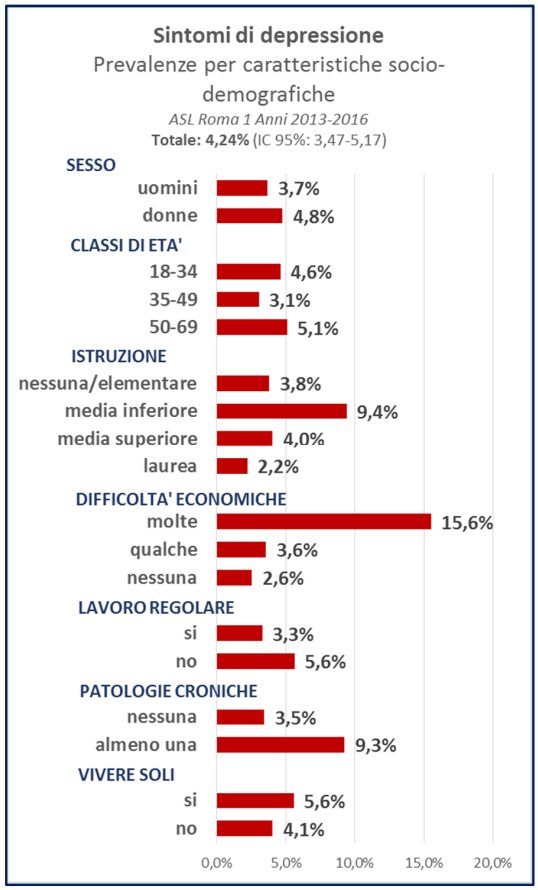
SINTOMI DI DEPRESSIONE

Il Disturbo Depressivo Maggiore è una patologia 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.
In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'OMS, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il "carico" che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo posto entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.
PASSI pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2), derivato dal Patient Health Questionnaire-9, quale strumento di screening. In ambito di sorveglianza il Phq-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo e ne misura la prevalenza e l'associazione con determinanti, patologie croniche e rischi comportamentali.

Nella ASL Roma 1, quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche socio-demografiche?

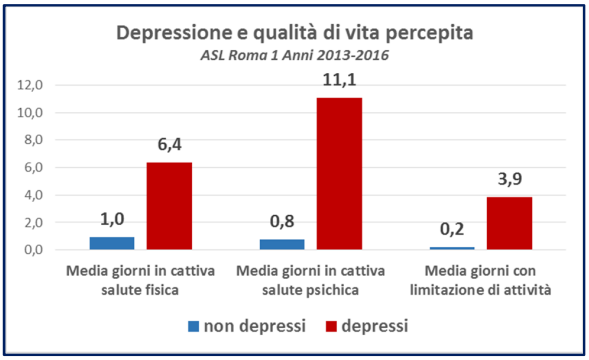
Il 4,2% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione, nelle ultime due settimane, prima dell'intervista.
Questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nella classe di età 50-69 anni (5,1% vs 4,6% dei 18-34enni e 3,1% dei 35-49enni),
- nelle donne (4,8% vs 3,7% degli uomini),
- nelle persone con molte difficoltà economiche (15,6% vs 2,6% nessuna difficoltà),
- nelle persone senza un lavoro continuativo (5,6% vs 3,3% con lavoro continuativo),
- nelle persone con almeno una patologia cronica (9,3% vs 3,5%),
- nelle persone che vivono sole (5,6% vs 4,1%).



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

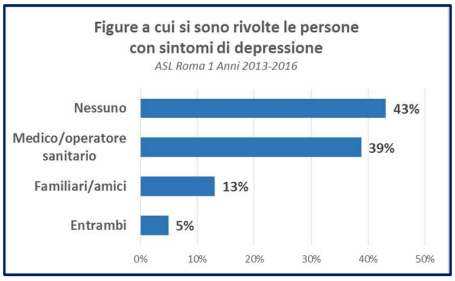
Nel territorio della ASL Roma 1, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone non depresse: il 52,7% ha descritto il proprio stato di salute "buono o molto buono" rispetto al 80,1% delle persone che sono risultate non depresse.



La media di giorni in cattiva salute fisica e/o mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata, logicamente, più alta tra le persone con sintomi di depressione.

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Il 56,9% delle persone con sintomi di depressione ha dichiarato di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare il 38,8% a medici/operatori sanitari, il 13,1% a familiari e il 4,9 ad entrambi.
Il 43,1% delle persone depresse, però, non si è rivolta ad alcuno.



Conclusioni

Nel territorio della ASL Roma 1 si stima che circa il 4% degli intervistati, pari a circa 28.000 persone tra i 18 e i 69 anni soffra di disturbi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe. Le persone con sintomi di depressione riportano un sensibile peggioramento della qualità della vita e limitazioni nelle attività quotidiane.
Poiché da un punto di vista di salute pubblica il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale ed economico per i Servizi Sanitari, la depressione è riconosciuta quale una delle cinque aree prioritarie del "Patto europeo per la salute e il benessere mentale", varato nel 2008 dalla Commissione europea.
In Italia, secondo le stime dello studio epidemiologico europeo sulla prevalenza dei disturbi mentali "Esemed", ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffrono di un disturbo depressivo.

acrylic painting by painter Aurora Mazzoldi

I risultati evidenziano, sia a livello nazionale che aziendale, 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 (quasi una persona su due).
Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una "sfida"per i Servizi Sanitari.
Inoltre, poiché esistono ancora renitenze culturali soggettive che rendono difficile il riconoscimento della condizione da parte delle persone, è auspicabile che i Medici di Medicina Generale e altri operatori sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o condizioni disagiate.
In questo senso, sarebbe necessario promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi affinché chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili ad affrontare efficacemente il problema.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE: SCREENING ONCOLOGICI

Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica finalizzati ad individuare, nella popolazione asintomatica invitata attivamente a sottoporsi al test, una malattia in una fase preclinica o i precursori della malattia stessa.
Mentre la prevenzione primaria cerca di evitare l'insorgenza del cancro, per esempio attraverso interventi sugli stili di vita o sull'ambiente, gli screening rientrano nella cosiddetta prevenzione secondaria, che mira a individuare la malattia quando è più facilmente curabile.
Lo screening si propone, quindi, di ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o lesioni precancerose.
Nel soppesare rischi, costi e benefici occorre ricordare che gli screening si rivolgono a persone nella grande maggioranza sane. Ciò impone di non eccedere in accertamenti diagnostici a volte più invasivi e che comportano costi eccessivi per la collettività. Per essere utilizzato come test di screening un esame deve quindi rispondere a precisi requisiti:

- deve essere sicuro.
- deve essere accettabile.
- deve poter cambiare il decorso della malattia. Infatti non avrebbe senso anticipare la diagnosi e quindi fornire alla persona la consapevolezza di essere affetta da una patologia se non fossero disponibili trattamenti in grado di curarla o rallentarne il decorso in maniera significativa.
- deve avere un costo sostenibile per la collettività.
- deve essere il più possibile attendibile. Per essere considerato utilizzabile nell'ambito degli screening, un test deve infatti avere una specificità molto alta e un buon livello di sensibilità. La **sensibilità** è la capacità di individuare il maggior numero possibile di persone effettivamente ammalate tra quelle sottoposte al test, ossia di dare il numero più basso possibile di falsi negativi. La **specificità** è la proprietà dell'esame di non diagnosticare erroneamente una malattia in chi non ce l'ha, ossia di dare il numero più basso possibile di falsi positivi.

I programmi di screening approvati e avviati in Italia sono quelli per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto. È stato dimostrato che questi programmi, non solo salvano numerose vite umane, ma aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita, con effetti positivi decisamente superiori a quelli negativi. Inoltre, per la loro stessa struttura organizzativa, sono in grado di incidere sulle disuguaglianze nella salute.
Rispetto ai programmi di prevenzione oncologica, il Sistema di Sorveglianza PASSI rileva, chiedendolo direttamente alle persone interessate per genere e fasce di età, se e quando sono stati effettuati il Pap test e/o la mammografia e/o la ricerca di sangue occulto o la colonscopia e se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (la stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame). Gli screening organizzati riducono le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione e per la gran parte delle persone meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente di altre si sottopongono agli screening, l'offerta di un programma organizzato rappresenta l'unica occasione di prevenzione delle neoplasie suddette.
I dati riportati nelle presentazioni sono tratti da "AIRTUM: I numeri del cancro in Italia 2017" e Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)-CCM e dal report 2014 dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

DIAGNOSI PRECOCE DELLA NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO

Il fattore eziologico di carcinoma della cervice uterina è costituito da un pool di ceppi ad alto rischio del Papilloma Virus Umano (HPV) a trasmissione per via sessuale. I fattori di rischio riguardano fondamentalmente tutte le condizioni di trasmissione del virus e di progressione delle lesioni pre-maligne. Queste condizioni sono favorite dal basso livello socio-economico (per scarso accesso alla prevenzione), numero di partner, giovane età di inizio dell'attività sessuale e parità.
Fra gli ulteriori fattori di rischio sono stati individuati gli stati di immunodeficienza, il fumo di sigaretta e la contraccezione ormonale. Una componente familiare del rischio è stata riconosciuta, pur nella difficoltà di discriminare tra fattori propriamente genetici (immunodeficienza) e la condivisione di fattori ambientali.
Il carcinoma della cervice uterina è al secondo posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne mentre rappresenta in Italia la sesta neoplasia per frequenza, con circa 2.300 nuovi casi stimati per il 2017. Il trend totale di incidenza 2003-2017 appare costante e presenta un gradiente Nord-Sud (AIRTUM: "I numeri del cancro in Italia 2017").
Nel 2014 i decessi per tumore della cervice uterina in Italia sono stati 459. Il trend totale 2003-2017 appare costante e non si evidenziano differenza di mortalità tra Nord e Sud.
L'andamento decrescente di incidenza e mortalità osservato dal 1980 al 2000 è sicuramente imputabile all'aumentata diffusione del pap-test che consente di individuare e curare lesioni precancerose.
In Italia il tumore della cervice uterina da molto tempo è oggetto di screening spontaneo e organizzato. Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, i programmi di screening organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, hanno coperto, nel 2015, quasi l'80% delle donne italiane tra i 25 e i 64 anni, che vivono in aree dove questi sono attivi. Il divario di copertura della popolazione bersaglio del Pap test (25-64 anni) tra Sud e Centro-Nord si è andato riducendo. La percentuale di adesione all'invito risulta ancora bassa e per la prima volta dal 2008 scende, se pur di poco, sotto il 40%, con una variabilità tra le diverse regioni.
Accanto alla modalità "organizzata" 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.
Negli ultimi anni in diverse ASL sono stati avviati progetti pilota al fine di valutare l'utilizzo del test per la ricerca del DNA del papilloma virus come test di screening primario: esistono infatti prove scientifiche sufficienti per affermare che il test per l'HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del DNA di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*).
L'Italia è stata uno dei primi Paesi ad effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

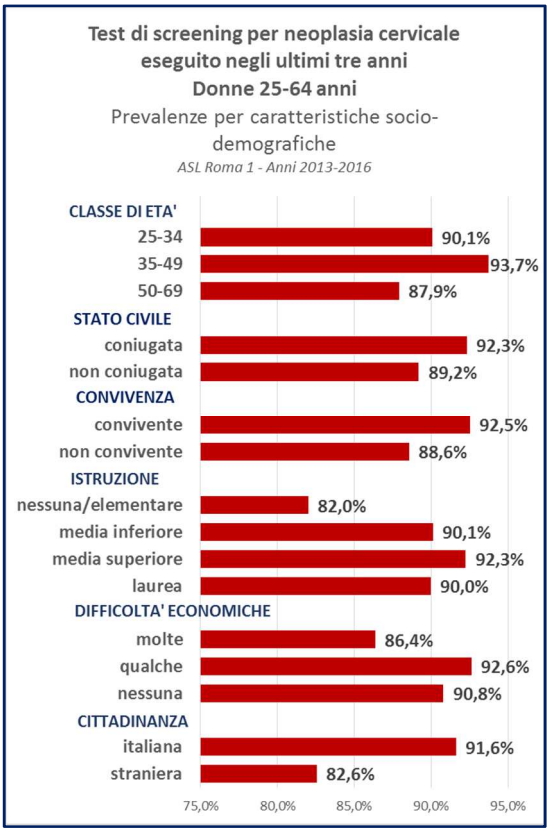
Nella ASL Roma 1, quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo con le linee guida?

Nel territorio della ASL Roma 1 il programma di screening, iniziato nel 1999, è ormai consolidato.
Come previsto dalle linee guida, il programma si avvale dell'esecuzione di un Pap test con cadenza triennale nelle donne residenti di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Come per tutti i programmi di screening, sono garantite tutte le successive fasi diagnostiche e/o terapeutiche, qualora necessarie.
In accordo con le indicazioni della Regione Lazio, nel 2016 la ASL Roma 1 ha introdotto l'uso del test HPV per le donne tra i 50 e i 64 anni. La fascia di età interessata sarà progressivamente estesa negli anni successivi fino a raggiungere tutte le donne tra i 30 e i 64 anni. La periodicità di esecuzione del test è ogni 5 anni.

Nella ASL Roma 1 nel periodo 2013-2016, il 90,9% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo per la neoplasia del collo dell'utero (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.

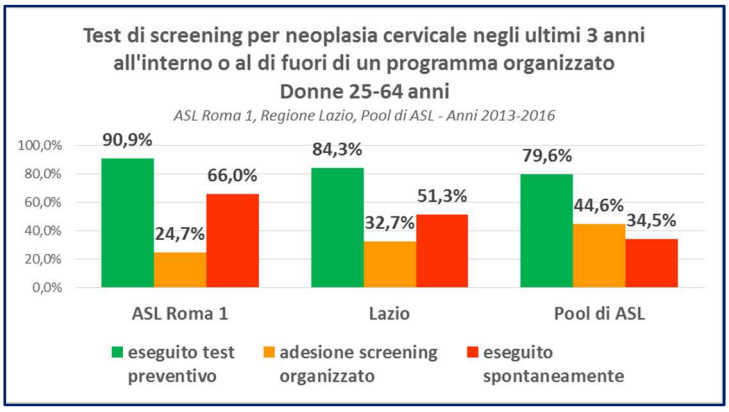
In particolare, l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella classe di età 35-49 anni (93,7% vs 90,1% nelle 25-34 aa e 87,9% nelle 50-64 aa),
- coniugate o conviventi,
- con più alto livello d'istruzione (91,3% laurea e scuola media superiore vs 88,9% nessun titolo o licenza elementare),
- con cittadinanza italiana (91,6% vs 82,6% straniera).



Quante donne hanno eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato e quante spontaneamente?

Accanto alla modalità organizzativa raccomandata, è presente anche una quota non trascurabile di "screening spontaneo", caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy (aver pagato o meno l'esame).

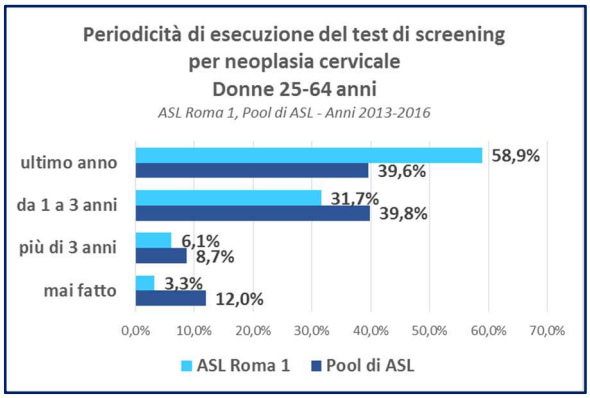


Nel territorio della ASL Roma 1, le donne intervistate di 25-64 anni che hanno effettuato il test preventivo negli ultimi 3 anni, sono 9 su 10 (90,9%) e di queste il 24,7% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 66,0% l'ha eseguito come prevenzione individuale.

Quale è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

Nel territorio della ASL Roma 1, la quota stimata delle donne che non pratica affatto la prevenzione del tumore della cervice uterina o lo fa in modo non ottimale, è pari al 9,4%: il 3,3% riferisce di non essersi mai sottoposte a screening ed il 6,1% di averlo fatto da più di 3 anni.

La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta "percezione del rischio" sembra giocare il ruolo principale: il 20,8% ritiene infatti di "non averne bisogno" ed il 24,2% non lo fa "per pigrizia". Inoltre il 34,9% delle intervistate riferisce di non aver ricevuto il consiglio di effettuare il test da parte di un operatore sanitario.



Inoltre più di una donna su 2 (58,9%) ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame; esiste pertanto una quota di

donne che esegue l'esame con una frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "*sovra copertura*").

Quale promozione e quale efficacia degli interventi nell'esecuzione dello screening per neoplasia cervicale?

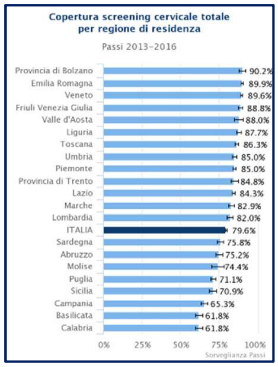
Nel territorio della ASL Roma 1, le donne di 25-64 anni intervistate hanno riferito:

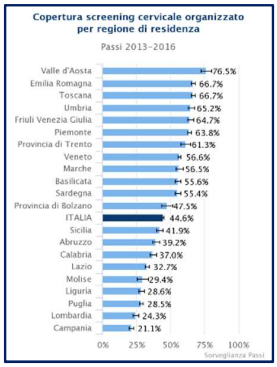
- il 50,4% di aver ricevuto una lettera di invito della ASL,
- il 55,4% di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening,
- il 77,1% di aver ricevuto, da un operatore sanitario, il consiglio di eseguire con regolarità il test di screening,
- Il 15,4% ha dichiarato di non aver ricevuto alcun intervento informativo.

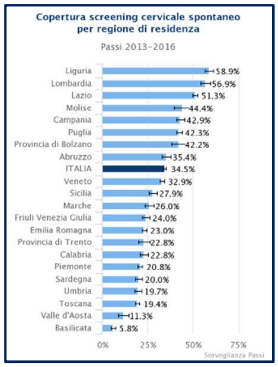
L'efficacia della promozione cresce all'aumentare del numero di interventi; con 2 o più interventi l'adesione arriva al 96%.

Regione Lazio e Pool ASL PASSI

Nella Regione Lazio l'84,3% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening cervicale (Pap test o HPV+ test) a scopo preventivo negli ultimi 3 anni.
Nel Pool di ASL PASSI 2013-2016, quasi 4 donne su 5 di 25-64 anni di età (79,6%), riferiscono di aver effettuato lo screening cervicale, con una frequenza significativamente più alta fra le donne 35-49enni (83,3%), fra le coniugate o conviventi, fra le donne con titolo di studio più elevato e fra le donne senza difficoltà economiche (84,6%). La copertura tra le italiane è più alta rispetto alle straniere (79,8% vs 73,8%). L'analisi multivariata conferma l'associazione con tutte le variabili prese in considerazione.
La distribuzione geografica della copertura dello screening cervicale disegna un gradiente geografico a svantaggio delle Regioni meridionali: la percentuale di donne che si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo è pari al 90,2% nella Provincia Autonoma di Bolzano, mentre la percentuale più bassa si registra in Basilicata con il 61,8%).
Lo screening cervicale a scopo preventivo viene effettuato in maggior misura nell'ambito dei programmi "organizzati" dalle ASL: nella Regione Lazio aderisce allo screening organizzato solo il 32,7% del target femminile, mentre il 51,3% effettua il test spontaneamente; nel Pool di ASL il 44,6% si sottopone allo screening cervicale offerto dalle ASL, con una percentuale maggiore nelle regioni del centronord, mentre il 34,5% lo fa su iniziativa spontanea.
Nel Pool di ASL risulta rilevante la quota delle donne che non pratica affatto la prevenzione del tumore della cervice uterina o lo fa in modo non ottimale: il 12,0% riferisce di non essersi mai sottoposta a screening cervicale e l'8,7% riferisce di averlo fatto da più di 3 anni. Diverse sono le motivazioni fornite per la mancata esecuzione del test di screening, la più frequente (29,5%) è l'idea di non averne bisogno, che può essere interpretata come una errata percezione del rischio.







Conclusioni

La partecipazione della popolazione è uno dei fattori che maggiormente influenza l'efficacia dei programmi di screening oncologico nel ridurre la mortalità e/o la morbosità per tumore. E' infatti

necessario raggiungere alti tassi di partecipazione per ottenere un significativo impatto sulla salute della popolazione coinvolta.
La quota di adesione al programma organizzato aziendale rilevata da PASSI nella ASL Roma 1 (24,7%) risulta molto inferiore a quella presente a livello nazionale (44,6%), mentre la quota di esecuzione individuale spontanea del test presso il proprio ginecologo o altro servizio sanitario di fiducia è superiore a quella presente a livello nazionale.
Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono gli strumenti più efficaci per promuovere la partecipazione: nelle donne raggiunte da questi interventi, soprattutto se associati, la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.
Tra i tre programmi, lo screening per la diagnosi precoce delle neoplasie dell'utero è quello in cui più rilevanti possono essere le **disuguaglianze** rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test. La minore adesione al programma di screening riscontrata nei cittadini stranieri suggerisce una particolare attenzione nel promuovere e mantenere iniziative specifiche atte a favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.
E' in questa ottica che la ASL Roma 1 ha avviato, nell'anno 2016, un rapporto di collaborazione con l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) per la prevenzione del cervicocarcinoma attraverso una capillare informazione e l'esecuzione del pap test/test HPV nelle donne socialmente svantaggiate, che difficilmente potrebbero essere raggiunte attraverso i normali canali di invito previsti dai programmi di screening organizzato.

DIAGNOSI PRECOCE DELLA NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

Il tumore alla mammella rappresenta la neoplasia più frequente nel sesso femminile in tutte le fasce di età e presenta un'ampia variabilità geografica, con tassi più alti, fino a 10 volte, nei Paesi economicamente più avanzati.
I fattori di rischio sono numerosi. Tra questi l'età; infatti il rischio di ammalare di carcinoma della mammella aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,4% fino a 49 anni (1 donna su 42), del 5,5% tra 50 e 69 anni (1 donna su 18) e del 4,7% tra 70 e 84 (1 donna su 21), correlazione probabilmente legata allo stimolo ormonale (AIRTUM "I numeri del cancro in Italia 2017). La curva di incidenza cresce esponenzialmente sino agli anni della menopausa (50-55 anni) e poi rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni; questo specifico andamento è legato sia alla storia endocrinologica della donna sia alla presenza e alla copertura dei programmi di screening mammografico.
Un aumentato rischio è riconducibile anche a fattori riproduttivi (lunga durata dell'età fertile, menopausa tardiva), ormonali (terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa, contraccettivi orali), dietetici e metabolici. Difatti, l'elevato consumo di alcool e di grassi animali ed il basso consumo di fibre vegetali sembrerebbero essere associati ad aumentato rischio di carcinoma mammario e stanno assumendo sempre maggiore importanza la dieta e i comportamenti che conducono all'insorgenza di obesità e sindrome metabolica.
L'obesità è un fattore di rischio riconosciuto, probabilmente legato all'eccesso di tessuto adiposo che in postmenopausa rappresenta la principale fonte di sintesi di estrogeni circolanti, con conseguente eccessivo stimolo ormonale sulla ghiandola mammaria. La sindrome metabolica, con obesità addominale, alterato metabolismo glicidico (diabete o prediabete), elevati livelli di lipidi (colesterolo e/o trigliceridi) e ipertensione arteriosa, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari ma anche di carcinoma mammario. Allo sviluppo della sindrome contribuiscono in maniera chiara stili di vita basati su scarsa attività fisica e diete ipercaloriche e ricche di grassi e carboidrati semplici, ne consegue che agendo su questi fattori di rischio modificabili attraverso una regolare attività fisica quotidiana abbinata ad una dieta equilibrata, si potrebbe ridurre il rischio di sviluppo di carcinoma mammario.
In Italia si stima saranno diagnosticati, nel 2017, circa 50.000 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile, rappresentando circa un tumore maligno ogni tre (28%), e nel 2015 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con oltre 12.000 decessi (ISTAT), al primo posto anche in diverse età della vita, rappresentando il 30% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 22% tra i 50 e i 69 anni e il 15% dopo i 70 anni. Dalla fine degli anni novanta si osserva una moderata, ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-2,2% l'anno), attribuibile ad una più alta sensibilità dei test e quindi all'anticipazione diagnostica ed anche ai progressi terapeutici.
La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre comorbidità, è in moderato e costante aumento da molti anni (attualmente circa l'87%), in relazione a diverse variabili, tra cui l'anticipazione diagnostica (screening) e il miglioramento delle terapie. La buona prognosi a lungo termine della malattia presenta inoltre un andamento costante nel tempo: ad un anno dalla diagnosi la probabilità di sopravvivere altri 5 anni aumenta lievemente, cosi come quella a 5 anni dalla diagnosi.
Per queste ragioni il Ministero della Salute raccomanda alle donne tra 50 e 69 anni l'esecuzione dello screening di popolazione, tramite l'adesione ad un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, ogni due anni, basato su un invito attivo da parte del SSN.
Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.
L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, riporta un lento ma progressivo aumento delle donne invitate ad effettuare una mammografia, dal 2010 al 2015. Nel biennio 2014-2015 le donne invitate sono state quasi 6 milioni,

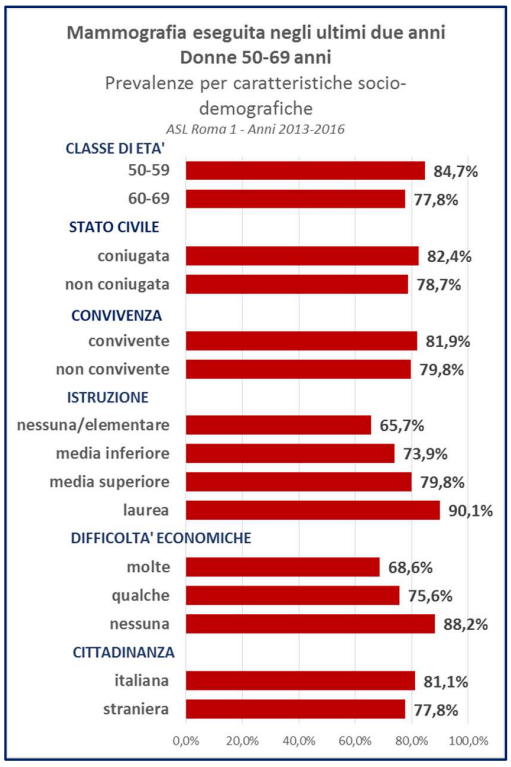
con una media di adesione all'invito del 55,5%, per cui sono state esaminate circa 3,3 milioni di donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore 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, 2011).
Il Sistema PASSI rileva, chiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di *screening organizzato* dalla ASL oppure *su iniziativa personale*. L'adesione al programma di screening organizzato è ricavata con una domanda sul costo sostenuto per l'esecuzione della mammografia. Quindi rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte negli ultimi due anni dalla data di intervista, a mammografia a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi (come previsto dalle linee guida nazionali e internazionali), con costo a totale carico della ASL.

Quante donne hanno eseguito una mammografia in accordo con le linee guida, nella ASL Roma 1?

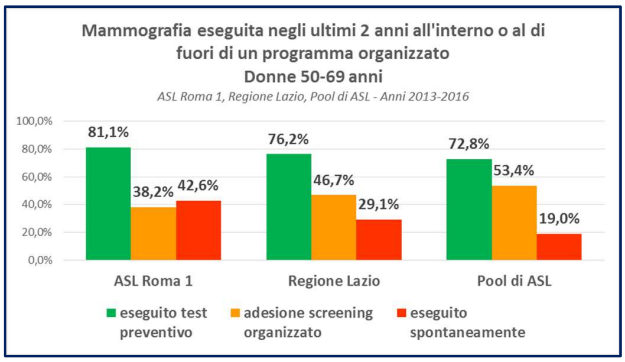
Nella ASL Roma 1, nel periodo 2013-2016, il 81,1% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
In particolare l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella fascia 50-59 anni,
- coniugate,
- con laurea o diploma universitario,
- senza difficoltà economiche,
- con cittadinanza italiana.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), l'80,8% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.
L'età media della prima mammografia preventiva è di 42,5 anni nella fascia di età 50-69 anni, mentre è di 39,8 anni nelle donne tra i 40 e 49 anni (fascia prescreening).



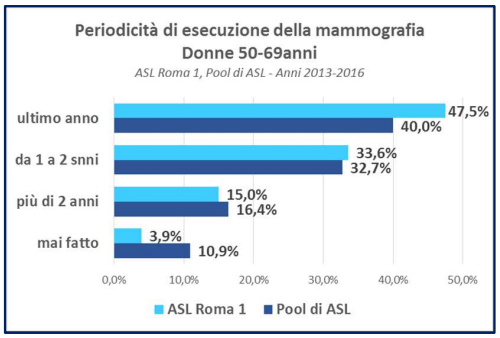
Quante donne di 50-69 anni hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?



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 alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito.
Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di *screening spontaneo*, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy (aver pagato o meno l'esame).

Nel territorio della ASL Roma 1, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 38,2% riferisce di aver eseguito la mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 42,6% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?



L'esecuzione della mammografia è raccomandata dalle linee guida con periodicità biennale.
Nel territorio della ASL Roma 1, il 81,1% delle donne 50-69enni si è sottoposta a screening mammografico nei due anni precedenti l'intervista; di queste il 33,6% l'ha effettuato tra 1 e 2 anni prima ed il 47,5% negli ultimi 12 mesi, quindi più frequentemente di quanto atteso, vista la cadenza biennale raccomandata.
Il 3,9% delle intervistate ha riferito, infine, di non aver mai eseguito una mammografia preventiva. Questa percentuale sommata a quella delle donne che hanno eseguito la mammografia più di 2 anni prima dell'intervista (15,0%) porta al 18,9% le donne di 50-69 anni che non sono coperte per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella.
La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la "non corretta percezione del rischio" sembra giocare il ruolo principale, infatti, il 32,4% ritiene di "non averne bisogno", il 15,5 riferisce di "non aver ricevuto il consiglio di farla" e il 14,6% riferisce di "non aver avuto tempo".

Quale promozione e quale efficacia degli interventi nell'esecuzione della mammografia?

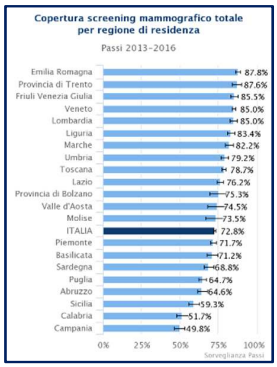
Nel territorio della ASL Roma 1:

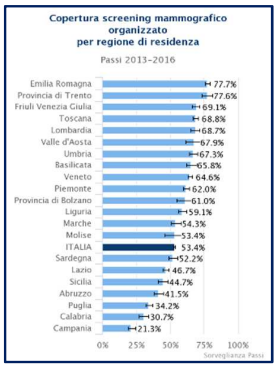
- il 71,8% delle donne ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL,
- il 67,0% ha riferito di aver visto o sentito la campagna informativa,
- l'81,1% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un medico o operatore sanitario.
- l'11,1% delle donne non ha ricevuto alcun intervento di promozione dello screening.

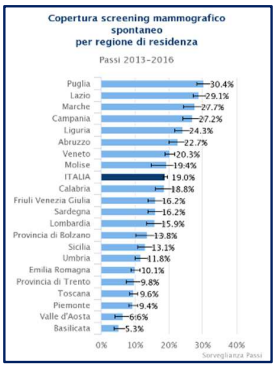
Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta la percentuale di adesione allo screening.

Regione Lazio e Pool ASL PASSI

Nella Regione Lazio circa il 76,2% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, mentre nel Pool di ASL PASSI tale percentuale scende al 72,8%.
Il gradiente Nord-Sud della copertura è a sfavore delle Regioni meridionali: la prevalenza più alta si riscontra in Emilia-Romagna (87,8%), mentre quella più bassa si rileva in Campania (49,8%).
Fare una mammografia preventiva è significativamente più frequente nelle donne più giovani (50-59 anni, 75%), in quelle coniugate o conviventi (75% e 74,0%), fra le più istruite (79%), fra le donne senza difficoltà economiche (81%) e tra le italiane rispetto alle straniere (73% vs 65%).
L'analisi multivariata conferma l'associazione con l'età, la convivenza, il livello di istruzione, lo status economico e la cittadinanza.
Nella Regione Lazio, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 46,7% riferisce di aver eseguito la mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 29,1% l'ha eseguita come prevenzione individuale. Nel Pool di ASL PASSI tali percentuali sono rispettivamente del 53,4% e del 19,0%.







Conclusioni

Nella Regione Lazio il programma di screening mammografico organizzato è ormai consolidato ed i tassi di adesione, forniti dall'Osservatorio Nazionale Screening, sono aumentati progressivamente negli anni.

Nel territorio della ASL Roma 1, sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI rilevati nelle donne di 50-69 anni residenti, nel periodo 2013-2016, l'81,1% ha eseguito la mammografia nei tempi raccomandati dalle linee guida; quindi circa 8 donne su 10 aderiscono al programma di prevenzione del tumore della mammella. Di queste, meno di quattro donne su 10 lo fa nell'ambito del programma organizzato, mentre poco più di quattro donne su 10 fanno prevenzione su iniziativa personale.

Le disuguaglianze rispetto alla partecipazione sono legate in particolare al grado di istruzione, alle difficoltà economiche e soprattutto alla cittadinanza (italiani 73% vs stranieri 65%), pertanto una particolare attenzione va posta nel mantenere iniziative specifiche atte a favorire l'adesione nei confronti delle fasce di popolazione socialmente ed economicamente svantaggiate.

Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) si confermano gli strumenti più efficaci per promuovere il programma di screening organizzato del tumore della mammella.

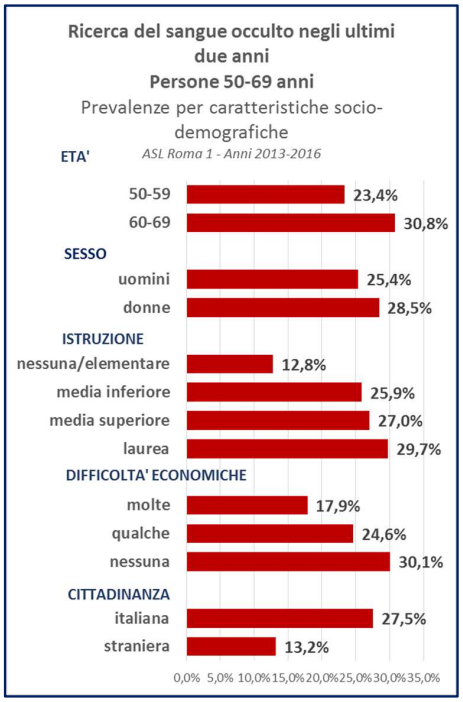
La mammografia è spesso praticata già prima dei 50 anni, età nella quale il rapporto tra benefici e rischi è apparentemente minore e aumentano i costi per anno di vita salvata. È proprio per questi motivi, del resto, che le attuali raccomandazioni prevedono che le ASL offrano lo screening prima dei 50 anni, ma solo dopo aver raggiunto una protezione ottimale per le donne tra 50 e 69.

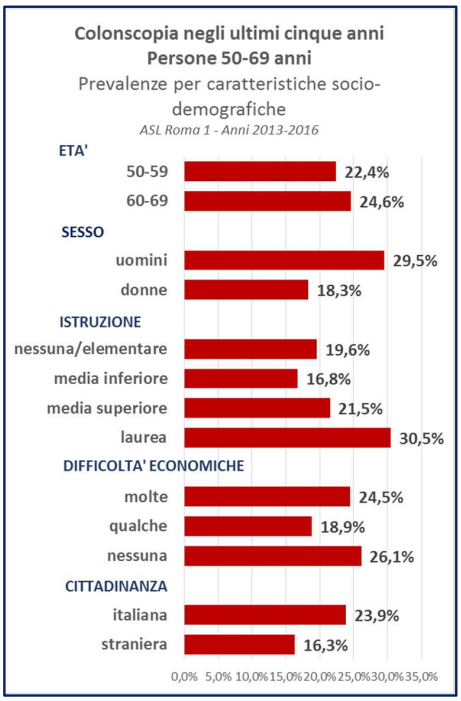
DIAGNOSI PRECOCE DELLA NEOPLASIA DEL COLON-RETTO

Il carcinoma del colon-retto, con quasi 53.000 diagnosi stimate per il 2017, si colloca al secondo posto per frequenza, sia negli uomini (16% di tutti i nuovi tumori), che nelle le donne (13% di tutti i nuovi tumori), preceduto rispettivamente dalla prostata e dalla mammella (AIRTUM: "I numeri del cancro in Italia 2017").
Anche se circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose, gli stili di vita e la familiarità sono da tempo chiamati in causa quali fattori di aumento del rischio di incidenza di queste lesioni. Tra i primi spiccano fattori dietetici quali il consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, il soprappeso e la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcool. Una protezione, oltre al controllo dei citati fattori di rischio, è conferita dal consumo di frutta e verdure, carboidrati non raffinati, vitamina D e calcio.
La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione sono alla base della progressiva crescita dell'incidenza di questo tumore negli ultimi decenni. Il trend temporale per gli uomini è passato da un andamento in crescita (+2,1% l'anno) nel periodo 2003-2007, ad una successiva riduzione (-3,8% l'anno dopo il 2007), effetti potenzialmente associati all'attivazione dei programmi di screening organizzati. Anche tra le donne si osserva lo stesso andamento senza però raggiungere la significatività statistica (-0,7%/anno nel periodo 2003-2017).
I confronti geografici nazionali mostrano un gradiente, che si sta tuttavia attenuando, dal Nord-Centro verso il Sud sia nei maschi (Sud –15% rispetto al Nord) che nelle femmine (Sud –12%), anch'esso coerente con la diversa presenza dei fattori precedentemente indicati.
Nel 2014 sono stati osservati 18.671 decessi per carcinoma del colon-retto (ISTAT), di cui il 54% tra gli uomini. La mortalità per questa patologia è in calo sia tra gli uomini (–1,8% l'anno) che tra le donne (-1% l'anno); si è inoltre ridotto il gradiente Nord-Centro-Sud.
Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia colorettale. Gli esami di screening infatti sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, consentendo anche l'identificazione e la rimozione di precursori (adenomi) prima della loro trasformazione in carcinoma, con una conseguente riduzione della mortalità sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia.
Lo screening è indirizzato a uomini e donne asintomatici dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva mediante il test di ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) con ripetizione regolare ogni 2 anni, oppure dalla rettosigmoidoscopia/colonscopia. Per quest'ultimo esame, la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.
Esistono marcate differenze di estensione di questo screening tra le regioni del Nord e del Sud Italia. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle ASL, nel Piano Nazionale della Prevenzione, di organizzare i programmi di screening di popolazione.
L'Osservatorio Nazionale Screening stima che nel 2015 siano stati invitati oltre 5,3 milioni di persone con un'adesione del 43%. Nel biennio 2012-2013 circa 3,8 milioni di persone si sono sottoposte al test con un'adesione corretta del 46%, il 4,7% di test positivi, il 78% di persone che hanno aderito all'approfondimento e sono stati individuati oltre 5.400 carcinomi (1,4‰) e più di 29.000 adenomi avanzati (7,7‰).
Il Sistema PASSI chiede direttamente alle persone di 50-69 anni se e quando hanno effettuato un test di screening colo-rettale (SOF e/o colonscopia/rettosigmoidoscopia) e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale: rientrano nel programma di *screening organizzato* coloro che, nella fascia di età 50-69 anni, dichiarano di essersi sottoposte ai test a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, nei tempi raccomandati, con costo a totale carico della ASL, mentre le persone che hanno sostenuto l'intero costo o il costo del ticket, rientrano in programmi di *prevenzione individuale*.

Nella ASL Roma 1 quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo-rettali, in accordo alle linee guida?

Nella ASL Roma 1 il programma di screening colorettale è stato avviato nel 2010. Nell'ambito della Sorveglianza PASSI, nel periodo 2013-2016, il 42,2% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver aderito allo screening, effettuando un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo-rettali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
Il 20,1% ha dichiarato di aver aderito allo screening organizzato, mentre il 21,4% ha eseguito i test spontaneamente.
Il 27,0% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni, con una adesione più elevata nella classe 60-69 anni, nelle donne, nelle persone con laurea/diploma universitario e nelle persone senza difficoltà economiche. E' da rilevare un progressivo importante aumento dell'adesione alle linee guida dal 2010 (10%) al 2016 (32,5%).
Per quanto riguarda l'esecuzione di una colonscopia a scopo preventivo, il 23,5% delle persone ha dichiarato di averla eseguita negli ultimi 5 anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.





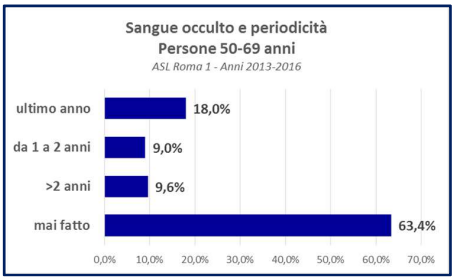
Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali?

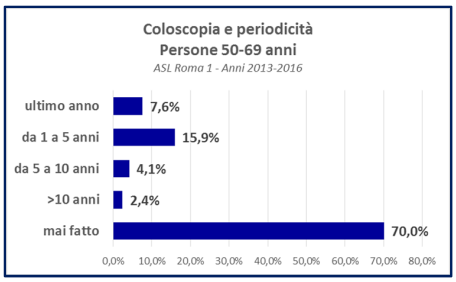
Per quanto riguarda la periodicità dello screening con il test per la *ricerca di sangue occulto nelle feci,* nella ASL Roma 1:

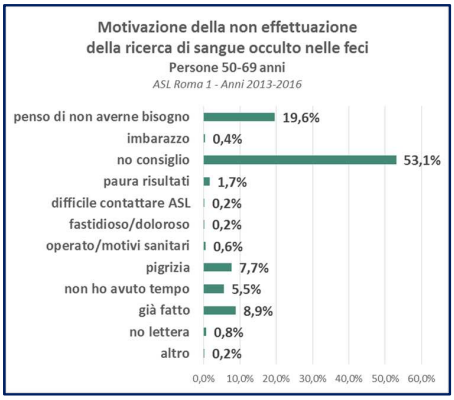
- il 18,0% delle persone ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
- il 9,0% da 1 a 2 anni prima dell'intervista,
- il 9,6% da più di 2 anni.

Il 63,34% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo. Questa percentuale sommata a quella di chi ha effettuato la ricerca SOF da più di 2 anni porta al 70% le persone di 50-69 anni che non sono coperte per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del colon-retto.
La non esecuzione dell'esame è associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la "non corretta percezione del rischio" sembra giocare il ruolo principale. Il 53% riferisce di non

aver ricevuto il consiglio di effettuarlo, il 20% ritiene di "non averne bisogno" e l'8% non l'ha eseguita "per pigrizia".





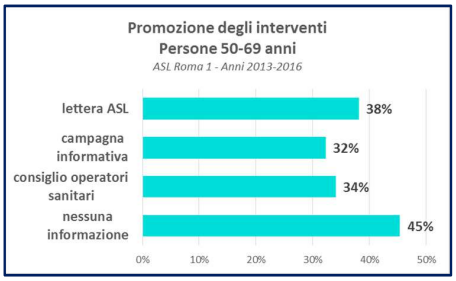


Tali motivi possono riflettere la sottovalutazione del rischio di cancro colon-rettale, la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce e, infine, un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.
Relativamente all'ultima *colonscopia o rettosigmoidoscopia* eseguita, il 7,6% degli intervistati ha riferito di averla effettuata nell'ultimo anno, il 15,9% da 1 a 5 anni, il 4,1% da 5 a 10 anni, il 2,4% da più di dieci anni. Il 70,0% ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Quale promozione e quale efficacia degli interventi nell'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

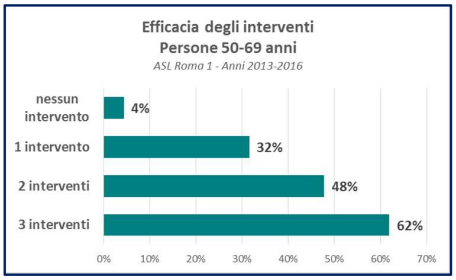
Nel territorio della ASL Roma 1 le persone intervistate di 50-69 anni hanno riferito:

- il 38,1% di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL,
- il 32,3% di aver visto o sentito una campagna informativa,
- il 34,1% di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettale.
- il 45,4% di non aver ricevuto alcun tipo di intervento informativo.



Il 16,6% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da 3 interventi di promozione dello screening colo-rettale, il 16,7% da 2 interventi e il 21,3% da un solo intervento.
Al crescere del numero degli interventi recepiti aumenta l'efficacia degli stessi, infatti l'adesione è stata:

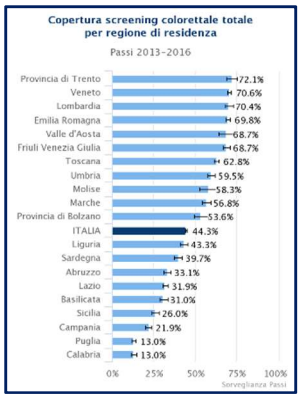
- con nessun intervento del 4,4%,
- con 1 intervento del 31,6%,
- con 2 interventi del 47,8%,
- con 3 interventi del 61,9%.

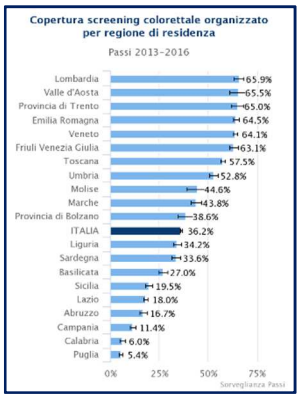


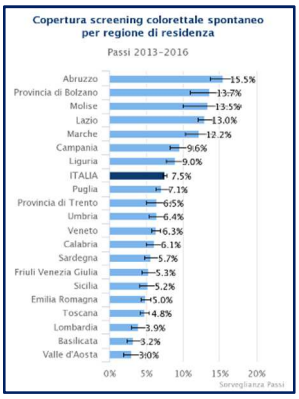
Regione Lazio e Pool ASL PASSI

A livello di Pool di ASL nazionale risulta ancora piuttosto bassa la copertura dello screening colon rettale: nel 2013-2016, il 44,3% degli intervistati di 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali a scopo preventivo, in accordo con le raccomandazioni.

Nella Regione Lazio il 22,4% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni e il 16,4% di aver eseguito una colonscopia o rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni, a scopo preventivo, mentre nel Pool di ASL PASSI, sono rispettivamente il 38,1% e il 13,9%.
La percentuale di chi ha eseguito il test SOF è più alta in Valle d'Aosta (66%), mentre la percentuale più bassa si riscontra in Calabria (6,3). Ad esso si sottopongono più frequentemente i 60-69enni (42%), le persone senza difficoltà economiche (49%), gli italiani rispetto agli stranieri (38% vs 35%).
Il 62% delle persone 50-69enni non ha tuttavia praticato una prevenzione ottimale perché non ha mai eseguito il *test della ricerca del SOF* (54%) o perché l'ha eseguito da più di 2 anni (8%).
I motivi più frequenti sono "penso di non averne bisogno" (34%) e "nessuno me lo ha consigliato" (28%) che potrebbero essere interpretati come una errata percezione del rischio, sia da parte degli intervistati che da parte degli operatori sanitari.
L'adesione allo screening colorettale avviene prevalentemente nell'ambito di programmi organizzati e poco su iniziativa personale (36,2% vs. 7,5%). L'evoluzione temporale, nel quadriennio 2013-2016, evidenzia un andamento in crescita della copertura della ricerca del SOF effettuato secondo le linee guida nelle tre macroaree italiane (Nord, Centro, Sud e Isole).
La *colonscopia/rettosigmoidoscopia* è un esame secondario alla ricerca di sangue occulto nelle feci, ovvero un esame che completa la procedura diagnostica iniziata con la ricerca del sangue occulto, pertanto non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening. Il 13,9% degli intervistati di 50-69 anni di età riferisce di aver effettuato una colonscopia o rettosigmoidoscopia a scopo preventivo nei 5 anni precedenti l'intervista: la percentuale più alta si riscontra nella Provincia Autonoma di Bolzano (29%), la più bassa in Basilicata (8%). Inoltre è più alta nei 60-69enni, negli uomini, nelle persone senza difficoltà economiche e tra gli italiani.







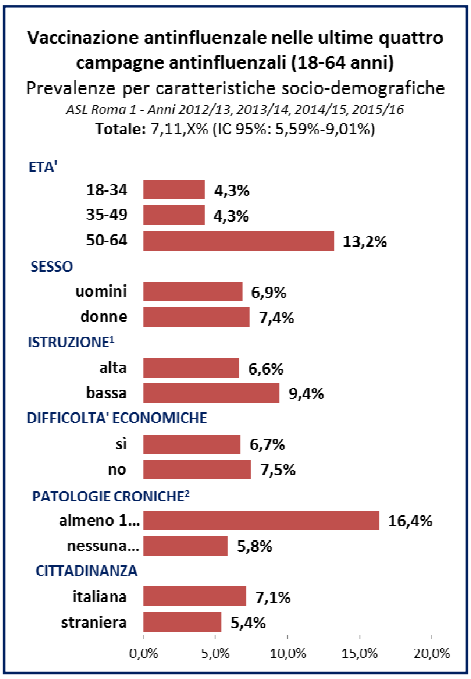
Conclusioni

Nel territorio della ASL Roma 1, l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata nel 2010.
Secondo i dati rilevati dal Sistema PASSI, nel quadriennio 2013-2016, ha aderito alla diagnosi precoce della neoplasia colorettale in accordo con le linee guida il 42,2% della popolazione target (uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni).
Il 57,8% delle persone non si è sottoposta quindi alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati. Analizzando le motivazioni si evince una sottovalutazione del rischio e una scarsa informazione.
L'adesione allo screening tramite il test di ricerca del sangue occulto avviene nel 61% dei casi nell'ambito dei programmi organizzati, mentre il 39% esegue il test su iniziativa personale.
Per quanto riguarda l'altro esame di screening per la diagnosi precoce, la colonscopia/rettosigmoidoscopia, il 76,5% delle persone di età 50-69 anni riferisce di non averla eseguita o averla eseguita da più di 5 anni prima dell'intervista.
Come per gli altri programmi di screening, la promozione dello screening colorettale aumenta significativamente la partecipazione al programma; in particolare la lettera di invito in associazione al consiglio dell'operatore sanitario si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della

popolazione target. Inoltre i dati presenti in letteratura confermano che l'offerta attiva del test di screening migliora l'accesso delle persone con svantaggi socio-economici ai servizi di prevenzione.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

L'influenza rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica in particolare a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche), con conseguenti forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività (assenza dalla scuola e dal lavoro, mortalità, ospedalizzazioni, etc.).
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 rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata in tutti i soggetti a rischio, in particolare nelle persone con età pari o superiore ai 65 anni e negli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche.
La vaccinazione antinfluenzale è quindi 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, ed è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione.



[1] *istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea*
[2] *almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato*

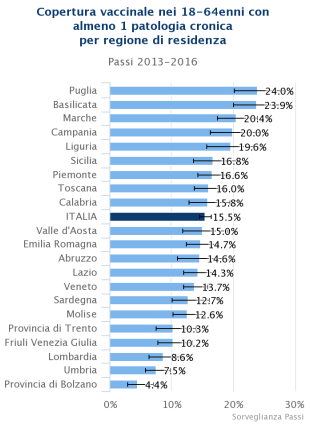
Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2012/13, 2013/14, 2014/15, 2015/16)?

Nella ASL Roma 1 il 7,1%% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, tale percentuale sale al 16,4%.
La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:

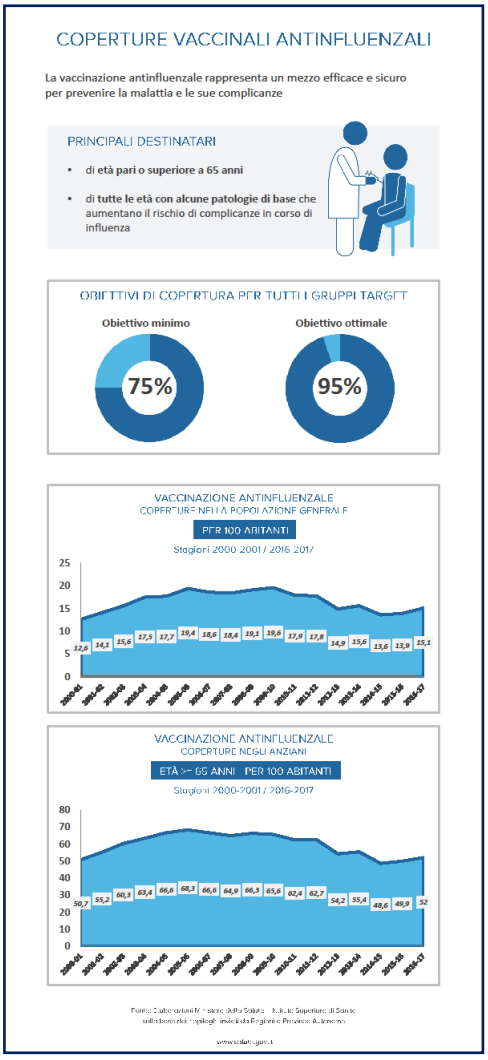
- nella fascia 50-64 anni
- nelle persone con basso livello d'istruzione
- nelle persone con almeno una patologia cronica
- tra gli italiani

Regione Lazio e Pool ASL PASSI

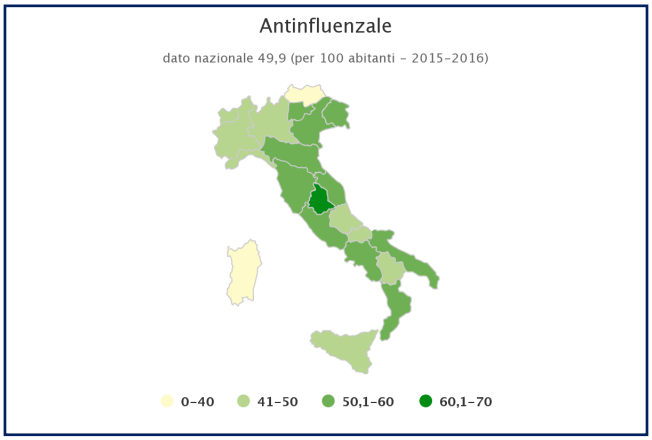
I dati rilevati evidenziano che la vaccinazione antinfluenzale è ancora poco diffusa: nella Regione Lazio solo il 6,8% degli intervistati tra i 18 e 64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
Tale percentuale sale al 14,3% tra le persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica.
Nel Pool ASL PASSI 2013-2016 tali percentuali sono rispettivamente del 7,0% e del 15,5%, con differenze significative a livello regionale, per cui il valore più alto si registra in Puglia (24%) e il più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano (4,4%), valori ancora molto inferiori a quello raccomandato (75%).
I valori più elevati tra le persone con malattie croniche sono stati riscontrati in caso di diabete (27,2%), malattie cardiocerebrovascolari (23,2%) e insufficienza renale (22,9%).

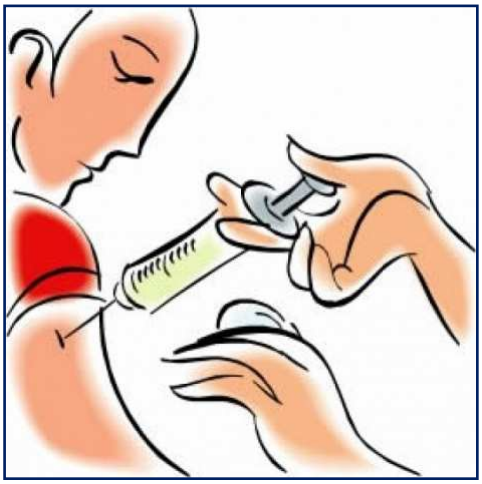


Conclusioni e raccomandazioni



Per ridurre significativamente morbosità e complicanze dell'influenza è necessario raggiungere elevate coperture vaccinali nelle categorie a rischio. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Italia hanno permesso di raggiungere buona parte delle persone sopra ai 65 anni solo in alcune regioni, ma senza raggiungere la copertura del 75% raccomandata dal Ministero della Salute per questa fascia di popolazione.
I dati PASSI mostrano inoltre come, nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulti essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su sette si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.
Al fine di implementare ulteriormente la copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni e nei soggetti a rischio è pertanto necessario coinvolgere maggiormente i Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni, e promuovere campagne di informazione per sensibilizzare la popolazione a rischio.





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

un monitoraggio continuo su stili di vita e interventi di prevenzione