

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2009

Calabria



Redazione e Impaginazione a cura di:

Francesco Sconza (*U.O.C. Epidemiologia e Statistica Sanitaria - Dipartimento di Prevenzione ASP Cosenza*)

Beatrice Grasso (*U.O. Epidemiologia ed Educazione alla salute - Staff Direzionale ASP Vibo valentia*)

Referenti e coordinatori regionali:

Giacomino Brancati, Tommasina Pelaggi, Amalia De Luca, Beatrice Grasso, Francesco Sconza

Coordinatori aziendali:

Francesco Sconza, Nello Guccione, Vilmerio Gigli, Claudia Zingone (*ASP Cosenza*); Alessandro Bisbano (*ASP Crotona*); Antonella Sutura Sardo (*ASP Catanzaro*); Giuseppe Paduano (*ASP Vibo Valentia*); Pia Condello (*ASP Reggio Calabria*); Filomena Zappia (*AS Locri*)

Gruppo Tecnico PASSI nazionale:

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirous Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Stefano Menna, Alberto Perra, Stefania Salmaso

Gruppo di lavoro ASP Cosenza:

Angela Ponzetta, Rosanna Mauro, Roberta Rende, Elvira Ferraro, Maria Capua, Pia Porcelli, Marcella Vitelli, Pietro De Paola, Loredana Mendicino, Rossella Rotondaro, Miranda Cariati, Cicirelli Erminia, Giovanna Cortese, Patrizia Pace, Marisa Liguori

Gruppo di lavoro ASP Vibo Valentia:

Nicolina Bosu, Paolo Antonio Ceraso, Valeria Di Grillo, Maria Luisa Manfrida, Maria Rosa Tigani

Si ringraziano i Direttori Generali, i Direttori Sanitari, i Direttori dei Dipartimenti, dei Distretti e delle Unità Operative cui afferisce il personale dei gruppi di lavoro delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza e Vibo Valentia e i Sindaci.

Un particolare ringraziamento ai Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Un ringraziamento speciale a tutte le persone intervistate per la cortesia, la disponibilità, il tempo e l'attenzione che ci hanno generosamente dedicato

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)

Indice

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve	4
Salute e stili di vita: sintesi di dati 2009	5
Profilo socio-demografico	
Il campione 2009	7
Benessere	
Salute percepita	10
Depressione	11
Guadagnare Salute	
Attività Fisica	14
Situazione nutrizionale	16
Consumo di alcol	18
Abitudine al Fumo	20
Fumo passivo	22
Rischio cardiovascolare	
Rischio cardiovascolare	24
Iperensione arteriosa	25
Ipercolesterolemia	26
Calcolo del rischio cardiovascolare	27
Sicurezza	
Sicurezza stradale	29
Sicurezza domestica	31
Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce del tumore della mammella	33
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	35
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	37
Vaccinazione antinfluenzale	39
Vaccinazione antirosolia	40
Appendice	
Metodi	42
Monitoraggio	43

Il sistema di Sorveglianza PASSI in breve

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI, acronimo di Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.

PASSI è concepito per fornire informazioni di dettaglio a livello regionale e aziendale, sì da occasionare confronti tra le Regioni e le ASL partecipanti e fornire elementi utili all'orientamento delle attività locali di programmazione e valutazione.

Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e 2006 in molte Regioni con il coordinamento del CNESPS, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia, sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare il *Behavioral Risk Factor Surveillance System* statunitense).

Il sistema PASSI indaga aspetti relativi a:

- principali fattori di rischio per le malattie croniche inseriti nel programma *Guadagnare salute*: sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo;
- rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio;
- programmi di prevenzione oncologica per il tumore cervicale, mammario e coloretale;
- vaccinazioni contro influenza e rosolia;
- sicurezza stradale e sicurezza in ambito domestico;
- percezione dello stato di salute e presenza di sintomi depressivi.

Ogni mese un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato per sesso ed età dagli elenchi delle Anagrafi Sanitarie. Personale delle ASL specificamente formato effettua interviste telefoniche sulla base di un questionario standardizzato; successivamente i dati vengono trasmessi in forma anonima tramite Internet e registrati in un archivio unico nazionale. In Italia nel 2009 sono state effettuate 39.231 interviste.

Per maggiori informazioni, si rimanda al sito <http://www.epicentro.iss.it/passi>.

Salute e stili di vita: *pool* Calabria vs *pool* Italia

Sintesi di dati dell'anno 2009 (%)

	<i>Pool</i> di ASP Calabria	<i>Pool</i> di ASL Italia
Uomini intervistati	48,7	49,3
Donne intervistate	51,3	50,7
Alto livello istruzione ¹	52,9	57,7
Cittadinanza straniera	1,2	3,1
Lavoro regolare ²	51,3	58,4
Nessuna difficoltà economica	24,2	45,9
Giudica la propria salute positivamente	56,5	67,5
Presenta sintomi di depressione (ultimi 15 gg)	9,3	6,8
Pratica l'attività fisica raccomandata	34,1	33,0
È completamente sedentario	23,3	30,2
È in eccesso ponderale	50,9	42,2
È obeso	12,3	10,4
Mangia almeno 5 porzioni di frutta al giorno	11,1	9,5
Fuma	28,3	28,8
Riferisce di essere iperteso	27,1	20,3
Riferisce di avere il colesterolo alto	28,5	24,1
Riferisce di aver avuto calcolato il punteggio cardiovascolare	10,2	6,8
È classificabile come bevitore a rischio	18,1	18,0
Ha guidato sotto l'effetto dell'alcol (ultimi 30 gg)	15,1	10,5
Usa la cintura di sicurezza anteriore	70,3	82,4
Usa la cintura di sicurezza posteriore	7,8	18,9
Usa il casco	82,5	94,2
Ha una bassa percezione del rischio di infortuni domestici	90,3	92,6
Ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	44,0	68,3
Ha effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni	56,0	72,9
Ha effettuato un test preventivo del sangue occulto negli ultimi 2 anni	6,3	23,0
Ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	6,7	9,5
Malati cronici che hanno effettuato la vaccinazione antiinfluenzale ³	32,6	31,8
Ha effettuato la vaccinazione antirosolia	13,9	33,3
¹ licenza media superiore o laurea		
² campione compreso tra 18 e 65 anni		
³ campione compreso tra 18 e 64 anni con almeno una patologia cronica		

profilo socio demografico

il campione 2009

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione 2009

La popolazione in studio è costituita da circa 616.000 residenti di 18-69 anni iscritti nel 2009 nelle liste delle Anagrafi Sanitarie delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza e Vibo Valentia della Regione Calabria. Nel 2009 sono state intervistate 556 persone di 18-69 anni, selezionate con *campionamento proporzionale stratificato* per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

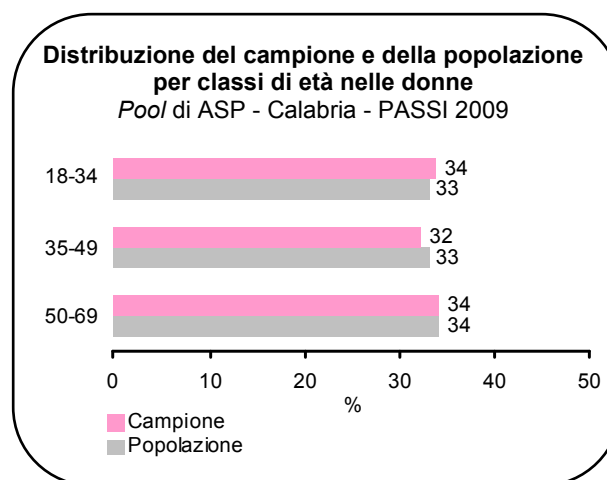
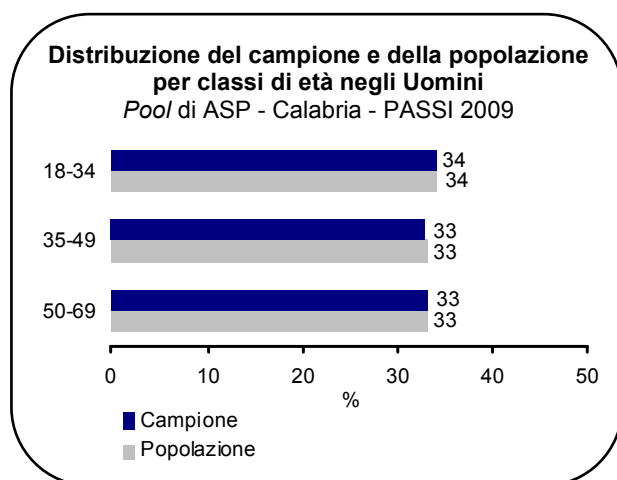
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 114 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta¹ è risultato del 91%, quello di sostituzione² del 9% e quello di rifiuto³ del 6% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono riportati in Appendice).

L'età e il sesso

La distribuzione per sesso e classi di età è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione regionale afferente alle due ASP di Cosenza e Vibo Valentia, il che è indice di una buona rappresentatività del campione selezionato. Per quanto riguarda lo stato civile, i coniugati sono il 64%, i celibi/nubili il 31%, i vedovi/e il 3%, e i separati/divorziati il 2%.

Caratteristiche demografiche degli intervistati Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009	
Numerosità	556
Classi di età	
18-34	33,8 %
35-49	32,6 %
50-69	33,6 %
Età media (anni)	42,6 %
Sesso	
Uomini	48,7 %
Donne	51,3 %
Titolo di studio	
nessuno/elementare	16,8 %
media inferiore	30,3 %
media superiore	39,4 %
laurea	13,5 %
Lavoro regolare ¹	51,3 %
Difficoltà economiche	
nessuna	24,2 %
qualche	51,1 %
molte	24,7 %

¹ Campione compreso tra 18 e 65 anni



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera costituiscono l'1,2% del campione, attestandosi al di sotto della percentuale registrata nel *pool* di ASL italiane (3,1%). Gli stranieri sono più rappresentati nella classe d'età di 18-34 anni (1,8%) e in quella di 50-69 anni (1,3%), mentre solo lo 0,4% dei 35-49enni comprende stranieri. Le donne sono presenti in maggior percentuale (1,7%) rispetto agli uomini (0,5%). È opportuno precisare che, prevedendo il protocollo la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazioni sugli stranieri maggiormente integrati o residenti da più tempo nel nostro Paese.

¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste + rifiuti + non reperibili).

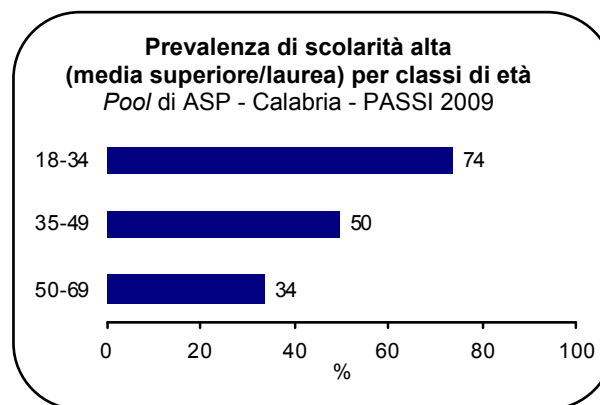
² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste + rifiuti + non reperibili).

³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste + rifiuti + non reperibili).

Il titolo di studio

Il 17% del campione non possiede alcun titolo di studio o ha conseguito la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 39% la licenza media superiore e il 14% un titolo di Laurea.

Le persone con il livello d'istruzione più elevato (media superiore/laurea) rappresentano il 53% del campione contro il 58% del *pool* di ASP nazionali: sono in particolare quelle afferenti alle classi di età 18-34 e 35-49 anni (rispettivamente 74% e 50%), mentre i 50-69enni in possesso di un titolo di studio più elevato costituiscono il 34%.

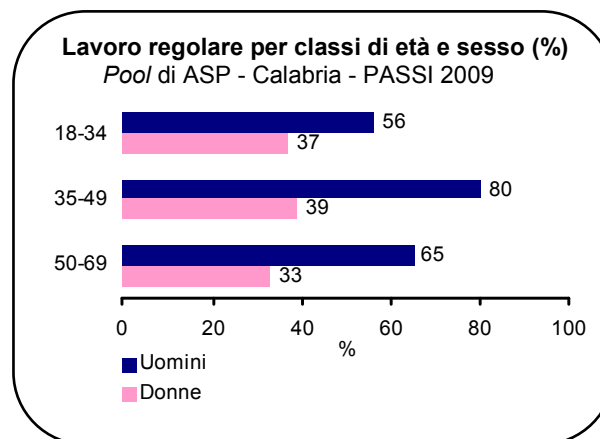


Il lavoro

Il 55% del campione aziendale tra i 18 e i 65 anni ha dichiarato di lavorare regolarmente; nel *pool* nazionale tale valore raggiunge il 58%.

Le donne, in tutte le classi di età, hanno un'occupazione regolare in minor misura rispetto agli uomini (complessivamente 36% contro 67%).

La maggior percentuale di lavoratori regolari è stata riscontrata nella classe di età 35-49 anni.

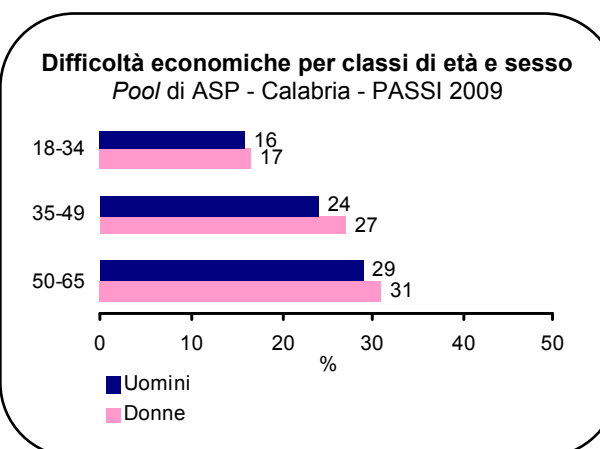


Difficoltà economiche

Nel questionario PASSI si è rilevata anche la percezione di difficoltà economiche, il che rimarca l'importanza dei determinanti sociali sulla salute come evidenziato anche a livello internazionale.

Il 24% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 51% qualche difficoltà, il 25% nessuna; nel *pool* di ASP nazionali tali valori sono rispettivamente il 13%, il 41% e il 46%.

La percezione aumenta con l'età mentre non si rilevano significative differenze riguardo il sesso.



benessere

percezione dello stato di salute
depressione

BENESSERE

Percezione dello stato di salute

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona e risulta correlato con i tradizionali indicatori oggettivi dello stato di salute. Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute riferito, il numero di giorni, negli ultimi trenta, in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, i giorni nei quali non si è sentito bene per motivi psicologici e il numero di giorni in cui ha incontrato limitazioni nelle attività abituali.

Percezione dello stato di salute – Pool di ASP - Calabria		% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute		56,5 (52,7-60,3)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica		
0 giorni		70,8
1-13 giorni		23,8
≥14 giorni		5,4

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Il 57% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute.

Il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male o molto male).

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

- giovani nella fascia 18-34 anni;
- uomini;
- persone con un alto livello d'istruzione;
- persone prive di difficoltà economiche;
- persone esenti da patologie croniche severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si osserva che la percezione positiva dello stato di salute è associata in maniera statisticamente significativa con tutte le variabili indicate in tabella.

Nel pool di ASL nazionali il 67,5% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute.

Conclusioni e raccomandazioni

Circa sei intervistati su dieci hanno riferito di essere in buona salute. La percezione negativa del proprio stato di salute è maggiormente diffusa tra i meno giovani, le donne, i meno istruiti, i meno abienti, gli affetti da patologie severe.

Misura e monitoraggio dello stato di salute percepito possono fornire indicazioni utili alla programmazione: il "sentirsi" più che lo "star male" è spesso determinante per la richiesta di accesso al sistema sanitario.

Stato di salute percepito Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=556)	
Caratteristiche	Percezione positiva stato di salute* % (IC 95%)
Totale	56,5 (52,7- 62,3)
Classi di età	
18-34	84,1
35-49	51,1
50-69	33,5
Sesso	
Uomini	62,6
Donne	50,3
Titolo di studio	
nessuno/elementare	26,5
media inferiore	51,1
media superiore	70,3
laurea	65,6
Difficoltà economiche	
molte	41,4
qualche	55,5
nessuna	73,3
Malattie croniche °	
almeno una	22,9
assenti	66,5
*persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda su come va la propria salute	
°almeno una delle seguenti patologie: infarto e altre malattie cardiovascolari; diabete; malattie respiratorie croniche; tumori; insufficienza renale.	

Depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità. Le patologie mentali sono in continua crescita a livello mondiale: in particolare, l'OMS stima che entro il 2020 la depressione rappresenterà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. In Italia si stima che ogni anno oltre un milione e mezzo di persone adulte soffra di un disturbo di tipo depressivo (*studio Esemed, 2008*).

Sintomi di depressione - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane ¹	9,3 (6,8 - 11,8)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²	58,1 (45,6-70,6)
Figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>nessuna</i>	41,9
<i>medico/operatore sanitario</i>	21,1
<i>famiglia/amici</i>	28,1
<i>entrambi</i>	8,9
¹ Classificazione basata su un punteggio ≥ 3 del Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime due settimane durante i quali gli intervistati hanno provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si sono sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. ² La domanda è stata rivolta a un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.	

Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

Il 9% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.

A essere più colpite dai sintomi della depressione sono le donne (oltre il triplo rispetto agli uomini), le persone con difficoltà economiche, quelle con un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica severa.

Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata, si conferma l'associazione dei sintomi di depressione con il sesso, l'attività lavorativa la presenza di malattie croniche severe.

Non è confermata, viceversa, l'associazione tra sintomi di depressione ed età, livello d'istruzione e difficoltà economiche.

Nel pool di ASP nazionali il 7% degli intervistati ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.

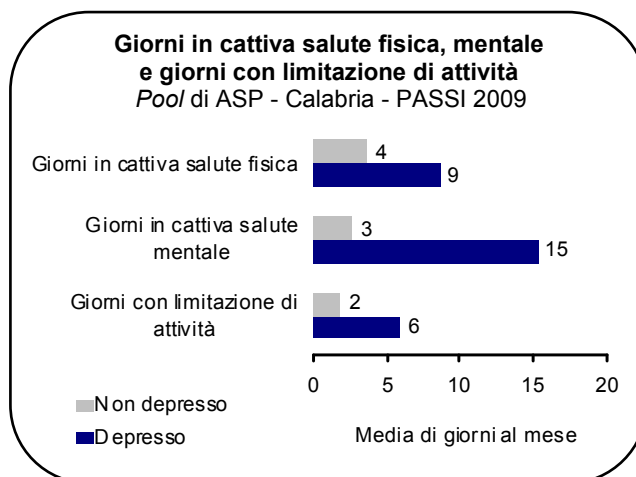
Persone con sintomi di depressione Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=510)	
Caratteristiche	Sintomi di depressione (Score Phq-2 ≥ 3 % (IC 95%))
Totale	9,3 (6,8 - 11,8)
Classi di età	
18-34	8,1
35-49	10,4
50-69	9,5
Sesso	
Uomini	4,2
Donne	14,1
Titolo di studio	
nessuno/elementare	9,2
media inferiore	7,7
media superiore	10,7
laurea	8,8
Difficoltà economiche	
molte	9,1
qualche	9,6
nessuna	8,9
Stato lavorativo	
lavora	10,1
non lavora	8,6
Malattie croniche	
almeno una	17,2
assenti	7,1

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione?

Il 33% di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, contro il 60% delle persone non depresse.

La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi di depressione.

Anche la media dei giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Tra le persone con sintomi di depressione, oltre quattro su dieci non ricorrono all'aiuto di nessuno, mentre il 28% ha chiesto aiuto a familiari e/o amici, il 21% si è rivolto al medico o a un operatore sanitario, il restante 9% si è rivolto sia a un medico sia ai familiari. Nel *pool* di ASL nazionali si ricorre in un terzo dei casi al medico e solo nel 18% dei casi a parenti o amici; non ricorre invece ad alcun aiuto oltre il 40%.

Conclusioni e raccomandazioni

I sintomi depressivi nella Regione Calabria riguardano quasi una persona su dieci. Rispetto alla presa in carico e al trattamento dei disturbi mentali il ruolo dei servizi sanitari è ancora limitato, tanto che una significativa quota di bisogno non giunge alla loro attenzione. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una quota rilevante del carico complessivo di malattia (perdita di anni di vita in buona salute) nei Paesi industrializzati, colpisce il limitato ricorso, da parte delle persone con sintomi di depressione, all'assistenza del servizio sanitario. Questo è un campo in cui appare quanto mai opportuno attivare interventi efficaci.

guadagnare salute

attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo

GUADAGNARE SALUTE

Attività fisica

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età l'inattività fisica aumenta molto il rischio di disabilità. Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei Paesi sviluppati. Possono incentivare la pratica dell'attività fisica iniziative quali campagne di informazione, promozione dell'uso delle scale, programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti, interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali). Tra questi, PASSI rileva i suggerimenti forniti dagli operatori sanitari.

Attività fisica - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Livello di attività fisica	
<i>attivo</i> ¹	42,7 (38,5-46,9)
<i>parzialmente attivo</i> ²	34,1 (30,1-38,2)
<i>sedentario</i> ³	23,3 (19,8-26,8)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	16,8 (10,6-23,0)
<p>¹ Lavoro pesante oppure adesione 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).</p> <p>² Non svolge lavori pesanti ma pratica attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati.</p> <p>³ Non svolge un lavoro pesante e non pratica nessuna attività fisica nel tempo libero.</p>	

Quanti sono attivi fisicamente e quanti sedentari?

Circa il 43% delle persone intervistate ha riferito di svolgere un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo (pool di ASL nazionali 33%).

Circa il 34% non svolge un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo).

Circa il 23% può definirsi completamente sedentario (pool di ASL nazionali 30,2%)

Tra le persone sedentarie circa due su dieci percepiscono come sufficiente il proprio livello di attività fisica (pool di ASL nazionali 19%)

Si osservano percentuali maggiori di completamente sedentari tra i 50-69enni, tra le donne, tra le persone che hanno un livello d'istruzione più basso. Emerge inoltre una maggiore percentuale di sedentari tra coloro che dichiarano di versare in serie difficoltà economiche.

Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si conferma significativa la sola associazione tra sedentarietà e classe d'età più elevata (50-69 anni) rispetto a quella dei 18-34enni.

Sedentari Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=546)	
Caratteristiche	Sedentari % (IC 95%)
Totale	23,3 (19,6 - 26,8)
Classi di età	
18-34	15,4
35-49	19,9
50-69	34,7
Sesso	
Uomini	22,1
Donne	24,5
Titolo di studio	
nessuno/elementare	34,8
media inferiore	25,2
media superiore	17,3
laurea	22,2
Difficoltà economiche	
molte	27,7
qualche	20,1
nessuna	25,6

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

Solo il 35% delle persone intervistate riferisce che un medico o altro operatore sanitario si sia informato sullo svolgimento di una regolare attività fisica (*pool* di ASL nazionali 31%).

Riferiscono di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente nel 34% dei casi. (*pool* di ASL nazionali 31%)

Promozione dell'attività fisica – <i>Pool</i> di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴	35,2 (30,4 - 40,0)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴	33,5 (28,8 - 38,2)
⁴ Vengono escluse le persone che non si siano rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.	

Conclusioni

L'attività fisica è praticata in modo insufficiente e molti miglioramenti sono possibili soprattutto tra i 50-69enni, le donne, le persone con livello d'istruzione più basso e tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

L'attenzione e il consiglio del medico, in quanto misure efficaci nel modificare lo stile di vita sedentario, dovrebbero essere esercitate con maggiore frequenza e costanza.

In una quota non irrilevante di popolazione la percezione dell'adeguatezza del proprio livello di attività fisica è sopravvalutata.

È quindi importante potenziare la comunicazione pubblica su questa essenziale esigenza dell'organismo.

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta infatti un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei Paesi industrializzati.

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

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: in particolare si raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*five a day*).

Situazione nutrizionale - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>Sovrappeso</i>	38,6 (34,4-42,8)
<i>Obeso</i>	12,3 (9,4-15,2)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹	
<i>Sovrappeso</i>	59,2 (51,7-67,7)
<i>Obeso</i>	84,4 (74,8-94,0)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11,1 (8,7-13,5)
¹ Tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi.	

Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

Nel *pool* di ASP calabresi oltre il 50% degli intervistati è in eccesso ponderale: in particolare il 39% è in sovrappeso e ben il 12% è obeso.

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è più frequente al crescere dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello d'istruzione e in quelle con serie difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili della tabella con un modello logistico multivariato, si conferma che l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa all'età, al sesso, alla situazione economica percepita, ma non al titolo di studio.

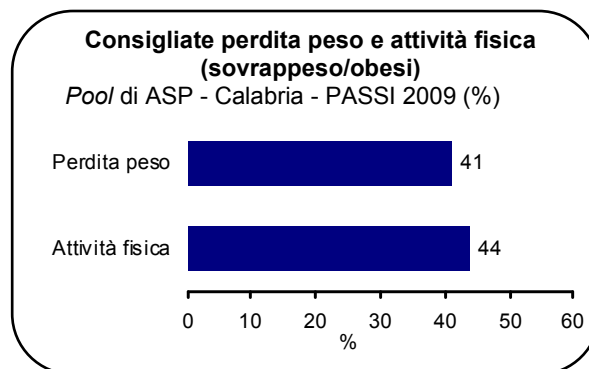
Nel *pool* di ASP nazionali il 42% degli intervistati è in eccesso ponderale: il 32% è in sovrappeso e ben il 10% è obeso.

Eccesso ponderale Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=555)		
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC 95%)	Obesi % (IC 95%)
Totale	38,6 (34,4-42,8)	12,3 (9,5-15,1)
Classi di età		
18-34	25,9	6,8
35-49	40,6	12,3
50-69	49,5	17,7
Sesso		
Uomini	45,7	15,0
Donne	31,6	9,6
Titolo di studio		
nessuno/elementare	48,2	19,7
media inferiore	38,1	16,4
media superiore	36,7	7,9
laurea	33,3	6,3
Difficoltà economiche		
molte	47,6	14,3
qualche	39,8	13,2
nessuna	27,3	8,4

Quante persone in eccesso ponderale ricevono dagli operatori sanitari consigli di perdere peso e di praticare attività fisica?

Tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) che si sono recate da un medico o da un altro operatore sanitario nell'ultimo anno, il 65% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso (*pool* di ASP 54%).

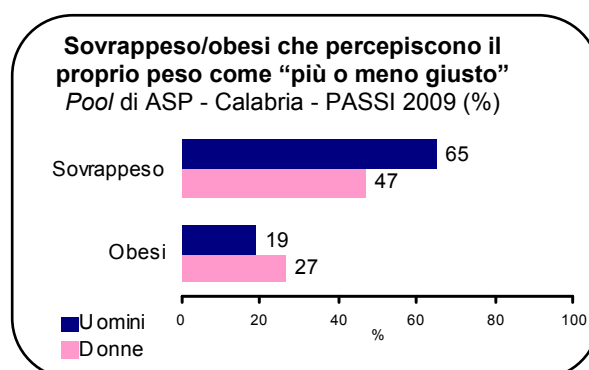
Il 44% ha invece dichiarato di aver ricevuto il suggerimento di praticare regolarmente attività fisica (*pool* di ASP 38%).



Quante persone in eccesso ponderale percepiscono il proprio peso nella norma ?

Tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) circa la metà considera appropriato il proprio peso ("più o meno giusto").

Tra le persone in sovrappeso circa il 57% giudica appropriato il proprio peso (uomini 65% vs donne 47%), mentre tra quelle obese ben il 22% giudica adeguato il proprio peso (uomini 19% vs donne 27%).



Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

Il 95% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Solo l'11%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura; il consumo è significativamente maggiore tra le donne e i tra più abbienti. Nel *pool* di ASP nazionali consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura solo il 10% degli intervistati.

Quante persone ritengono di alimentarsi correttamente

Tra le persone con eccesso ponderale è diffusa la percezione di una alimentazione corretta: il 72% dei sovrappeso e il 58% degli obesi ritiene infatti di alimentarsi correttamente. La percentuale sale all'84% tra i normopeso.

Conclusioni e raccomandazioni

Per diffusione e conseguenze sulla salute l'eccesso ponderale è il secondo principale rischio modificabile per la salute in Italia e un problema prioritario di salute pubblica. Le persone in sovrappeso spesso sottovalutano la propria condizione e gli operatori sanitari sembrano ancora non sufficientemente attenti.

Esistono ancora grandi margini di miglioramento per:

- promuovere nelle famiglie la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale, favorendo il movimento e una dieta sana;
- modificare la sottovalutazione del sovrappeso;
- aumentare l'attenzione specifica e i consigli di medici e operatori sanitari;
- aumentare la disponibilità, l'accessibilità e il consumo di frutta e verdura;
- mettere in atto programmi intersettoriali che favoriscano la mobilità attiva e una dieta scarsa di alimenti ipercalorici e bevande zuccherine.

Consumo di alcol

L'alcol concorre a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile -, dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia). Per tali ragioni al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Daly*). Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) in accordo con gli sviluppi della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevano più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevano più di 1 unità (in passato 3 e 2 unità rispettivamente). Il *binge drinking* è il consumo di almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione.

L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Consumo di alcol - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	66,1 (62,4-69,8)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	5,2 (3,2-7,2)
Bevitori binge	8,9 (6,5-11,3)
Forti bevitori	7,3 (5,0-9,6)
Bevitori a rischio ¹	18,1 (14,8-21,4)
Attenzione dell'operatore sanitario al consumo di alcol	18,1 (14,4-21,8)
Consiglio di ridurre il consumo nei bevitori a rischio	8,6 (1,9-15,3)

¹ Bevitori fuori pasto o bevitori *binge* o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non è la somma dei singoli comportamenti.

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

Circa un quinto degli intervistati (18%) è un bevitore a rischio

Il consumo di alcol a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di 18-24 anni, tra gli uomini, tra le persone che lamentano molte difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, queste associazioni si rivelano statisticamente significative solo per l'età e il sesso.

Nel *pool* di ASL nazionali il 57% dichiara di consumare alcol e il 18% degli intervistati è un bevitore a rischio.

Consumo di alcol a rischio (ultimi 30 gg) Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=544)	
Caratteristiche	Bevitori a rischio % (IC 95%)
Totale	18,1 (14,8-21,4)
Classi di età	
18-34	24,7
35-49	13,6
50-69	15,7
Sesso	
Uomini	26,9
Donne	9,8
Titolo di studio	
nessuno/elementare	16,8
media inferiore	15,6
media superiore	21,6
laurea	14,6
Difficoltà economiche	
molte	21,8
qualche	16,0
nessuna	18,6

Quali sono le caratteristiche dei bevitori *binge*?

Questa modalità di consumo dell'alcol ritenuta ad alto rischio (*binge drinking*) è dichiarata dal 9% degli intervistati.

Il *binge drinking* sembra essere più frequente tra i giovani di 18-34 anni, tra gli uomini, tra le persone che lamentano gravi difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, tali associazioni si rivelano statisticamente significative.

Nel *pool* di ASP nazionali il *binge drinking* è dichiarato dal 6% degli intervistati.

Consumo "binge" ^o (ultimi 30 gg) Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=525)	
Caratteristiche	Bevitori a rischio % (IC 95%)
Totale	8,9 (6,5-11,3)
Classi di età	
18-34	12,6
35-49	6,7
50-69	7,4
Sesso	
Uomini	18,0
Donne	0,5
Titolo di studio	
nessuno/elementare	8,9
media inferiore	8,4
media superiore	9,2
laurea	9,4
Difficoltà economiche	
molte	11,3
qualche	9,1
nessuna	6,2

A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Solo il 18% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro informazioni sui comportamenti in relazione al consumo di alcol (*pool* di ASP nazionali 14%).

Poco più dell'8% dei bevitori a rischio ha inoltre riferito di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno (*pool* di ASP nazionali 6%).

Informazioni e consigli sul consumo di alcol - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Informazioni richieste da un operatore sanitario sul consumo di alcol	18,1 (14,4-21,8)
Consigliato da un operatore sanitario - ai bevitori a rischio - di ridurre il consumo	8,6 (1,9-15,3)

Conclusioni e raccomandazioni

Nel *pool* delle ASP calabresi circa due terzi della popolazione di 18-69 anni consuma abitualmente bevande alcoliche. Poco meno di un quinto dichiara abitudini di consumo di alcolici a rischio per quantità o modalità di assunzione. Sono più frequentemente uomini e soggetti giovani: al di sotto dei 35 anni un giovane su quattro è infatti classificabile come bevitore a rischio.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale (in particolare nei giovani) sia negli operatori sanitari che solo occasionalmente si informano sulle abitudini dei loro assistiti e ancor meno frequentemente consigliano ai bevitori a rischio di moderare i consumi. Nella nostra Regione, come nella maggioranza del Paese, l'alcol fa parte della cultura popolare, per cui gli operatori sanitari possono promuovere azioni di sensibilizzazione e responsabilizzazione delle Comunità locali sul consumo consapevole di alcol in collaborazione con Comuni, Istituzioni scolastiche, Associazioni ed Enti territoriali.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie.

Rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (*Daly*).

Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Abitudine al fumo - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Fumatori ¹	28,3 (24,4-32,2)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ²	41,9 (37,1-46,7)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori)	64,2 (55,1-73,3)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	44,5 (36,3-52,7)
Ex fumatori che hanno smesso da soli	96,0 (92,0-100,0)
Divieto di fumare rispettato <i>sempre o quasi sempre</i>	
<i>nei locali pubblici</i>	64,3 (60,1-68,5)
<i>sul luogo di lavoro</i>	73,5 (68,4-78,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	71,8 (67,9-75,7)
¹ Chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.	
² Tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi dodici mesi.	

Quali sono le caratteristiche dei fumatori ?

Dichiara di fumare sigarette il 28% degli intervistati (*pool* di ASL nazionali 29%).

L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle classi d'età più giovani, tra gli uomini, nelle persone con livello di istruzione più elevato (media superiore-laurea) e prive di difficoltà economiche.

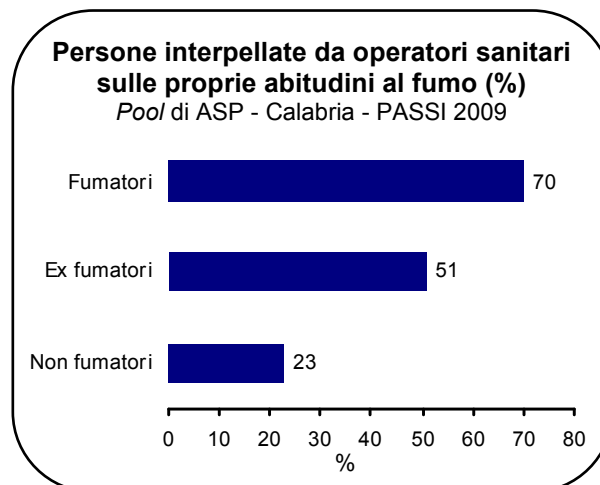
Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, l'unica associazione statisticamente significativa risulta quella tra l'abitudine al fumo di sigarette e il sesso.

Abitudine al fumo di sigaretta (ultimi 30 gg) Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=555)		
Caratteristiche	Fumatori (IC 95%)	%
Totale	28,3 (24,4-32,2)	
Classi di età		
18-34	31,3	
35-49	29,5	
50-69	25,9	
Sesso		
Uomini	33,8	
Donne	22,8	
Livello d'istruzione		
Basso	27,8	
Alto	29,9	
Difficoltà economiche		
Si	28,7	
No	29,5	

A quante persone sono state fatte domande da un operatore sanitario in merito alla loro abitudine al fumo?

Complessivamente circa il 42% delle persone che hanno consultato un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno ha ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo, e precisamente: il 70% dei fumatori, il 51% degli ex fumatori⁴ e il 23% dei non fumatori⁵.

Nel *pool* di ASL nazionali ha ricevuto domande il 41% delle persone che si sono rivolte a un medico o a un operatore sanitario nell'ultimo anno e il 64% dei fumatori.



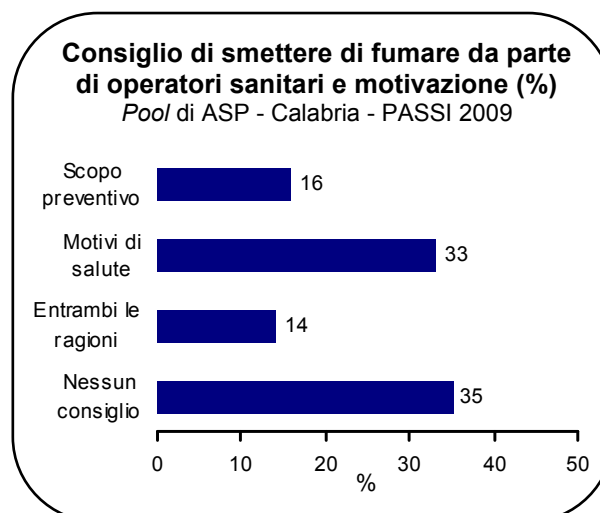
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare?

Il 65% dei fumatori che nell'ultimo anno hanno consultato un medico o un operatore sanitario ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare (*pool* di ASL nazionali 60%).

Nel 16% dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 33% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 14% per entrambi i motivi.

Il 45% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno (*pool* di ASL nazionali 36%).

Fra gli ex fumatori il 97% ha smesso di fumare da solo (*pool* di ASL nazionali 96%).



Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo è risultata significativamente più frequente tra gli uomini (circa un terzo). Quasi due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario, e pressoché tutti gli ex fumatori hanno riferito di aver smesso da soli e senza ricorrere a farmaci, che pure esistono e sono efficaci. I servizi delle ASS possono svolgere un ruolo essenziale insieme a medici, pediatri di famiglia e altri operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli risultano efficaci nell'indurre un cambiamento.

Da ultimo, il sistema sanitario dovrebbe esercitare pressioni per la piena attuazione degli impegni sottoscritti dal nostro Paese con la Convenzione internazionale contro il tabacco del 2003.

⁴ Chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi.

⁵ Chi ha fumato meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma o non ha mai fumato.

Fumo passivo

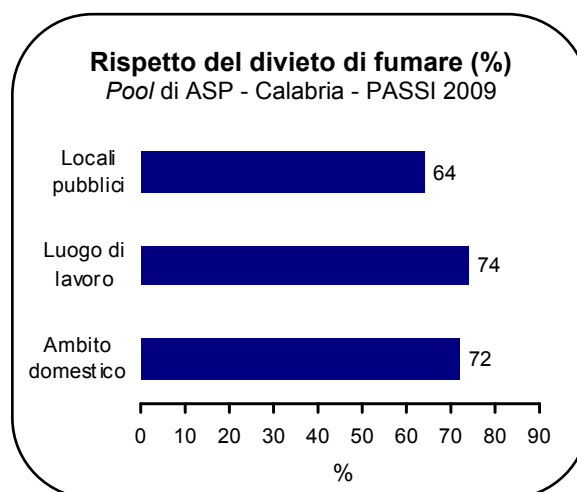
Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone; altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

Con la Legge per la Tutela della Salute dei non fumatori (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stata uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità con l'obiettivo di proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Il 64% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre (*pool* di ASP nazionali 87%).

Tra gli intervistati che lavorano il 74% ha riferito che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre (*pool* di ASP nazionali 96%).

Riguardo all'abitudine di fumare in ambito domestico il 72% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione, mentre nel restante 28% dei casi che si può fumare in alcuni locali (23%) o dappertutto (5%). La percentuale di abitazioni con un minore di 14 anni in cui si fuma, con o senza limitazioni, è del 23%.



Conclusioni e raccomandazioni

Le ASP dovrebbero poter considerare la legge per il divieto di fumo come un vero e proprio strumento per "guadagnare salute". Programmi di controllo e vigilanza dovrebbero garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie dovrebbero, per prime, assicurare la qualità dell'aria che si respira nei loro edifici. Campagne promozionali dovrebbero tendere a ridurre quella quota di case (28%) in cui, secondo i dati PASSI 2009 del *pool* di ASP calabresi, è possibile fumare e quindi esporre gli altri, e spesso i bambini (23% delle abitazioni), agli effetti nocivi del fumo passivo.

rischio cardiovascolare

rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte e, in particolare, sono responsabili in Italia del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare suscettibili di essere modificati sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa); 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 confronti dei sottogruppi più a rischio. In questa sezione si presentano i risultati relativi al controllo dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Rischio cardiovascolare - Pool di ASP – Calabria	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	27,1 (23,1-31,1)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	77,6 (73,2-80,9)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	28,5 (24,1-32,9)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	75,1 (71,8-78,4)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	10,2 (6,9-13,5)

¹ Tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.
² Tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.
³ Su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari.

Iperensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare per malattie frequenti, invalidanti o mortali come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costi circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi. L'ipertensione è inoltre associata a fattori modificabili quali il contenuto di sale della dieta, l'eccesso ponderale e la sedentarietà. La frequenza dell'ipertensione è pertanto riducibile, oltre che col controllo farmacologico, con interventi su questi fattori comportamentali.

Quanti riferiscono di essere ipertesi?

Il 27% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha dichiarato di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione.

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa nelle classi d'età meno giovani (specialmente tra i 50-69enni), tra gli uomini, nelle persone con più basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare), tra le persone che riferiscono di versare in serie difficoltà economiche e quelle in eccesso ponderale.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, le uniche associazioni statisticamente significative risultano quelle con l'età e l'eccesso ponderale.

Nel *pool* di ASP nazionali riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione il 20% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa).

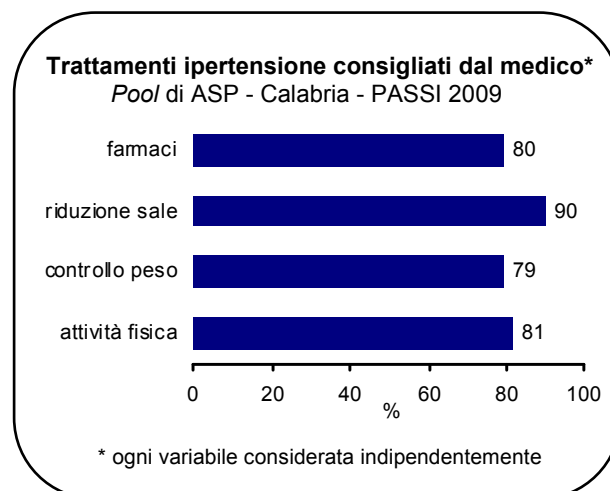
Personae con diagnosi riferita di ipertensione <i>Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=459)</i>	
Caratteristiche	Ipertesi * % (IC 95%)
Totale	27,1 (23,1-31,1)
Classi di età	
18-34	5,8
35-49	18,9
50-69	50,1
Sesso	
Uomini	27,7
Donne	26,5
Titolo di studio	
nessuno/elementare	49,6
media inferiore	22,1
media superiore	19,4
laurea	27,3
Difficoltà economiche	
molte	40,4
qualche	21,5
nessuna	25,8
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	11,6
sovrappeso/obeso	40,4

** Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa*

Controllo e trattamento dell'ipertensione

La pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, nel 78% della popolazione del *pool* delle ASP Calabresi (*pool* di ASP nazionali 83%).

L'80% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico; al 90% è stato consigliato dal proprio medico di ridurre l'assunzione alimentare del sale, al 79% è stato consigliato di controllare o ridurre il peso corpore, mentre all'81% di svolgere attività fisica secondo raccomandazione.



Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia rappresenta, al pari dell'ipertensione, uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari su cui è possibile intervenire con efficacia.

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio il fumo e l'ipertensione.

Quanti riferiscono di essere ipercolesterolemici?

Il 29% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo ematico ha riferito di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia.

In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta più diffusa nelle classi d'età meno giovani (specialmente tra i 50-69enni), tra gli uomini, nelle persone con più basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare), tra le persone che dichiarano medie/serie difficoltà economiche e tra quelle in eccesso ponderale.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, le uniche associazioni statisticamente significative risultano quelle relative all'età e all'eccesso ponderale.

Nel *pool* di ASL nazionali riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia il 24% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa.

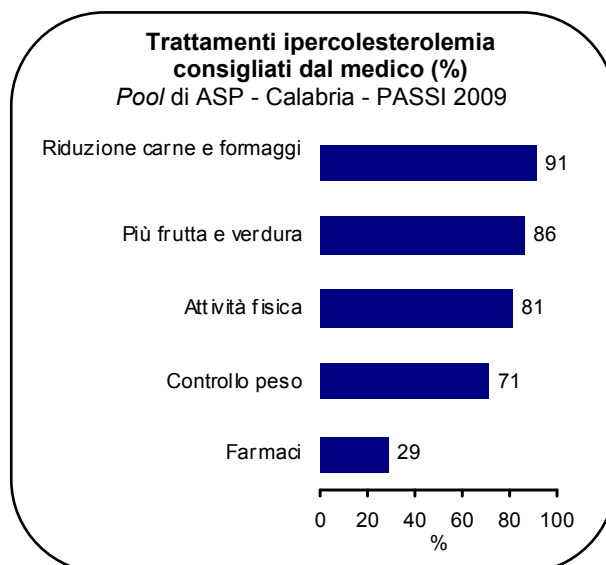
Persone che riferiscono ipercolesterolemia Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=403)	
Caratteristiche	Ipercolesterolemici * % (IC 95%)
Totale	28,5 (24,1-32,9)
Classi di età	
18-34	9,7
35-49	29,3
50-69	40,1
Sesso	
Uomini	29,2
Donne	28,0
Titolo di studio	
nessuno/elementare	36,5
media inferiore	33,6
media superiore	22,2
laurea	24,9
Difficoltà economiche	
molte	31,2
qualche	32,8
nessuna	16,9
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	17,8
sovrappeso/obeso	37,1

* Tra coloro a cui è stata misurata la colesterolemia

Controllo e trattamento dell'ipercolesterolemia

La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita dal 75% della popolazione del *pool* delle ASP Calabresi (*pool* di ASL nazionali 79%).

Il 29% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico; all'86% è stato consigliato dal proprio medico di aumentare l'assunzione di frutta e verdura, al 71% è stato consigliato di controllare o ridurre il peso corporeo, all'81% è stato consigliato di svolgere attività fisica secondo raccomandazione e il 91% è stato invitato a una riduzione del consumo di carne e formaggio.



Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di 6 fattori di rischio: sesso, età, diabete, fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Uno degli obiettivi del Piano nazionale della Prevenzione è l'estensione dell'uso della carta del rischio come strumento di valutazione clinica.

Nel *pool* delle ASP calabresi il 10% degli intervistati di età 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale. Nel *pool* di ASL nazionali la frequenza è del 6%.

Conclusioni e raccomandazioni

In Calabria oltre un quarto della popolazione di 18-69 anni è ipertesa e quasi il 30% presenta valori elevati di colesterolemia; circa la metà della popolazione ultracinquantenne è ipertesa e circa il 40% ipercolesterolemica. Tali valori sono sensibilmente più elevati delle rispettive percentuali riscontrate nel *pool* di ASL nazionale.

L'identificazione precoce della presenza di ipertensione o ipercolesterolemia attraverso controlli regolari (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: in questo campo un ruolo determinante può essere svolto dai medici di Medicina Generale.

Il trattamento farmacologico è seguito dalla maggior parte delle persone ipertese e da quasi un terzo di quelle con colesterolemia elevata. La maggior parte degli ipertesi e degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio di adottare modifiche nel comportamento per controllare il fattore di rischio (quali ad esempio attività fisica regolare, dieta appropriata).

I programmi di controllo e riduzione di pressione e colesterolo, basati sull'iniziativa dei medici di famiglia, possono potenziare quelli per l'attuazione delle raccomandazioni relative a dieta e attività fisica con l'obiettivo comune di abbassare il rischio cardiovascolare.

Il ricorso alla carta del rischio cardiovascolare andrebbe generalizzato in programmi di questo tipo, trattandosi di uno strumento in grado di migliorare la qualità della valutazione clinica e la consapevolezza dell'assistito.

sicurezza

sicurezza stradale
infortuni domestici

SICUREZZA

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione al di sotto dei 40 anni. Ogni giorno in Italia si verificano in media 630 incidenti, che provocano la morte di 14 persone e il ferimento di altre 893.

L'obiettivo dell'Unione Europea è di dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

In ambito preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e il controllo su guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti da parte delle Forze dell'Ordine risultano azioni di provata efficacia.

Sicurezza stradale- Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Personale che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹	
<i>casco sempre</i>	82,5 (75,6-89,4)
<i>cintura anteriore sempre</i>	70,3 (66,3-74,3)
<i>cintura posteriore sempre</i>	7,8 (5,4-10,2)
Guida sotto effetto dell'alcol ²	15,1 (11,3-18,9)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	11,7 (8,8-14,6)

¹ Percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile.
² Aver guidato – nell'ultimo mese – entro un'ora dall'aver bevuto >2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara che negli ultimi 30 giorni ha bevuto almeno un'unità alcolica e ha guidato.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol ?

Il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente (pool di ASL nazionali 11%).

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere più frequente nella classe di età 18-34 e tra gli uomini.

Differenze meno evidenti si rilevano anche riguardo al titolo di studio e al reddito: l'abitudine è più diffusa rispettivamente tra quanti riferiscono di avere un basso livello d'istruzione e quanti dichiarano di non avere difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, rimane statisticamente significativa la sola differenza di comportamento rilevata tra uomini e donne.

Guida sotto l'effetto dell'alcol° Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=334)	
Caratteristiche	Ha guidato sotto l'effetto dell'alcol * % (IC 95%)
Totale	15,1 (11,3-18,9)
Classi di età	
18-34	18,0
35-49	11,2
50-69	15,9
Sesso	
uomini	23,4
donne	1,0
Livello di istruzione	
basso	16,9
alto	13,7
Difficoltà economiche	
si	13,8
no	18,8

° tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
* coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

Conclusioni e raccomandazioni

Nel *pool* di ASP calabresi si registra un discreto livello d'uso del casco (83%) e della cintura anteriore (70%) - inferiore al dato riscontrato nel *pool* di ASL nazionali, pari rispettivamente al 94% e all'82% - che deve essere pertanto incrementato.

Al contrario risulta poco diffuso l'uso della cintura di sicurezza posteriore: la utilizza infatti meno di una persona su dieci, contro il 19% a livello di *pool* nazionale. Promuovere l'uso sistematico della cintura di sicurezza posteriore dovrebbe quindi rappresentare un obiettivo comune a livello regionale e nazionale.

La guida sotto l'effetto dell'alcol rappresenta un serio problema in quanto oltre un guidatore su sei è classificabile come "guidatore con comportamento a rischio per l'alcol"; l'abitudine riguarda tutte le classi d'età - in particolare quella più giovane - e soprattutto gli uomini.

I controlli delle Forze dell'Ordine con l'etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità da incidente stradale in tutte le classi di età, per cui devono conoscere una diffusione quanto più possibile ampia.

Pur essendo i comportamenti personali i fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale, in quanto decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, occorre non trascurare l'importanza degli interventi strutturali e ambientali, in particolare nelle aree urbane e lungo le strade statali dove, in Calabria, si registra il più elevato rapporto di mortalità.

Sicurezza domestica

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica; i gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini, casalinghe e anziani, in particolare sopra gli 80 anni. Il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

Sicurezza stradale - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	90,3 (87,2-90,4)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	21,5 (17,9-25,1)
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹	38,8 (29,5-48,1)

¹Tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni.

Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

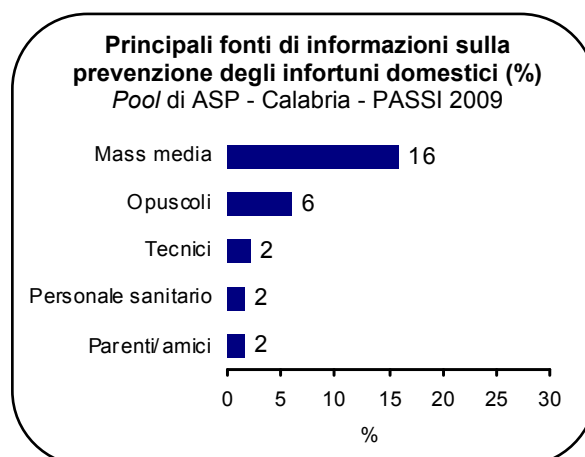
Il 90% degli intervistati ha dichiarato di avere una bassa percezione del rischio d'infortunio domestico (pool di ASL nazionali 93%).

Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da chi?

Poco meno di un quarto degli intervistati (22%) ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.

Le principali fonti d'informazione sugli infortuni domestici sono risultate i mass media (16%), seguiti dagli opuscoli (6%); un ruolo informativo meno importante hanno rivestito il personale sanitario, tecnici e parenti/amici (2%).

Tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, il 39% ha modificato i comportamenti o adottato misure per rendere la casa più sicura.



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici rappresentino un problema emergente di salute pubblica, gli intervistati hanno dichiarato una bassa consapevolezza del rischio. Le informazioni sulla prevenzione sono ancora insufficienti. I mass media e, in minor misura, gli opuscoli sul tema sembrano gli strumenti informativi più efficaci. Tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, ben oltre un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere più sicura la casa. La popolazione si dimostra sensibile al problema, il che rende quanto mai opportuno approntare un ventaglio di attività informative e preventive e un sistema per misurare nel tempo l'efficacia degli interventi.

programmi di prevenzione individuale

diagnosi precoce del tumore della mammella
diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
diagnosi precoce del tumore del colon-retto
vaccinazione antinfluenzale
vaccinazione antirosolia

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile, sia per incidenza sia per mortalità. In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (per un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni. A livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è del 50%.

Diagnosi precoce tumore della mammella (50-69anni) - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Effettuata una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	44,0 (33,2-54,8)
Donne che hanno ricevuto una lettera dall'ASS	36,9 (27,6-46,2)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell' operatore sanitario	64,2 (54,4-74,0)
Donne che hanno visto la campagna informativa	59,5 (49,0-70,0)

Quante donne di 50-69 anni hanno eseguito la mammografia negli ultimi due anni?

Il 44% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva, cioè in assenza di sintomi, nel corso degli ultimi due anni (il 32% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 12% come screening spontaneo al di fuori dei programmi organizzati). Oltre la metà delle donne non è pertanto coperta rispetto all'effettuazione dell'esame "preventivo" (56%).

L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più bassa nelle donne non coniugate, con più basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche. Non si apprezzano differenze legate alla classe d'età.

Analizzando in un modello logistico multivariato tutte le variabili considerate, solo il livello d'istruzione si conferma associato in maniera statisticamente significativa con l'effettuazione di una mammografia negli ultimi due anni.

L'età media della prima mammografia a scopo di diagnosi precoce è di 47 anni, più bassa rispetto a quella attualmente raccomandata (50 anni). Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 55% delle donne ha riferito d'aver effettuato una mammografia preventiva una volta nella vita.

Nel pool di ASL nazionali il 68% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni: il 50% nell'ambito di un programma di screening organizzato, il 18% spontaneamente.

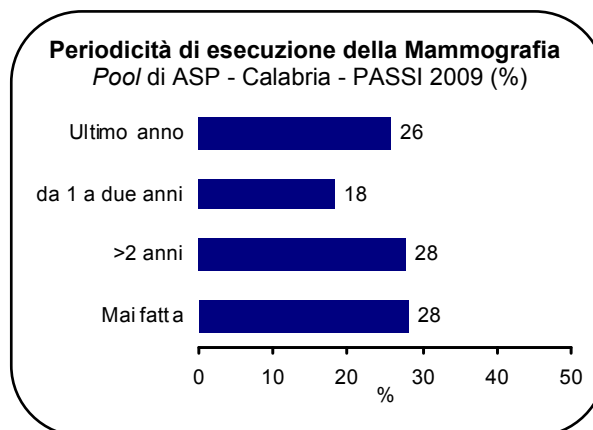
Mammografia negli ultimi due anni (donne 50-69 anni) Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=97)	
Caratteristiche	Mammografia ultimi due anni * % (IC 95%)
Totale	44,0 (33,2-54,8)
Classi di età	
50- 59	43,8
60 -69	44,3
Stato civile	
coniugata	41,7
non coniugata	53,8
Convivenza	
convivente	43,4
non convivente	46,1
Titolo di studio	
nessuna/elementare	35,1
media inferiore	37,1
media superiore	55,9
laurea	74,3
Difficoltà economiche	
molte	46,8
qualche	37,0
nessuna	52,3

* a scopo preventivo, in assenza di segni o sintomi

Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 26% delle donne ha riferito l'esecuzione nell'ultimo anno, il 18% da uno a due anni e il 28% da più di due anni.

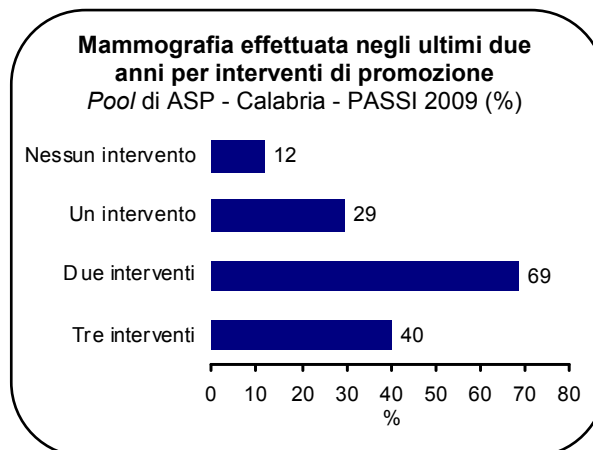
Il 28% delle donne intervistate non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.



Qual è l'efficacia della promozione nel favorire l'effettuazione della mammografia?

Le donne di 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia preventiva nell'ultimo biennio riferiscono che, tra gli interventi di promozione, ha esercitato un'influenza positiva, in particolare, il consiglio di un operatore sanitario (100%); seguono la campagna comunicativa (72%) e la lettera della ASP (64%).

L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando sono associati tra loro: in particolare il consiglio del medico e la lettera.



Conclusioni

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura stimata nelle donne 50-69enni relativa all'effettuazione della Mammografia è largamente insufficiente (44%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (32%) sia della quota di adesione spontanea (12%).

I programmi organizzati si confermano correlati a una maggior adesione; la lettera d'invito e il consiglio sanitario associati si confermano gli strumenti più efficaci. La non effettuazione dell'esame pare associata a una molteplicità di fattori, il più frequente dei quali è la percezione di "non averne bisogno"; è possibile intervenire con un'azione comunicativa più attenta e mirata sia su quest'ultima motivazione che su altre.

L'età media della prima Mammografia riferita è di 47 anni e indica un rilevante ricorso all'esame "preventivo" prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo, il carcinoma del collo dell'utero è il secondo tumore maligno della donna a livello mondiale. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza del tumore e della relativa mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (per un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi. Sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante. Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni dalle donne nella fascia d'età 25-64 anni.

Diagnosi precoce tumore collo dell'utero (25-64anni) - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	56,0 (49,6-62,4)
Donne che hanno ricevuto una lettera dall'ASS	65,7 (59,3-72,1)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell' operatore sanitario	60,4 (54,4-66,4)
Donne che hanno visto la campagna informativa	64,0 (57,5-70,5)

Quante donne hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni?

Circa il 56% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni (il 44% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 12% come screening spontaneo).

Oltre quattro donne su dieci non sono "coperte" rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo.

L'effettuazione regolare dell'esame è meno frequente nelle donne della fascia di età 25-34, nelle non coniugate o non conviventi, tra quelle senza difficoltà economiche. Non si apprezzano differenze rispetto al livello d'istruzione.

Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tra tutte le variabili considerate solo l'età rimane associata in maniera statisticamente significativa con l'aver eseguito un Pap test negli ultimi tre anni.

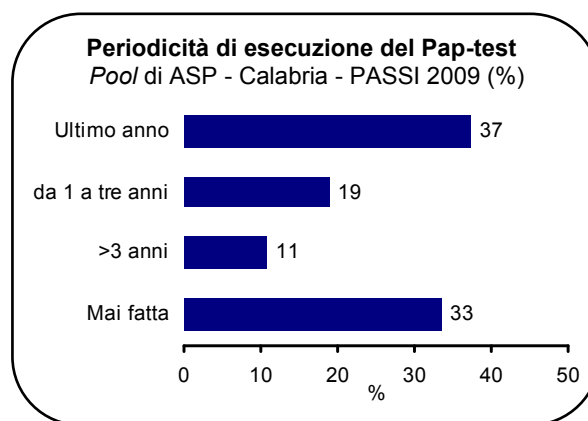
Nel pool di ASL nazionali il 73% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, il 36% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 37% come screening spontaneo.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni) Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n=234)	
Caratteristiche	Pap-test negli ultimi tre anni * % (IC 95%)
Totale	56,0 (49,6-62,4)
Classi di età	
25 - 34	43,1
35 - 49	64,2
50 - 64	55,8
Stato civile	
coniugata	59,6
non coniugata	48,1
Convivenza	
convivente	57,7
non convivente	52,4
Livello di istruzione	
basso	56,6
alto	55,5
Difficoltà economiche	
si	58,6
no	47,0
* a scopo preventivo, in assenza di segni o sintomi	

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo eseguito, il 37% delle donne intervistate ha riferito di averlo effettuato nell'ultimo anno, il 19% da uno a tre anni, l'11% da più di tre anni.

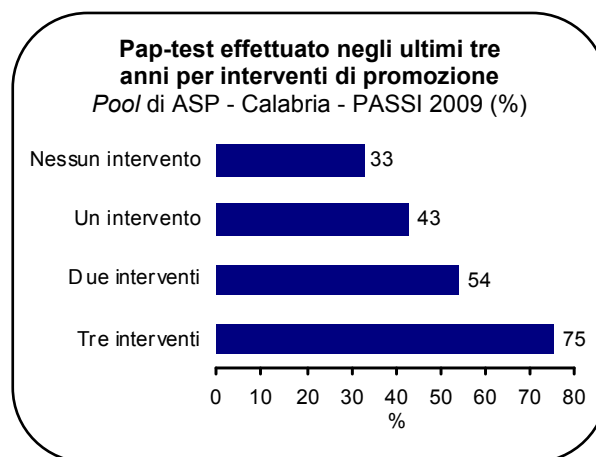
Il 33% delle donne intervistate non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



Qual è l'efficacia della promozione nel favorire l'effettuazione del Pap test?

Le donne di 25-64 anni che dichiarano di aver effettuato il Pap test a seguito di interventi di promozione sono state indotte a eseguirlo in particolare su consiglio di un operatore sanitario (88%), a seguito di una lettera dell'ASP (76%) o di una campagna comunicativa (75%).

L'efficacia degli interventi di promozione è maggiore quando questi siano associati tra loro.



Conclusioni

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test non è molto elevata; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (44%) sia della quota non irrilevante di adesione spontanea (12%).

I programmi organizzati si confermano correlati a una maggior adesione; la lettera d'invito, unitamente al consiglio dell'operatore sanitario e alla campagna di informazione, si conferma lo strumento più efficace. Circa una donna su tre ha riferito di aver eseguito il Pap test nel corso dell'ultimo anno (rispettando l'atteso in base alla periodicità triennale dell'esame).

Una rilevante parte della popolazione femminile di 25-64 anni non è "coperta"; una donna su tre dichiara infatti di non avere mai effettuato l'esame: tra di esse il 30% pensa di non averne bisogno, mentre il 23% si sente in imbarazzo. Per innalzare il livello di copertura è necessario intervenire con un'azione comunicativa più efficace coinvolgendo MMG, ginecologi, operatori sanitari, servizi consultoriali e servizi sociali.

Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono in costante aumento a livello europeo. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti.

Il Piano nazionale di prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto nelle persone nella fascia 50-69 anni la ricerca del sangue occulto nelle feci (con frequenza biennale) o, in alternativa, l'esecuzione di una retto-sigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è 5 anni.

Diagnosi precoce tumore colon retto (50-69anni) - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto fecale (SOF) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	6,3 (2,5-10,0)
Eseguita una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	6,7 (2,9-10,6)
Ha ricevuto una lettera dall'ASS	2,5 (0,1-4,9)
Ha ricevuto il consiglio dell' operatore sanitario	16,2 (10,9-21,5)
Ha visto la campagna informativa	30,8 (23,6-38,0)

Quanti hanno eseguito un esame per la diagnosi di tumore del colon-retto in accordo con le linee guida?

Poco più del 6% di 50-69enni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo (SOF) negli ultimi due anni.

Circa il 7% degli intervistati ha riferito di aver effettuato una retto sigmoidoscopia/colonscopia preventiva secondo raccomandazione nel corso degli ultimi cinque anni.

Entrambi gli esami sono stati effettuati più frequentemente dai 50-59enni, dagli uomini, dalle persone con più elevato livello di istruzione e da quelle con difficoltà economiche.

Analizzando tutte insieme le variabili della tabella tramite un modello logistico multivariato le associazioni non risultano statisticamente significative per entrambi gli esami.

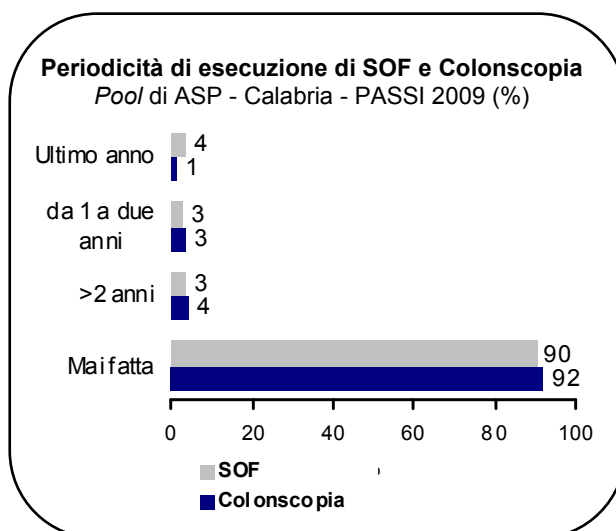
Nel pool di ASL nazionali il 23% ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 10% la colonscopia a scopo preventivo.

Diagnosi precoce neoplasie colon-retto* (50-69 anni) Pool di ASP - Calabria - PASSI 2009 (n.185 ricerca sangue occulto; n.186 colonscopia)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale % (IC 95%)	Colonscopia % (IC 95%)
Totale	6,3 (2,5-10,0)	6,7 (2,9-10,6)
Classi di età		
50 - 59	4,3	5,9
59 - 69	8,8	7,9
Sesso		
uomini	7,9	7,2
donne	4,7	6,3
Livello di istruzione		
basso	6,0	6,4
alto	6,7	7,4
Difficoltà economiche		
si	7,7	7,4
no	1,8	4,4
*ricerca del Sof negli ultimi due anni; retto-sigmoidoscopia/colonscopia negli ultimi cinque anni		

Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Rispetto all'ultima ricerca del sangue occulto, il 4% ha riferito di averla effettuata nel corso dell'ultimo anno, il 3% da uno a due anni, un altro 3% da più di due, anni mentre il restante 90% non ha mai eseguito l'esame.

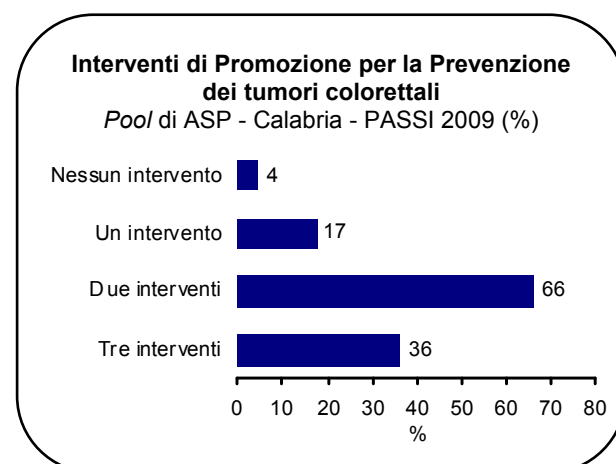
Rispetto all'ultima colonscopia preventiva, l'1% ha riferito di averla effettuata nel corso dell'ultimo anno, il 3% da uno a due anni, il 4% da più di due anni, mentre il restante 92% non ha mai eseguito l'esame.



Qual è l'efficacia della promozione nel favorire l'effettuazione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Il 3% delle persone intervistate di 50-69anni ha riferito di aver ricevuto una lettera d'invito dalla ASL per eseguire un esame per la prevenzione dei tumori coloretali, il 16% di essere stato consigliato da un operatore sanitario e il 31% di avere visto o sentito una campagna informativa.

L'efficacia degli interventi di promozione (in particolare l'associazione consiglio e campagna) sia per l'esecuzione del SOF che della rettoscopia/colonscopia è maggiore quando questi sono tra loro associati.



Conclusioni

Nonostante la dimostrata efficacia della diagnosi precoce nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, solo una modestissima percentuale di persone si è sottoposta ai test preventivi. La ricerca del sangue occulto è direttamente proporzionale al livello di attivazione di programmi strutturati: in Calabria l'attivazione dello screening coloretale sta muovendo i primi passi e pertanto il livello di copertura è particolarmente basso e molto distante da quello "desiderabile" (>65%) nella popolazione target.

La combinazione di più interventi di promozione del test - in particolare i consigli del medico associati alle campagne promozionali - nel corso di programmi di screening organizzati è associata a una maggiore adesione alle raccomandazioni.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di patologie croniche), le quali hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche (mortalità, ospedalizzazioni ecc). Nei Paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale, inserita nel Piano Nazionale della Prevenzione, rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata ai soggetti a rischio (in particolare le persone di 65 e più anni e gli adulti di 18-64 anni con malattie croniche); il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle suddette categorie a rischio.

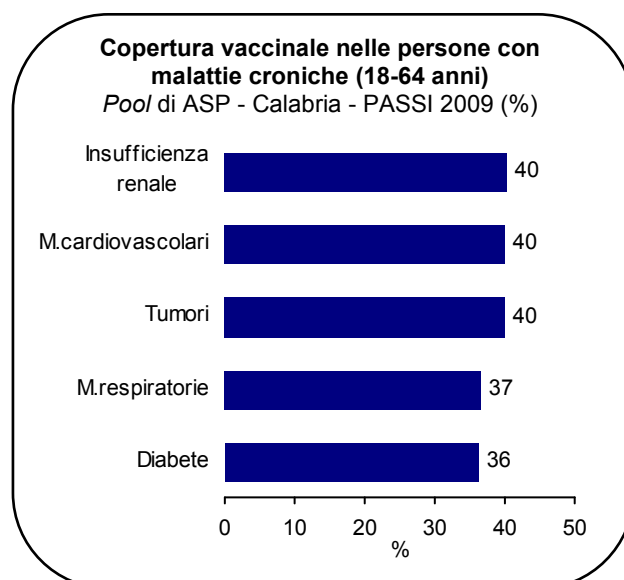
Vaccinazione antiinfluenzale - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Vaccinati 18-64 (campagna vaccinale 2008-2009)	17,3 (13,0-21,6)
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia cronica	32,6 (21,0-44,2)

La copertura vaccinale tra i portatori di malattie croniche

Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, solo il 33% ha dichiarato di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2008-2009 (pool di ASP nazionali 32%).

La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:

- maggiore tra le persone affette da insufficienza renale, malattie cardiovascolari e tumori, dove raggiunge valori di circa il 40%;
- di poco inferiore tra coloro che si dichiarano affette da malattie respiratorie croniche e diabete, con una frequenza rispettivamente del 37% e del 36%.



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere elevate coperture vaccinali delle categorie a rischio.

Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute – che fissa l'obiettivo di copertura minima al 75% –, negli ultimi anni è stata vaccinata, grazie anche alla collaborazione dei Medici di Medicina Generale, la maggior parte degli ultrasessantatenni.

Al contrario, tra le persone più giovani di 65 anni affette da almeno una patologia cronica, la copertura stimata è largamente insufficiente (si è vaccinata circa una persona su tre).

Estendendo la vaccinazione in questi gruppi di popolazione si potrà ottenere un consistente guadagno di salute.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta da una donna in gravidanza, può causare aborto spontaneo e mortalità fetale o gravi malformazioni (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza.

La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare con un esame (rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili a cui somministrare il vaccino.

Per eliminare la rosolia congenita si ritiene che la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Vaccinazione antirosolia - Pool di ASP - Calabria	% (IC 95%)
Donne vaccinate (18-49 anni)	13,9 (8,7-19,1)
Donne suscettibili (18-49 anni) ¹	62,7 (56,0-69,4)

¹Donne suscettibili = non hanno effettuato il rubeotest e non sono state vaccinate, oppure il loro rubeotest è risultato negativo.

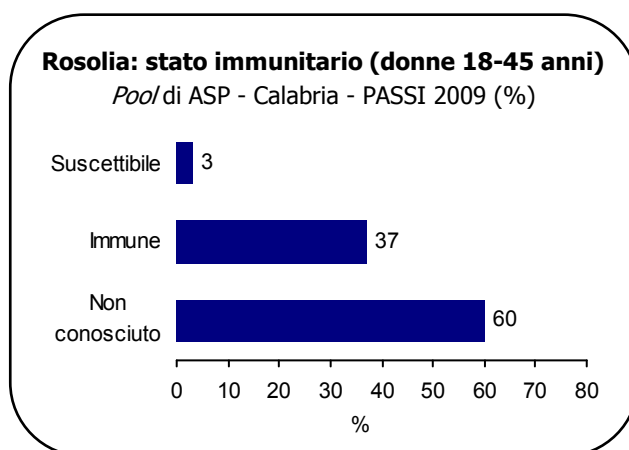
Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

Secondo quanto riferito, il 37% delle donne intervistate di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (14%) o per copertura naturale (23%), rilevata attraverso la positività del rubeotest.

Il 3% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinato e con rubeotest negativo.

Nel 60% delle donne lo stato immunitario non è conosciuto e pertanto considerato presuntivamente come negativo.

Nel pool di ASP nazionali la percentuale di donne vaccinate è del 33%.



Conclusioni e raccomandazioni

La percentuale di donne in età fertile certamente o presuntivamente suscettibili alla rosolia è ancora piuttosto elevata.

Per giungere all'eliminazione della rosolia congenita è necessario che le ASP pianifichino programmi d'intervento finalizzati all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili, con il coinvolgimento e la collaborazione di diverse figure professionali: medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche.

appendice

metodi

monitoraggio

APPENDICE

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati in Calabria avviene a livello di Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e possono pertanto differire dai criteri applicabili in studi che si pongano prioritariamente obiettivi di ricerca.

Popolazione di studio

Popolazione di studio: persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle Anagrafi Sanitarie di due ASP della Regione Calabria (circa 616.000 persone).

- Criteri di inclusione: residenza nel territorio regionale e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età ed è direttamente effettuato dalle liste delle Anagrafi Sanitarie delle ASP regionali.

La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASP è di 25 unità.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASP di appartenenza. I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASP durante tutto l'anno 2009, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è stata pari a circa 25 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori, che ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

La raccolta dei dati è avvenuta esclusivamente tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi *ad hoc* con conseguente correzione delle anomalie riscontrate. La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori, attraverso un sistema di raccolta centralizzato via web sul sito di servizio <http://www.passidati.it>.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software Epi Info 3.5.

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

Per garantire idonea rappresentatività, sono stati aggregati i dati delle singole ASP opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per valutare la presenza di eventuali fattori di confondimento o modificatori d'effetto (quali ad esempio età e genere) sono state effettuate analisi mediante *stratificazione* e *regressione logistica*.

Nella tabella di sintesi di pagina 5 sono riportati gli indicatori regionali e nazionali di principale interesse.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (D.L. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore aziendale o l'intervistatore.

Il personale intervistante ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento. La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente e idoneamente custoditi, sotto la responsabilità del Coordinatore aziendale. Relativamente ai supporti informatici utilizzati, sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione al fine di impedire l'accesso non autorizzato.

Le interviste vengono trasferite in forma anonima in un archivio nazionale tramite un collegamento protetto via Internet. Gli elementi identificativi presenti a livello locale su supporto cartaceo o informatico sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (<http://www.passidati.it>). Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali. Si riportano di seguito le principali definizioni.

- **Popolazione indagata:** persone di età compresa tra 18 e 69 anni residenti nelle Aziende Sanitarie (AS), registrate nell'Anagrafe Sanitaria degli assistiti e fornite di recapito telefonico.
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati 18-69enni, residenti nelle AS con disponibilità di un recapito telefonico e in grado di sostenere un'intervista telefonica in italiano (o altra lingua ufficiale della Regione/Provincia Autonoma).
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

La tabella seguente mostra i valori dei tassi calcolati per le Aziende Sanitarie Provinciali che hanno partecipato alla raccolta dati nel corso del 2009 confrontati con quelli regionali e nazionali:

	Risposta	Sostituzione	Rifiuto	Non reperibilità	Eleggibilità
ASP Cosenza	87.1	12.9	7.1	5.8	94.4
ASP Vibo Valentia	75.6	24.4	16.3	8.0	95.0
Calabria	85.8	14.2	9.0	5.2	95.3
Pool Italia 2009	87,7	12.3	9.1	3.2	95.7

Gruppo di lavoro ASP Cosenza:

Coordinamento:

Francesco Sconza¹, Nello Guccione¹, Claudia Zingone¹, Vilmerio Gigli²

¹Unità operativa Complessa di Epidemiologia e Statistica Sanitaria - Dipartimento di Prevenzione di Cosenza

²Unità operativa di Epidemiologia e Statistica Sanitaria Dipartimento di Prevenzione di Castrovillari

Intervistatori:

Angela Ponzetta	Sociologa	Medicina di base Cs	Distretto Cosenza
Rosanna Mauro	Assistente Sociale	Promozione della salute	Dipartimento Prevenzione - ex4
Roberta Rende	Igienista Dentale	Promozione della salute	Dipartimento Prevenzione - ex4
Elvira Ferraro	Sociologa	U.R.P. Acri	Distretto Acri
Maria Capua	Collaboratore Amm.vo	U.R.P. Acri	Distretto Acri
Pia Porcelli	Sociologa	Neuropsichiatria infantile	Distretto Praia-Scalea
Marcella Vitelli	Assistente Sociale	SERT	Distretto Paola
Pietro De Paola	Assistente Sociale	Direzione distrettuale	Distretto Paola
Loredana Mendicino	Collaboratore Tec. Prof.	URP	Distretto Amantea
Rossella Rotondaro	Assistente Sociale	Medicina Legale	Dipartimento Prevenzione - ex2
Miranda Cariati	Sociologa	Riabilitazione età evolutiva	Distretto Media Valle Crati
Erminia Cicirelli	Sociologa	Riabilitazione età evolutiva	Distretto Media Valle Crati
Marisa Liguori	Assistente Sociale	Direzione distrettuale	Distretto Corigliano
Giovanna Cortese	Infermiere prof.le	ADI	Distretto Corigliano
Patrizia Pace	Infermiere prof.le	ADI	Distretto Corigliano

Gruppo di lavoro ASP Vibo Valentia:

Coordinamento:

Giuseppe Paduano¹, Beatrice Grasso²

¹Unità Operativa Igiene e sanità pubblica, Dipartimento di Prevenzione

²Unità Operativa Epidemiologia ed educazione alla salute, staff direzionale

Intervistatori:

Bosu Nicolina	Ass. Sanit. Coord.	Epidemiologia - Educazione alla Salute	Staff Direzionale
Ceraso Paolo Antonio	Ass. Soc. Coord.	Servizio Dipendenze Patologiche	S.E.R.T.
Di Grillo Valeria	Assistente Sociale	Centro di Salute Mentale di Vibo Valentia	Dip. Salute Mentale
Manfrida Maria Luisa	Assistente Sociale	Centro di Salute Mentale di Vibo Valentia	Dip. Salute Mentale
Maria Rosa Tigani	Infermiera Prof.	Centro di Salute Mentale di Vibo Valentia	Dip. Salute Mentale

Ha partecipato a titolo personale alla revisione del rapporto la dott.ssa Federica Sconza