

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2009/11

Calabria





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Rapporto a cura dei coordinatori regionali:

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

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

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Gruppo tecnico nazionale PASSI

Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Paolo D'Argenio, Angelo D'Argenio, Barbara De Mei, Pirus Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Alberto Perra, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Stefania Salmaso, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli.

Referenti regionali

Caterina Azzarito, Giacomino Brancati, Rubens Curia, Amalia De Luca, Tommasina Pelaggi.

Gruppo di lavoro ASP Cosenza:

Coordinamento: Francesco Sconza, Nello Guccione, Claudia Zingone, Vilmerio Gigli.

Intervistatori: Maria Carmina Ammirati, Francesca Bonadio, Maria Capua, Miranda Cariati, Erminia Cicirelli, Letizia Cimminelli, Elvira Ferraro, Maria Concetta Giannace, Adriana Lisco, Rosanna Mauro, Angela Ponzetta, Pia Porcelli, Roberta Rende, Rossella Rotondaro, Teresa Scalise, Anna Scialla, Anna Chiara Tomaselli, Giorgio Tripicchio.

Gruppo di lavoro ASP Crotone:

Coordinamento: Alessandro Bisbano

Gruppo di lavoro ASP Catanzaro:

Coordinamento: Antonella Sutura, Raffaele Di Lorenzo.

Intervistatori: Filippo Geracitano, Carmela Silipo, Teresa Talarico.

Gruppo di lavoro ASP Vibo Valentia:

Coordinamento: Giuseppe Paduano, Maria Beatrice Grasso

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

Gruppo di lavoro ASP Reggio Calabria:

Coordinamento: Pia Condello

Intervistatori: Marina Amodeo, Antonio Azzarà, Gabriella Foci, Maria Teresa Lino, Adriana Romeo.

Revisione del testo e grafica:

Federica Sconza

Si ringraziano per la disponibilità e la preziosa collaborazione fornita:

i Direttori Generali, i Direttori Sanitari, i Direttori dei Dipartimenti, dei Distretti e delle Unità Operative cui afferrisce il personale dei gruppi di lavoro delle Aziende Sanitarie Provinciali;

i Sindaci dei Comuni calabresi;

i Medici di Medicina Generale.

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 2010	5
Profilo socio-demografico	
Il campione 2010	7
Benessere	
Salute percepita	12
Depressione	14
Guadagnare Salute	
Attività Fisica	18
Situazione nutrizionale	22
Consumo di alcol	27
Abitudine al Fumo	32
Fumo passivo	35
Rischio cardiovascolare	
Rischio cardiovascolare	40
Iperensione arteriosa	41
Ipercolesterolemia	44
Fattori di rischio multipli	46
Calcolo del rischio cardiovascolare	47
Sicurezza	
Sicurezza stradale	50
Alcol e guida	53
Sicurezza domestica	56
Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce del tumore della mammella	59
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	63
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	67
Vaccinazione antinfluenzale	71
Vaccinazione antirosolia	73
Appendice	
Metodi	76
Monitoraggio	77

Il sistema di Sorveglianza PASSI in breve

PASSI s'inserisce nel cuore delle attività politiche e sanitarie intraprese in Italia per promuovere la prevenzione: l'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria che comporta l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta.

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".

L'evidenza applicata alla prevenzione. Potrebbe essere questo il motto della sorveglianza PASSI, la sperimentazione avviata a gennaio 2007 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta ponendo in essere per modificare i comportamenti a rischio.

PASSI è concepito per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati attraverso la costruzione di una base di dati in continua crescita e aggiornamento in grado di fornire informazioni di dettaglio a livello regionale e aziendale, sì da consentire confronti tra le Regioni e le ASL partecipanti e fornire elementi utili all'orientamento delle attività locali di programmazione e valutazione.

Con la 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, sottoposta a regolare e assidua manutenzione.

Il sistema di sorveglianza 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 colorettales;
- 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, dopodiché 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.

Nel presente report le analisi regionali fanno riferimento al triennio 2009-2011 per fornire un dato maggiormente consolidato rispetto a quello annuale, mentre quelle nazionali di riferimento al periodo 2008-2011.

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 2009-2011 (%)

	<i>Pool</i> Calabria 2009-2011	<i>Pool</i> Italia 2008-2011
Stato sociale e benessere		
Livello di istruzione elevato (diploma superiore o più)	58%	58%
Lavoro regolare, tra le persone di 18-65 anni	47%	61%
Qualche/molte difficoltà economiche	75%	64%
Giudica la propria salute positivamente	56%	68%
Presenta sintomi di depressione	10%	7%
Condizioni che incidono sullo stato di salute		
È completamente sedentario	35%	30%
È in eccesso ponderale	49%	42%
Mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	6%	10%
Fuma	26%	29%
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	71%	79%
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	78%	83%
Riferisce che il medico lo ha informato sul proprio rischio cardiovascolare	13%	7%
Consumo di alcol a maggior rischio	15%	17%
Sicurezza stradale e domestica		
Ha guidato sotto l'effetto dell'alcol	11%	10%
Usa la cintura di sicurezza anteriore	74%	83%
Usa la cintura di sicurezza posteriore	14%	19%
Usa il casco	83%	94%
Ha avuto un infortunio domestico che ha richiesto l'intervento medico	5%	4%
Prevenzione		
Ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	49%	69%
Ha effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni	56%	75%
Ha effettuato un test preventivo del sangue occulto negli ultimi 2 anni	11%	31%
Ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	10%	12%
Ha effettuato la vaccinazione antiinfluenzale (malati cronici)	25%	29%
Ha effettuato la vaccinazione antirosolia (donne in età fertile)	25%	N.D.
<p> = Significativamente diverso, ma peggiore del valore del campione nazionale</p> <p> = Non significativamente diverso del valore del campione nazionale</p> <p> = Significativamente diverso, ma migliore del valore del campione nazionale</p>		

profilo socio demografico

il campione

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione

La popolazione in studio è rappresentata dai 18-69enni residenti e iscritti nelle liste delle Anagrafi Sanitarie delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) della Regione Calabria.

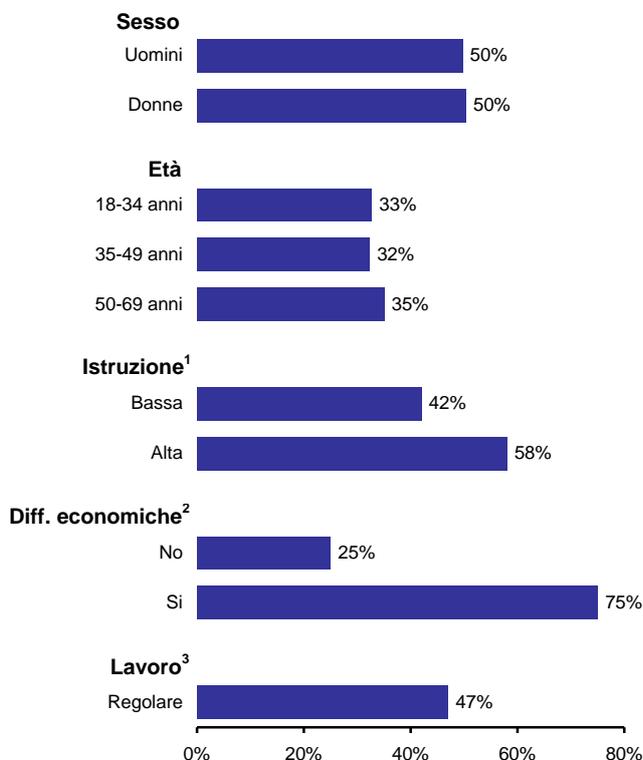
Nel corso del triennio 2009-2011 sono state intervistate 1.934 persone selezionate dalle Anagrafi Sanitarie delle suddette ASP con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

Il tasso di eleggibilità è risultato dell'89,8%, quello di risposta del 90,5% e quello di rifiuto del 4,3% (ulteriori dettagli su questi indicatori sono riportati in Appendice).

Il 50,3% della popolazione è costituito da donne, la classe d'età più rappresentata è quella dei 50-69enni, il 58% è in possesso di licenza media superiore o della laurea, il 75% lamenta difficoltà economiche e solo il 47% lavora con regolarità.

Caratteristiche demografiche intervistati

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



¹Bassa: nessuno/elementi/media infer.; ²Alta: media super./laurea

²No:nessuna difficoltà; Si: qualche/molte difficoltà

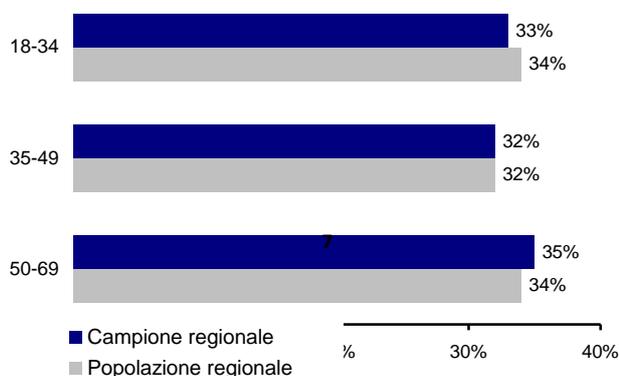
³Campione compreso tra 18 e 65 anni

L'età e il sesso

La distribuzione per sesso e classi d'età è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione regionale relativa alle ASP partecipanti, il che è indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

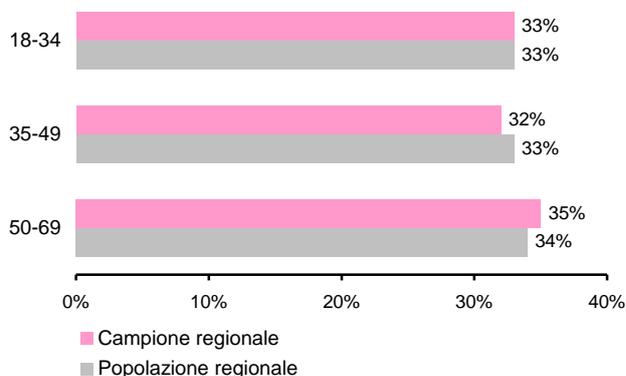
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli Uomini

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



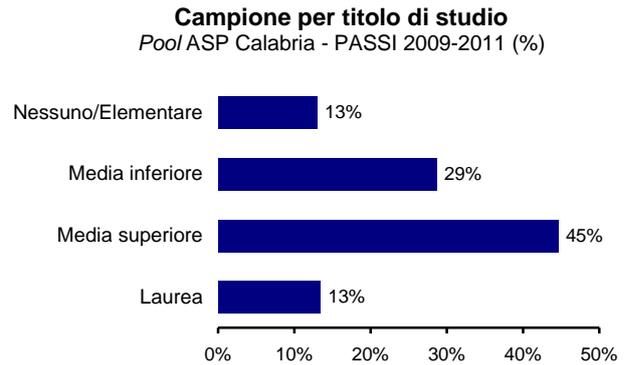
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Il titolo di studio

In Calabria più di 4 residenti ogni 10 esibiscono un basso livello di scolarità: il 13% del campione non possiede alcun titolo di studio o ha conseguito la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore, il 13% un titolo di Laurea.

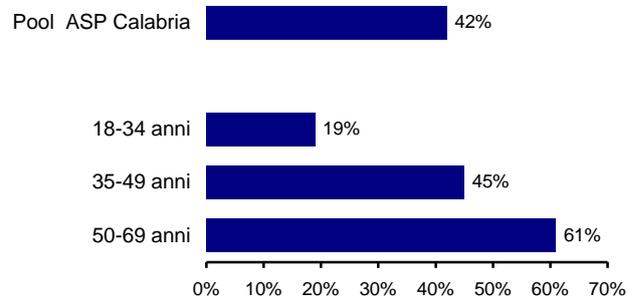


L'istruzione è correlata con l'età: la classe d'età più avanzata mostra infatti livelli di bassa scolarità (61%) superiori rispetto alle classi dei 18-34enni (19%) e dei 35-49enni (45%).

Dal punto di vista metodologico, dunque, i confronti per titolo di studio devono tener conto dell'effetto dell'età ed essere condotti mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

Prevalenza di scolarità bassa per classi di età

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



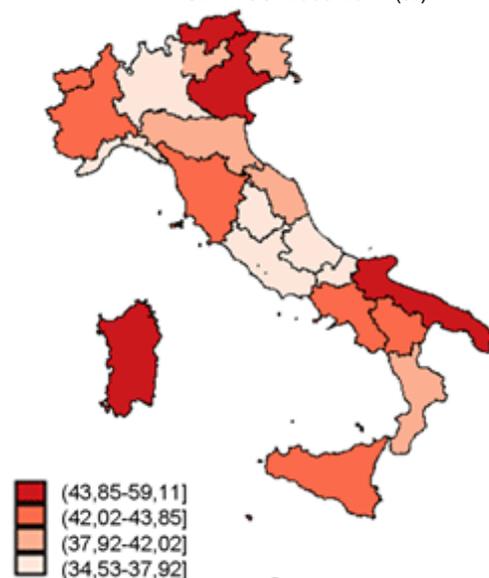
Il confronto interregionale

Nel pool di ASL PASSI 2008-2011 la scolarità medio-bassa (nessun titolo, licenza elementare o licenza media inferiore) è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

In Calabria si registra una prevalenza di scolarità medio-bassa in linea con la media nazionale.

Prevalenza di scolarità medio-bassa

Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)

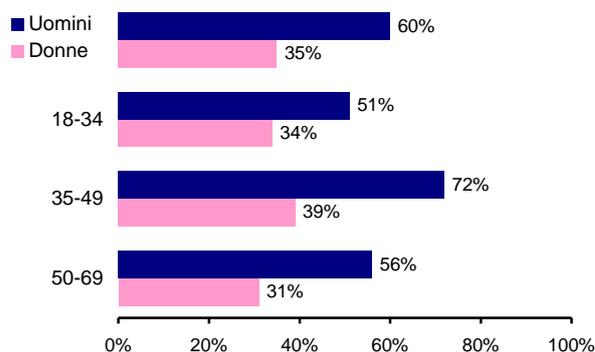


Il lavoro

Il 47% del campione aziendale tra i 18 e i 65 anni ha dichiarato di lavorare regolarmente.

Le donne, in tutte le classi di età, dichiarano un'occupazione regolare in minor misura rispetto agli uomini (complessivamente 35% contro 60%). La maggior percentuale di lavoratori regolari è stata riscontrata nella classe di età 35-49 anni (55%).

Lavoro regolare per classi di età e sesso
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

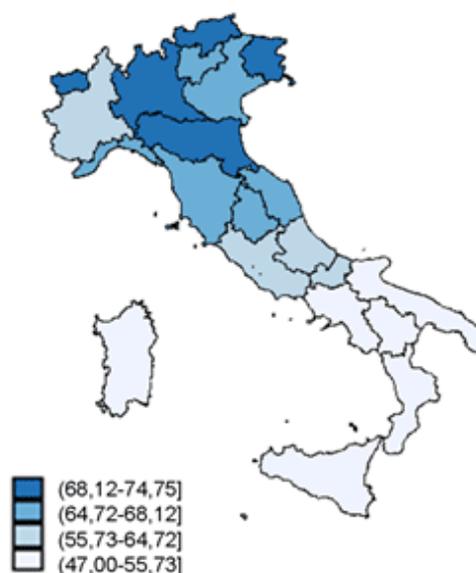


Il confronto interregionale

Nel pool di ASL PASSI 2008-2011 la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

La Calabria con un desolante 47% si colloca in ultima posizione.

Lavoratori regolari
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



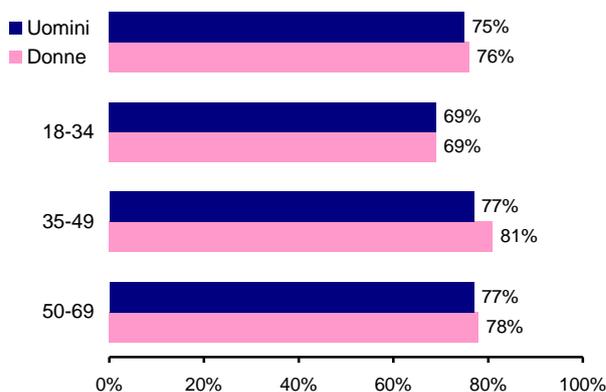
Le difficoltà economiche

In Calabria il 22% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 53% qualche, il 25% nessuna difficoltà. La percezione di avere molte difficoltà economiche nell'intero campione calabrese è equamente distribuita tra uomini e donne.

Stratificando per età si rilevano invece differenze tra i due sessi (che però non raggiungono la significatività statistica) nella classe d'età intermedia (35-49 anni).

In generale le difficoltà economiche sono maggiormente percepite nella classe intermedia e in quella d'età più avanzata.

Qualche/molte difficoltà economiche per classi d'età e sesso
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Il confronto interregionale

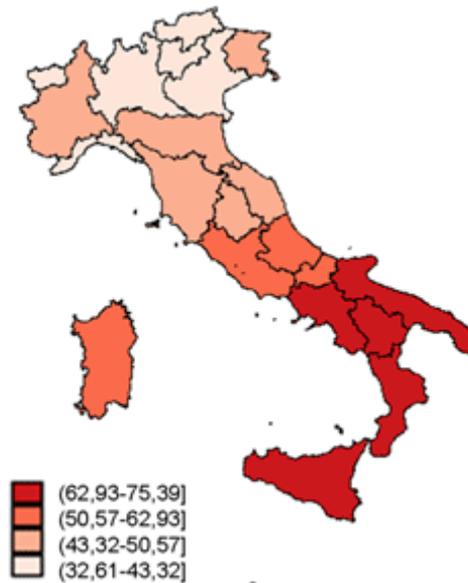
I determinanti sociali e, in particolare, le difficoltà economiche influenzano negativamente la salute, come evidenziato anche a livello internazionale.

Nel *pool* di ASL PASSI 2008-2011 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà.

La prevalenza di persone con alcune/molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

In Calabria si registra il valore più elevato di attestazioni di difficoltà economiche, giustificato dal più basso livello di lavoratori regolari riscontrato tra le Regioni.

Intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera costituiscono l'1% del campione. Gli stranieri sono più rappresentati nella classe d'età di 18-34 anni e in quella di 50-69 anni. Le donne sono presenti in maggior percentuale (0,7%) rispetto agli uomini (0,3%). 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.

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, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, segno di interesse e gradimento.

Dal confronto con la popolazione regionale il campione appare rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

La bassa percentuale di persone che lavorano stabilmente e in particolare le difficoltà economiche influenzano negativamente la salute dei calabresi.

benessere

percezione dello stato di salute
depressione

Percezione dello stato di salute

La qualità della vita in relazione allo stato di salute è influenzata da diversi aspetti, quali le condizioni socio-economiche, le malattie e i comportamenti a rischio. Esistono molti indicatori sulla qualità della vita in relazione allo stato di salute che valutano sia la percezione del proprio stato di salute sia lo stato funzionale riferito dall'individuo, e sono utili ai decisori per mettere in evidenza le disparità in salute, ai ricercatori clinici per la valutazione degli esiti dei trattamenti e a coloro che effettuano valutazioni economiche per le analisi costo-utilità.

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute i calabresi ?

Il 56% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute.

Il 38% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 6% ha risposto in modo negativo (male o molto male).

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

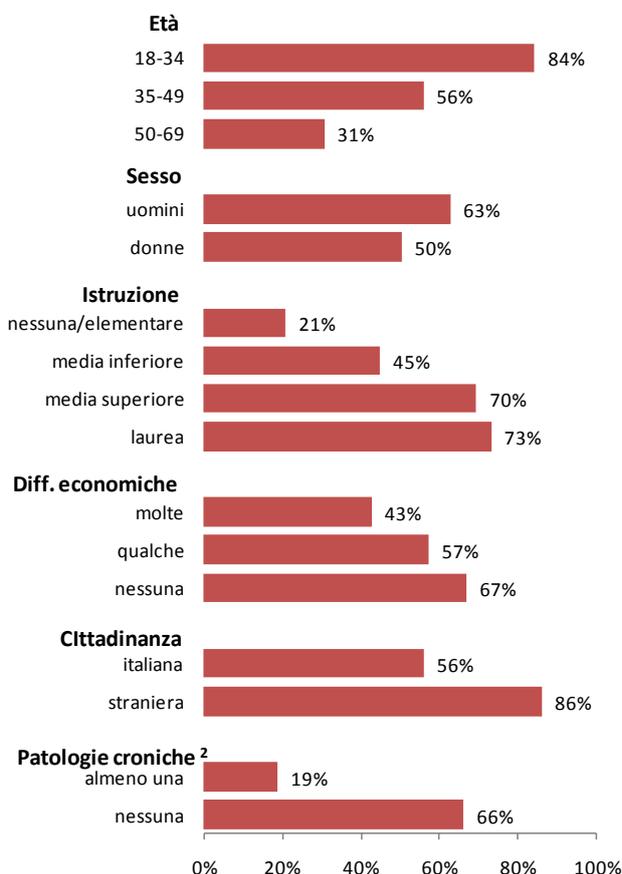
- i giovani nella fascia 18-34 anni;
- gli uomini;
- le persone con un alto livello d'istruzione;
- le persone prive di difficoltà economiche;
- i cittadini con cittadinanza straniera;
- le persone esenti da patologie croniche severe.

Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla percezione positiva dello stato di salute sono:

- per gli uomini la giovane età, il livello d'istruzione medio-alto, l'assenza di difficoltà economiche e di patologie croniche;
- per le donne l'appartenenza alla classe d'età più giovane, la cittadinanza straniera e l'assenza di patologie croniche.

Stato di salute percepito positivamente¹ Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 56,4% (IC 95%: 53,3%-59,5%)



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

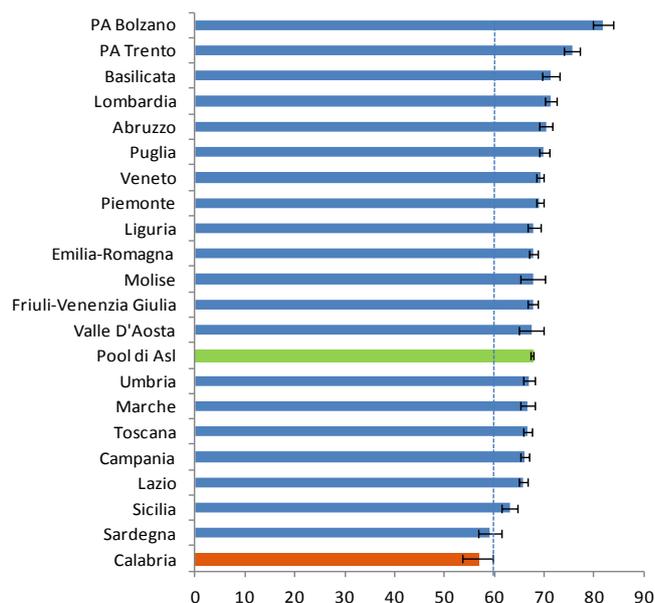
Il confronto interregionale

Per istituire un confronto interregionale più attendibile la percentuale di persone che percepisce positivamente (bene/molto bene) il proprio stato di salute è stata calcolata sul *pool* quadriennale 2008-2011.

La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di *pool* (differenza non significativa dal punto di vista statistico), quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore rispetto al dato medio di *pool* 2008-2011 (differenza significativa dal punto di vista statistico).

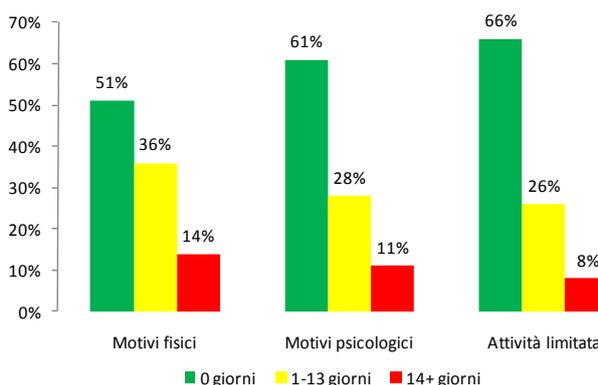
Nel grafico a barre sono indicati i dati regionali con i relativi intervalli di confidenza al 95%: la Calabria vi figura al penultimo posto con il 56% (contro il 68% rilevato nel *pool* di ASL nazionali).

Stato di salute percepito positivamente - Pool ASL Passi 2008-2011



In Calabria la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (51% in buona salute fisica, 61% in buona salute psicologica e 66% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Una non elevata percentuale ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (14%), per motivi psicologici (11%) e con limitazioni alle attività abituali (8%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Meno di sei intervistati su dieci hanno riferito di essere in buona salute: il dato registrato in Calabria è il più basso tra tutte le regioni italiane. La percezione negativa del proprio stato di salute è maggiormente diffusa tra i meno giovani, le donne, i meno istruiti, i meno abbienti, 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.

Depressione

Il disturbo depressivo maggiore si manifesta con un tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica a 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. I sintomi più frequenti sono: sensazione di tristezza e abbattimento; perdita di piacere e interesse; cambiamenti nell'appetito; disturbi del sonno; agitazione, irrequietezza o, al contrario, limitazione delle attività; diminuzione di vitalità e facilità a stancarsi; percezione di valere poco e senso di colpa eccessivo; difficoltà di concentrazione e incapacità di pensare lucidamente; pensieri ricorrenti sull'inutilità della propria vita o sulla morte e il suicidio. Una persona depressa presenta generalmente i sintomi riportati: non necessariamente tutti, ma almeno uno dei primi due e cinque nel complesso. In Italia, stando alle stime dello studio epidemiologico europeo sulla prevalenza dei disturbi mentali ESEMeD, ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffre di un disturbo depressivo. PASSI pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali utilizzando un test validato, il *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2) strumento di *screening* derivato dal *Patient Health Questionnaire-9* e dotato di soddisfacente sensibilità e specificità.

In ambito di sorveglianza il PHQ-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo e di misurarne la prevalenza e l'associazione con determinanti, patologie croniche e rischi comportamentali.

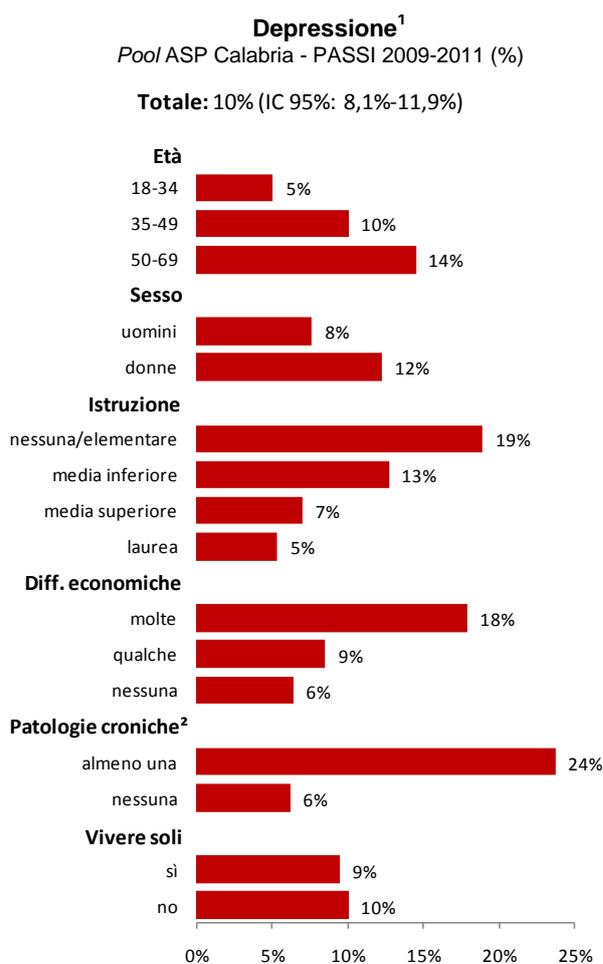
Quante persone presentano i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

Il 10% 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 (circa un terzo in più rispetto agli uomini), le persone con bassa istruzione, quelle versanti in difficoltà economiche e quelle affette almeno da una patologia cronica severa.

Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa ai sintomi di depressione sono:

- per gli uomini il basso livello di istruzione, la presenza di gravi difficoltà economiche e di almeno una malattia cronica;
- per le donne l'età più avanzata e la presenza di difficoltà economiche e patologie croniche.



¹ Persone con punteggio ≥ 3 del Patient-Health Questionnaire-2

² Ictus; infarto, altre malattie cardiovascolari; diabete; malattie respiratorie croniche; tumori; insufficienza renale, malattie del fegato.

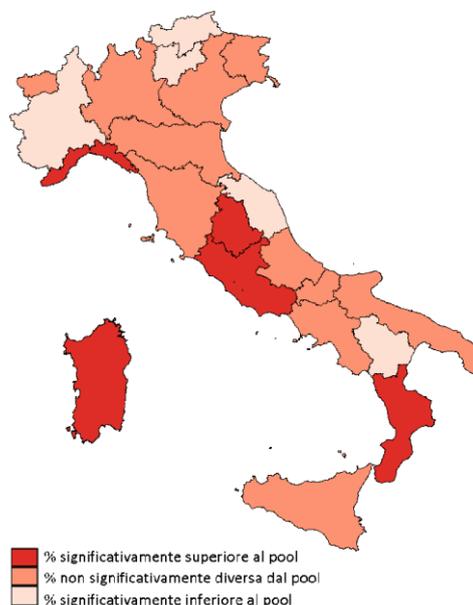
Il confronto interregionale

Al fine di un confronto interregionale più attendibile, la percentuale di persone che riferisce sintomi di depressione è stata calcolata sul *pool* quadriennale 2008-2011.

Nel suddetto periodo si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni: la P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di persone con sintomi di depressione (3%), mentre in Calabria, Umbria e Sardegna si registra quella significativamente più alta (10%).

I dati regionali del 2008-2011 relativi ai sintomi di depressione sono riportati nel diagramma unitamente ai rispettivi intervalli di confidenza. Nel *pool* di ASL 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.

Sintomi di depressione
Pool ASL Passi 2008-2011 (%)



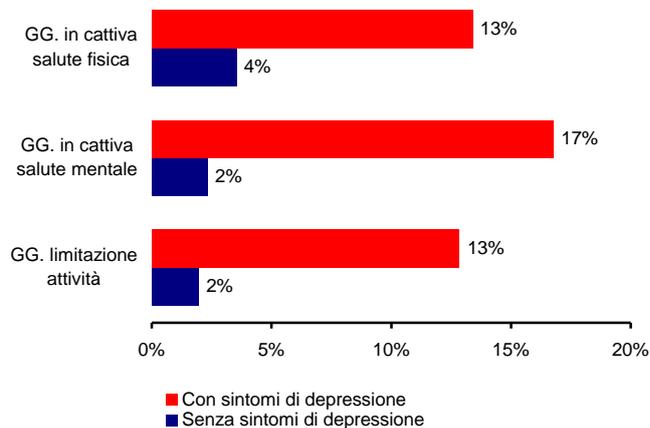
Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla qualità della vita ?

Il 21% di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, contro il 61% delle persone non depresse.

La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone che presentano sintomi depressivi.

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

Media di giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011



A chi si rivolgono le persone con sintomi di depressione?

Tra le persone con sintomi di depressione un terzo non ha richiesto aiuti, mentre il 15% si è appoggiato a familiari e/o amici, il 40% si è rivolto al medico o a un Operatore Sanitario e il restante 12% sia a un medico che ai familiari. Nel *pool* di ASL nazionali non ricorre ad alcun aiuto circa il 42%, mentre il 18% si rivolge a parenti o amici, il 32% al medico o a un Operatore Sanitario e l'8% sia a un medico sia a persone vicine.

Richieste d'aiuto per sintomi di depressione - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Ha cercato aiuto da qualcuno ¹	66,9 (59,3 - 74,5)
Figure di ricorso per sintomi di depressione:	
<i>Nessuna</i>	33,2 (26,1 - 40,3)
<i>Medico/operatore sanitario</i>	40,3 (29,3 - 51,3)
<i>Famiglia/amici</i>	14,8 (10,1 - 19,5)
<i>Entrambi</i>	11,7 (2,7 - 20,7)
¹ La domanda è stata rivolta a un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.	

Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Calabria i sintomi depressivi interessano una persona su dieci, manifestandosi con più frequenza negli adulti, specialmente donne e persone vulnerabili sotto il profilo fisico e sociale.

Il dato sull'associazione con le difficoltà economiche, risultate essere il fattore di rischio più rilevante, deve far riflettere soprattutto in un periodo come quello attuale, segnato da una grave crisi economica mondiale e da possibili scenari futuri non rassicuranti.

Le persone affette da sintomi depressivi riportano un sensibile peggioramento della qualità della vita e limitazioni nelle attività quotidiane. Atteso che i disturbi mentali costituiscono una quota rilevante del carico complessivo di malattia nei Paesi industrializzati (perdita di anni di vita in buona salute), colpisce il limitato ricorso all'assistenza del Servizio Sanitario da parte di quanti sono soggetti a sintomi di depressione.

Qualora siano presenti e accessibili servizi delle ASL dedicati a queste persone, si raccomanda a medici di famiglia e altri operatori sanitari di ricercare e rilevare tempestivamente la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o versa in condizioni disagiate. Sarebbe necessario, dunque, promuovere e appuntare l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi, affinché chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili a fronteggiare il problema.

A livello internazionale la depressione è riconosciuta quale una delle cinque aree prioritarie del Patto Europeo per la Salute Mentale e il Benessere varato nel 2008 dalla Commissione europea.

guadagnare salute

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

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura.

In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di: ipertensione, malattie coronariche e *ictus* cerebrale, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, cadute (specie degli anziani), alcune neoplasie come il cancro del colon retto, del seno e dell'endometrio.

Il livello di attività fisica raccomandato alla popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari ad almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per non meno di 5 giorni alla settimana, oppure ad attività intensa per più di 20 minuti almeno 3 giorni a settimana. È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in sinergia con altri interventi, possono essere molto utili a incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

Attività fisica - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Livello di attività fisica:	
Attivo ¹	35,6 (32,6-38,6)
Parzialmente attivo ²	29,2 (26,2-32,2)

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).

² Non svolge lavori pesanti ma pratica attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati.

Quanti svolgono attività fisica?

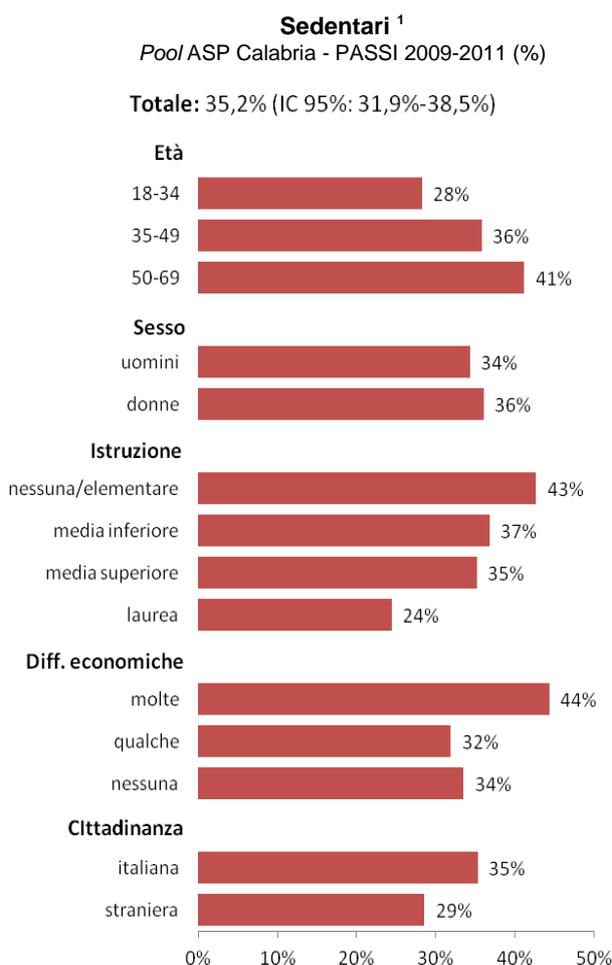
In Calabria circa il 36% delle persone intervistate ha riferito di svolgere un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica, e può quindi essere definito attivo (*pool* di ASL nazionali 33%).

Circa il 29% non svolge un lavoro pesante e pratica attività fisica in misura inferiore a quanto raccomandato, e può quindi essere definito parzialmente attivo (*pool* ASL nazionali 37%).

Caratteristiche dei sedentari

Circa il 35% del campione può definirsi completamente sedentario. La sedentarietà aumenta al crescere dell'età ed è più frequente nelle donne, nelle persone che hanno un minor grado di istruzione e sperimentano serie difficoltà economiche.

Analizzando separatamente per genere le caratteristiche socio-demografiche, mediante un'analisi logistica multivariata, si conferma per i soli gli uomini l'associazione con l'età, il livello d'istruzione e le difficoltà economiche.



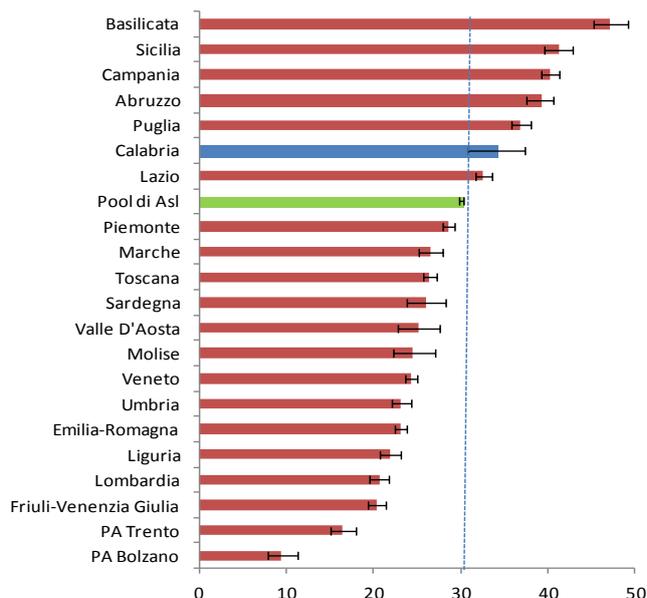
¹ Persone che non svolgono lavori pesanti né attività fisica

Il confronto interregionale

Nel periodo 2008-2011 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 (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

In Calabria la percentuale di sedentari raggiunge il 35% e risulta significativamente superiore al dato registrato nel *pool* di ASL italiane (30%), come si evince anche dal relativo grafico a barre.

Sedentari - Pool ASL Passi 2008-2011 (%)



L'autopercezione del livello di attività fisica

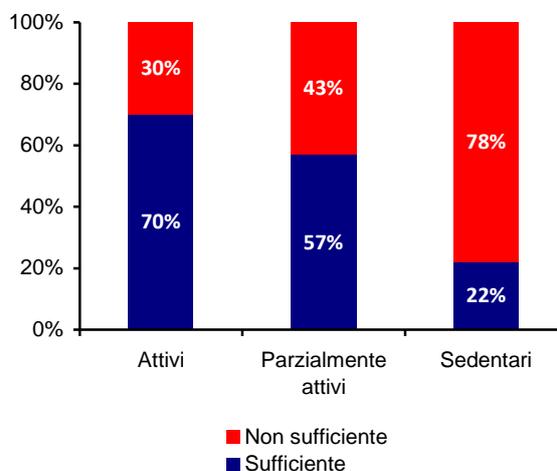
La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quello dell'attività effettivamente svolta.

In Calabria, tra le persone attive, il 30% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente, dato in linea con quello registrato a livello di *pool* nazionale.

Oltre la metà delle persone parzialmente attive (57%) e quasi un sedentario su quattro (22%) hanno percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Nel *pool* delle ASL hanno percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari.

Autopercezione del livello di attività fisica
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

Promozione dell'attività fisica - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Riferisce che un medico operatore sanitario ha chiesto se pratica regolare attività fisica ¹	34,9 (31,4 - 38,4)
Riferisce che un medico operatore sanitario ha consigliato di praticare più attività fisica ¹	36,4 (32,8 - 40,0)

¹ Sono escluse le persone che non si sono rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.

In Calabria il 35% degli intervistati ha riferito che un medico operatore sanitario ha chiesto conferma dello svolgimento di una regolare attività fisica, contro il 31% registrato a livello nazionale; il 37% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (32% pool di ASL nazionali).

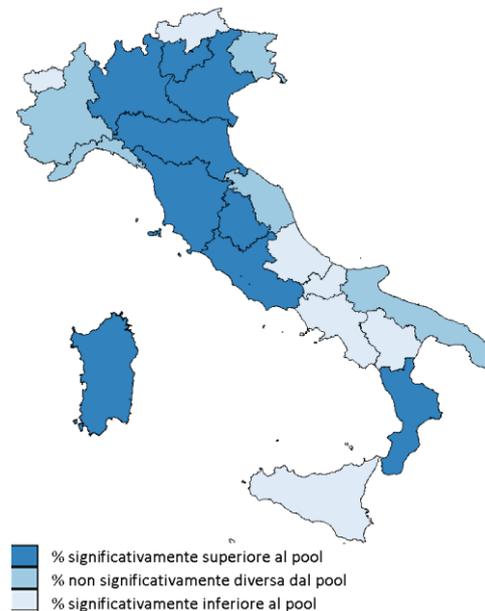
Il confronto interregionale

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o operatore sanitario in alcune Regioni meridionali.

La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle ASL della Sardegna (39%).

In controtendenza con il resto del Meridione, la promozione dell'attività fisica da parte dei MMG calabresi è risultata significativamente superiore rispetto a quella registrata nel pool di ASL italiane.

Persone interrogate sull'attività fisica
Pool ASL Passi 2008-2011 (%)

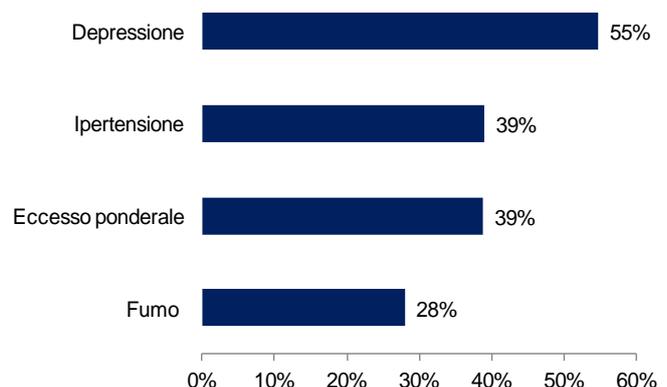


Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

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

- il 55% delle persone depresse;
- il 39% degli ipertesi;
- il 39% delle persone in eccesso ponderale;
- Il 28% dei fumatori.

Sedentari e altri fattori di rischio
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Oltre un terzo della popolazione calabrese tra 18 e 69 anni risulta completamente sedentario, perché non svolge nessun tipo di attività fisica, né al lavoro né nel tempo libero. La sedentarietà risulta più diffusa tra i 50-69enni, le donne, le persone con un più basso livello d'istruzione e tra coloro che riportano gravi difficoltà economiche.

Solo poco più di tre intervistati su dieci riferiscono che medici e operatori sanitari si sono informati e hanno consigliato loro di svolgere regolare attività fisica, nonostante tale pratica risulti notoriamente efficace nello indurre una riduzione della sedentarietà.

L'attività fisica rappresenta uno dei punti cardine dei Piani Regionali della Prevenzione 2010-2012 ed è oggetto di progetti specifici in numerosi ambiti territoriali, tra cui la nostra Regione. La sorveglianza è in grado di misurare i progressi nella pratica dell'attività fisica anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate in questo ambito.

Assume rilevanza l'obiettivo del programma "Guadagnare Salute" di rendere facile al cittadino la scelta del movimento, a partire dalla realizzazione di un ambiente che non lo ostacoli e, anzi, lo favorisca. 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).

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. Soprattutto 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: ciò spiega l'insistenza sul monitoraggio dell'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Sovrappeso e obesità

PASSI misura la prevalenza di obesità mediante l'Indice di Massa Corporea (IMC, traduzione dell'inglese *Body Mass Index*, BMI), calcolato in base a dati riferiti di altezza e peso. Generalmente i dati riferiti, quando confrontati con quelli misurati, attestano una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità. Nella maggior parte degli studi tale sottostima si rivela maggiore tra le donne e le persone sopra i 65 anni.

Situazione nutrizionale - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Popolazione in eccesso ponderale:	48,7 (45,6-51,8)
sovrappeso ¹	35,3 (32,-38,5)
obeso ²	13,4 (10,9-15,9)

¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9
² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

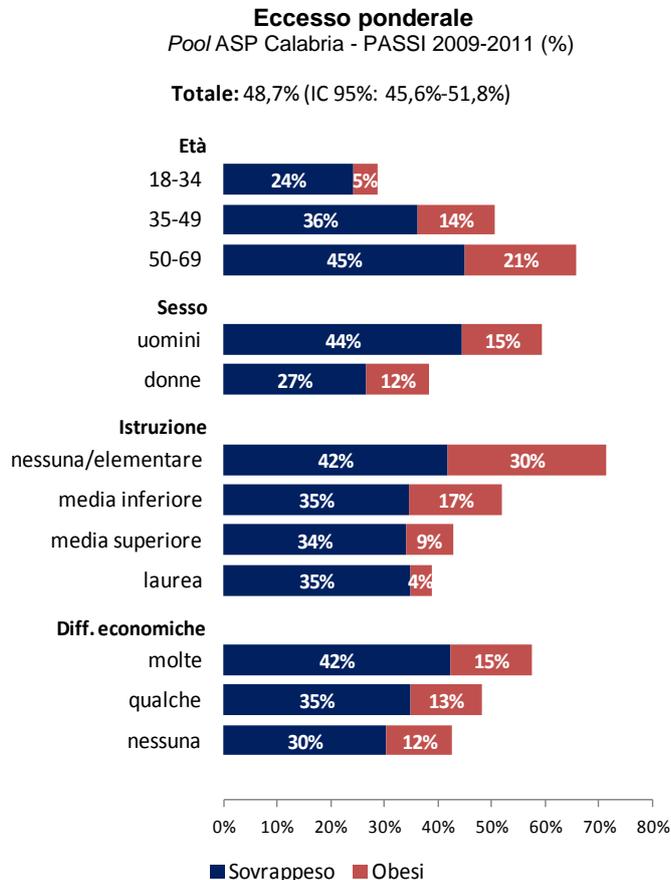
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

Nel pool di ASP calabresi circa il 49% degli intervistati è in eccesso ponderale: in particolare il 35% è in sovrappeso e addirittura il 13% 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 che versano in difficoltà economiche. Analizzando separatamente per genere tutte le variabili del grafico con un modello logistico multivariato, si conferma l'associazione con la età e le serie difficoltà economiche per gli uomini, mentre per le donne l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa soltanto all'età e al livello d'istruzione.

Nel pool di ASL nazionali il 42% degli intervistati è in eccesso ponderale: il 31% è in sovrappeso e ben l'11% è obeso.

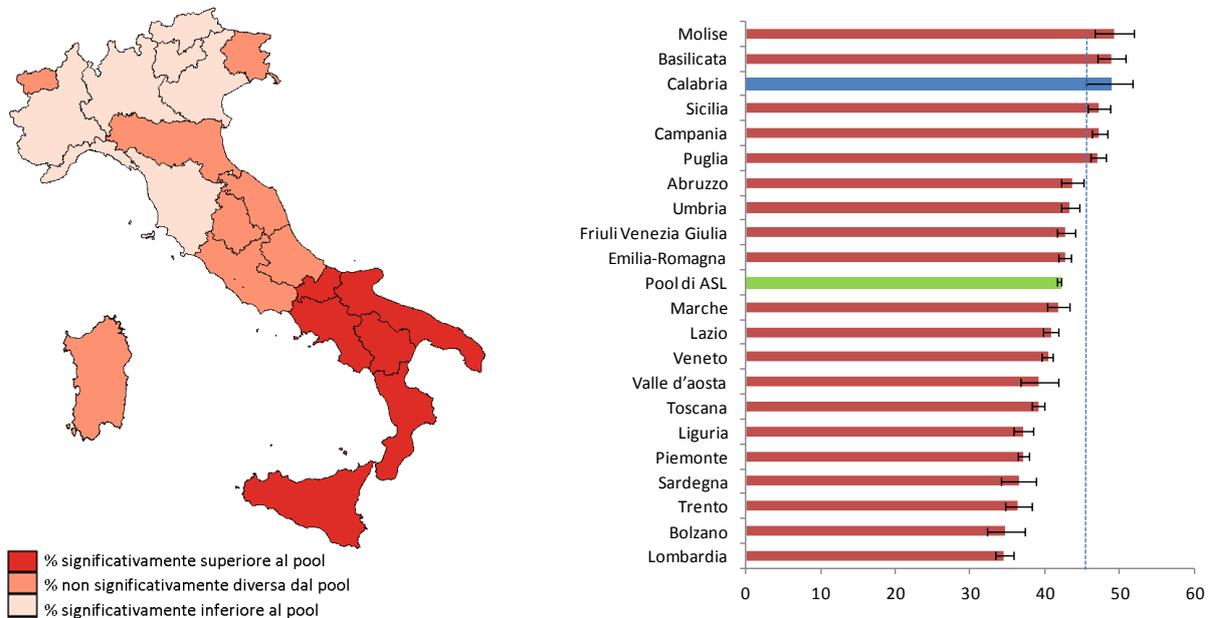
L'eccesso ponderale si associa all'età, al sesso, al livello d'istruzione e alle difficoltà economiche.



Il confronto interregionale

Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le ASL della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise, Basilicata e Calabria si registra quella significativamente più alta (circa il 49% - v. grafico a barre con I.C.).

Eccesso ponderale - Prevalenze per regione di residenza - Pool ASL PASSI 2008-11 (%)



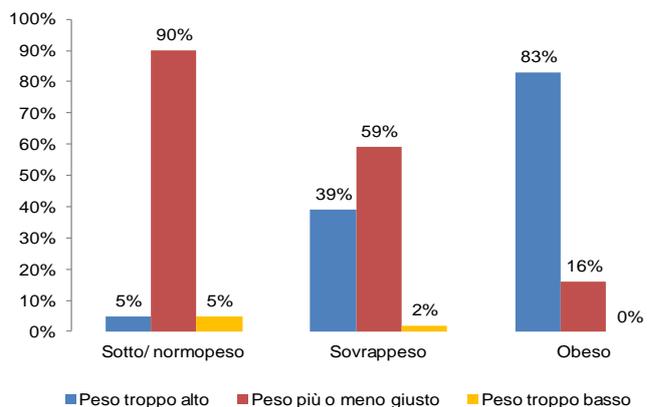
Percezione dell'adeguatezza del peso corporeo

Percepire di essere in sovrappeso può essere motivante per un eventuale cambiamento dello stile di vita.

Nel campione del *pool* Calabria, la percezione di essere in sovrappeso non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: tra le persone in sovrappeso addirittura il 59% ritiene il proprio peso appropriato (uomini 68%; donne 46%) e il 2% finanche troppo basso; tra gli obesi ben il 16% (uomini 21%; donne 11%) considera il proprio peso giusto.

Nel campione del *pool* Passi 2008-2011 il 48% delle persone in sovrappeso ritiene il proprio peso congruo e l'1% troppo basso; tra gli obesi il 10% sente il proprio peso a norma e l'1% del tutto inferiore a quanto sembra opportuno.

Percezione proprio peso per stato nutrizionale
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Cosa consigliano gli operatori sanitari ai sovrappeso/obesi ?

In Calabria il 63% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) dichiara di aver ricevuto da un medico o altro operatore sanitario il consiglio di perdere peso (54% dei sovrappeso; 84% degli obesi), il 48% di praticare regolarmente attività fisica (43% dei sovrappeso; 60% degli obesi) e il 62% è stato invece invitato a seguire una dieta.

Consigli degli operatori sanitari ai sovrappeso/obesi - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di perdere peso ¹	62,6 (57,9 - 67,3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di praticare attività fisica	47,9 (41,9 - 53,9)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di seguire una dieta	62,2 (57,5 - 66,9)

¹ Sono escluse le persone che non si sono rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.

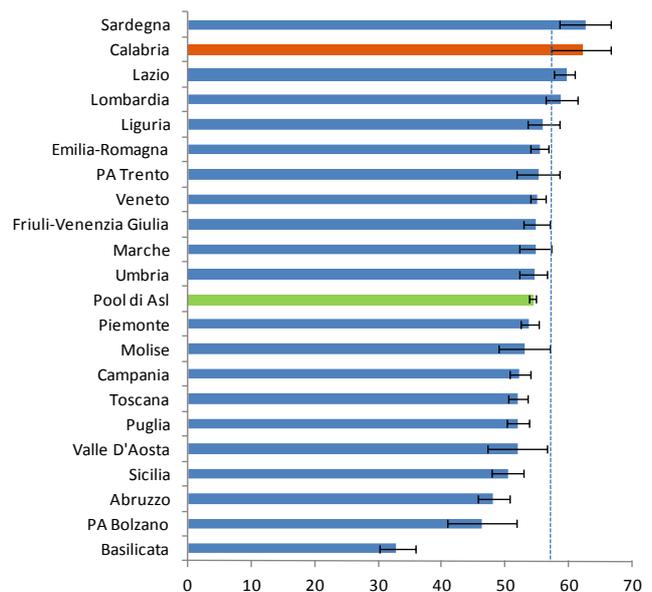
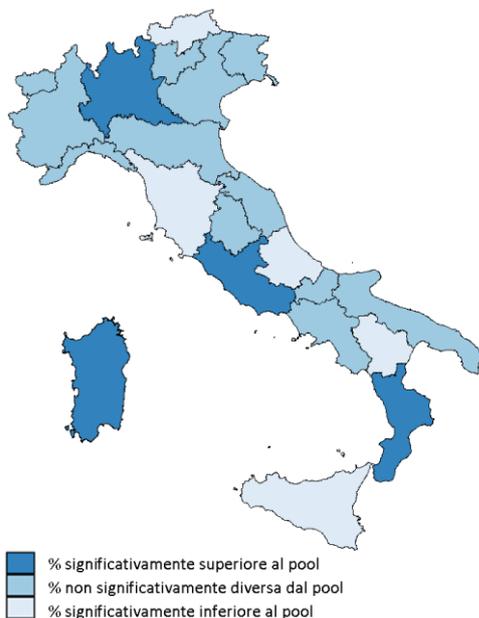
Il confronto interregionale

Nel pool di ASL PASSI 2008-2011 il 39% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di praticare regolare attività fisica.

Il 54% delle persone in eccesso ponderale dichiara di essere stato invitato da un medico o da un altro operatore sanitario a seguire una dieta per perdere peso. La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di pool (differenza non significativa dal punto di vista statistico), quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore rispetto al dato medio di pool 2008-2011 (differenza significativa dal punto di vista statistico). I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%), mentre quello significativamente più alto nelle ASL della Sardegna (63%) e della Calabria (62%).

Nel grafico a barre sono riportati i dati regionali con i relativi intervalli di confidenza al 95%.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di seguire una dieta - Pool ASL PASSI 2008-11 (%)



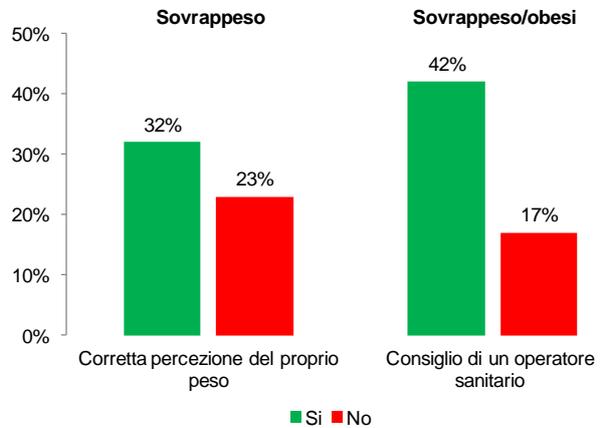
Effetti della corretta percezione del proprio peso e dei consigli degli Operatori Sanitari

Tra coloro che sono in sovrappeso, quelli che percepiscono il proprio peso come troppo elevato attuano più spesso una dieta per perdere peso (32% vs 23%).

Tra tutte le persone in eccesso ponderale, quelle che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario seguono più frequentemente una dieta (42% vs 17%).

Nel *pool* di ASL nazionali si registrano rispettivamente i seguenti dati: 30% vs 14% e 38% vs 13%.

**Attuazione di una dieta da parte di:
sovrappeso per auto percezione del proprio peso
sovrappeso/obesi per consiglio di operatori sanitari**
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Il consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'*ictus* cerebrale (OMS) lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% degli *ictus* cerebrali.

Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

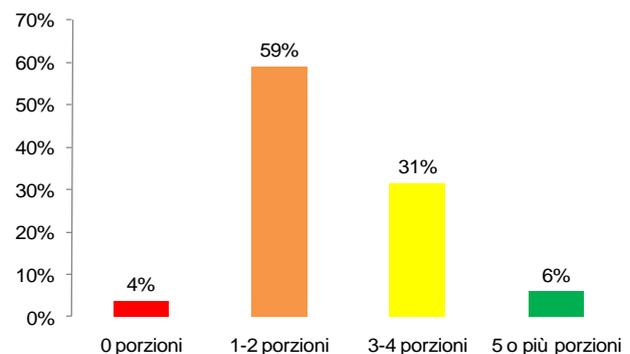
Anche le linee guida italiane per una sana alimentazione sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta grazie alla sensazione di sazietà suscitata da questi alimenti.

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

In Calabria il 96% degli intervistati ha dichiarato di consumare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 59% ha riferito di mangiare 1-2 porzioni al giorno, il 31% 3-4 porzioni. Solo il 6% consuma le 5 porzioni raccomandate (*five a day*).

Il consumo è significativamente minore tra i giovani di ambo i sessi, gli uomini con più alto livello d'istruzione e le donne che lamentano maggiori difficoltà economiche.

Porzioni di frutta e verdura consumate
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL nazionali solo il 10% degli intervistati consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. La mappa riporta la distribuzione geografica dell'adesione alle 5 porzioni al giorno: il valore il più alto si registra in Liguria (20%), il più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano e nelle ASP della Calabria (6%).

Persone che aderiscono al *five-a-day*
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata, attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle previste dal sistema di Sorveglianza PASSI, una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale; nonostante questa verosimile sottostima, in Calabria quasi una persona adulta su due è in eccesso ponderale. Nei programmi preventivi una particolare attenzione va posta, oltreché alle persone obese, a quelle in sovrappeso, giacché in questa fascia di popolazione emerge una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: quasi il 60% dei sovrappeso percepisce il proprio peso come "più o meno giusto", la maggior parte giudica positivamente la propria alimentazione, quasi uno su tre è aumentato di peso nell'ultimo anno e solo uno su quattro pratica una dieta per ridurre o controllare il peso, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (64%).

Nel motivare alla dieta le persone in eccesso ponderale si rivela piuttosto importante il consiglio e il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa il 37% ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (6%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate.

L'eccesso ponderale è una condizione molto diffusa e rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. Da tempo organismi sovranazionali come l'OMS e l'Unione Europea hanno indicato che l'eccesso ponderale, dovuto a un mancato equilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico, è legato alle condizioni dell'ambiente costruito, dei trasporti, dell'agricoltura e dell'offerta di alimenti, oltreché alla pubblicità e alle caratteristiche individuali. Di conseguenza, oltre a interventi mirati di sanità pubblica rivolti sia alla popolazione generale che agli individui in eccesso ponderale (affinché aumenti la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale attraverso una sana alimentazione), è indispensabile che i Governi elaborino e mettano in atto politiche intersettoriali volte a incoraggiare una dieta povera di grassi o alimenti altamente energetici e, al contrario, ricca di frutta e vegetali: è auspicabile pertanto che nel nostro Paese le politiche economiche, agricole e commerciali favoriscano la disponibilità e l'accesso delle famiglie e delle persone a frutta e verdura e vegetali in genere. I professionisti della salute possono svolgere un ruolo attivo di orientamento ed esercitare pressioni sui settori economici, agricoli e commerciali, a livello nazionale, regionale e locale. È cruciale sottolineare anche il ruolo positivo dell'attività fisica nella vita quotidiana. In Italia il programma "Guadagnare Salute" incorpora queste raccomandazioni e mira ad aumentare il valore della salute in tutte le politiche.

Il consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, in quanto associato a numerose malattie (cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, etc.). Inoltre il consumo di alcol, oltre a creare dipendenza, provoca come effetto immediato alterazioni psicomotorie che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza, causando danni al bevitore, alle famiglie e all'intera collettività.

Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente; la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol.

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 modesti per la salute, tali da potersi considerare accettabili; superati tali limiti, il consumo alcolico è definito a maggior rischio.

Gli indicatori PASSI

PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (U. A.). L'U. A. 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 U. A. medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne più di 1 unità alcolica media giornaliera, equivalente a più di 30 unità alcoliche nell'ultimo mese;
- *consumo binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni e in una singola occasione, di 5 o più U. A. per gli uomini o di 4 o più U. A. per le donne;
- *consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto*.

Il consumo di alcol in Calabria

Consumo di alcol - Pool ASP Calabria 2010-2011	% (IC 95%)
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	55,9 (52,9 - 58,9)
Bevitori a rischio*:	15,4 (12,3 - 18,5)
- bevitori solo o prevalentemente fuori pasto	6,1 (4,5 - 7,7)
- bevitori che consumano abitualmente elevate quantità di alcol**	2,5 (1,8 - 3,2)
- bevitori binge***	9,5 (7,0- 12,0)

* Fuori pasto e/o consumo binge (definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

** Più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne).

*** 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010).

In Calabria la percentuale di persone intervistate che ha attestato di aver assunto nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica (bevitori) è risultata del 56%, in linea con il pool di ASL nazionali (57%).

Nel complesso il 15% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio, in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa: in particolare il 6% degli intervistati consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto; il 3% consuma abitualmente elevate quantità di alcol; il 10% è classificabile come bevitore *binge*

Le caratteristiche delle persone con consumo di alcol a maggior rischio

Una delle componenti della categoria del consumo a maggior rischio è il *binge drinking*, indicatore per il quale nel 2010 è stata adottata una nuova definizione; pertanto, i dati presentati si riferiscono al periodo 2010-2011.

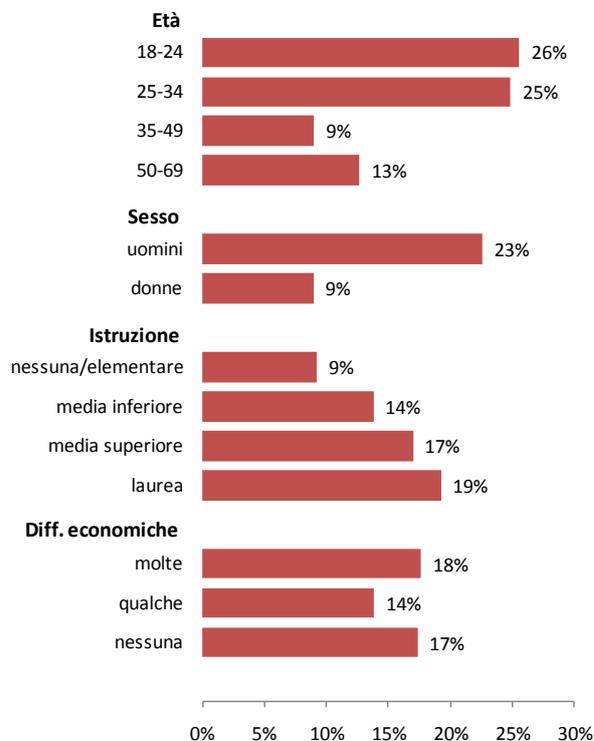
Il consumo a rischio riguarda circa il 15% della popolazione e risulta più frequente tra i giovani (in particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto.

Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata (modello logistico), l'unica variabile che rimane associata in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio, tanto per gli uomini quanto per le donne, è la giovane età.

Consumo di alcol a maggior rischio

Pool ASP Calabria - PASSI 2010-2011 (%)

Totale: 15,4% (IC 95%: 12,3%-18,5%)



Il confronto interregionale

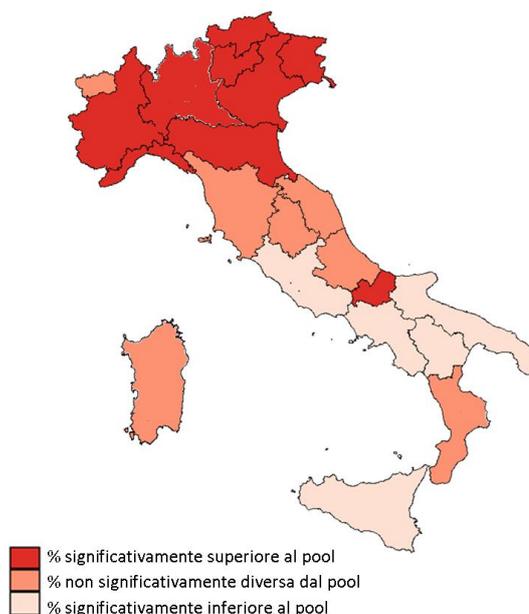
Nel *pool* di ASL PASSI 2010-2011 la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 17%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud e un *range* che va dal 9% della Campania al 39% della P. A. di Bolzano.

Tra le regioni meridionali la Calabria è quella in cui si registra la maggior prevalenza (15%) del consumo alcolico a maggior rischio: il dato calabrese, infatti, non si discosta da quello registrato nel *pool* di ASL PASSI, mentre nel resto del Meridione (eccezion fatta per la Sardegna) risulta significativamente inferiore.

Consumo di alcol a maggior rischio

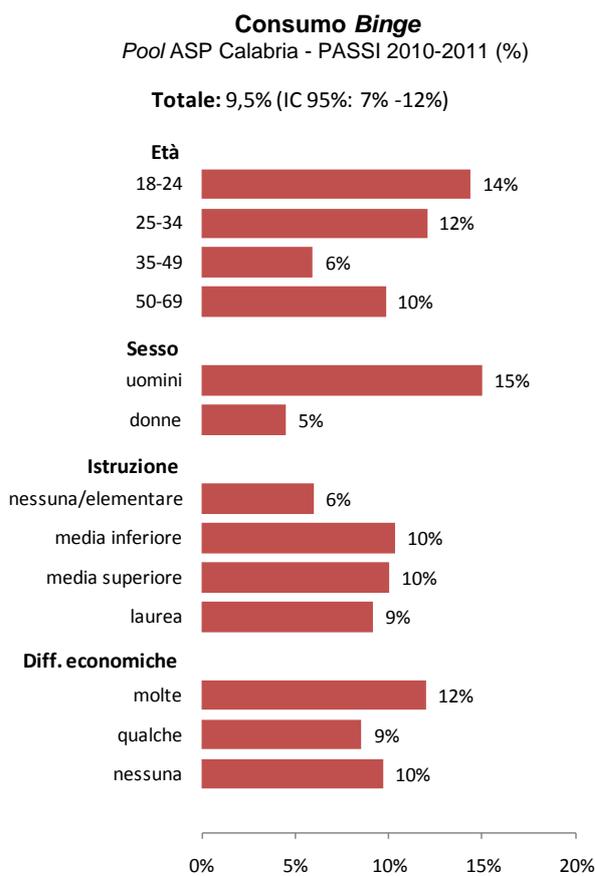
Pool ASL PASSI 2010-2011 (%)



Le caratteristiche delle persone con consumo binge

Il 10% degli intervistati riferisce la modalità di consumo del *binge drinking*, ritenuta ad alto rischio. Esso risulta più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (soprattutto i 18-24enni) e gli uomini.

L'analisi multivariata (modello logistico), considerando separatamente i due sessi, conferma l'esistenza di un'associazione del consumo *binge* con la più giovane classe d'età nei soli uomini.



Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL PASSI 2010-2011, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 9%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

Il *range* varia dal 3% della Sicilia al 18% della P. A. di Bolzano.

In Calabria la prevalenza dei *binge drinkers* non è significativamente diversa da quella registrata nel *pool* PASSI.



L'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

Medici di Medicina Generale e altri operatori sanitari dovrebbero ricercare sistematicamente, tra i loro assistiti, coloro per i quali il consumo di alcol è diventato o sta diventando un rischio. Dalla voce degli assistiti PASSI rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo. In Calabria solo il 15% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Informazioni sul consumo di alcol - Pool ASP Calabria 2009-2011

% (IC 95%)

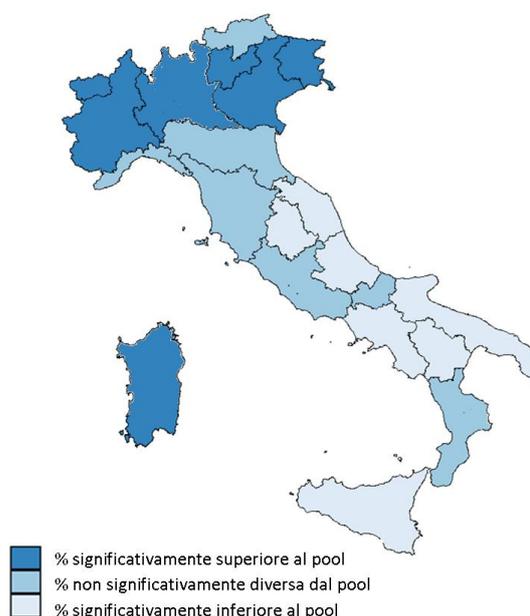
Informazioni richieste da un medico/operatore sanitario sul consumo di alcol 14,9 (12,7 - 17,1)

Il confronto interregionale

Nel pool di ASL partecipanti al sistema solo il 15% degli intervistati riferisce che un medico o un altro Operatore Sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, dal 10% delle ASL della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna. Questa frequenza rimane sostanzialmente stabile dal 2008.

Consumo di alcol chiesto dal medico Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Informazioni e consigli sul consumo di alcol - Pool ASP Calabria 2010-2011

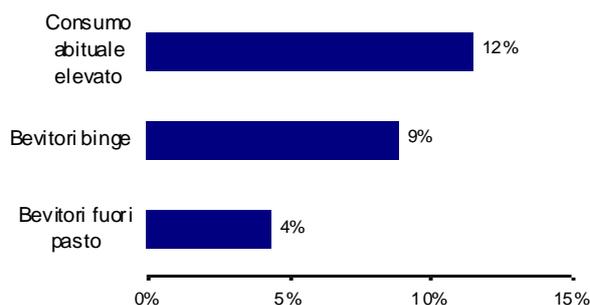
% (IC 95%)

Consigli da un medico/operatore sanitario ai consumatori a maggior rischio di ridurre il consumo 6,5 (3,5 - 9,5)

Solo il 7% dei bevitori con consumo a maggior rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

Tra le categorie di persone con consumo a maggior rischio la prevalenza più elevata si registra tra i consumatori abituali di elevate quantità di alcol (12%), quindi tra i bevitori *binge* (9%) e infine tra i bevitori fuori pasto (4%).

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un medico/Operatore Sanitario Pool ASP Calabria - PASSI 2010-2011 (%)



Conclusioni

Una larga rappresentanza di Calabresi non beve alcol (44%) o beve moderatamente (41%).

Tuttavia, si stima che più di un adulto su sei abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini i bevitori a rischio sono poco meno di uno su quattro e così anche tra i giovani. A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol non risulta associato alle condizioni economiche né al livello d'istruzione.

La capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti risulta importante per ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, ma i dati PASSI mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari calabresi al consumo di alcol resta molto bassa: solo pochi bevitori a rischio, infatti, riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno. È questa dunque un'area d'intervento prioritario, stante la possibilità di ottenere notevoli benefici.

Sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne d'informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e sollecitano una sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo. Nell'ottica del programma "Guadagnare Salute" è infatti fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, gli interventi che registrano il miglior rapporto costo-efficacia per la riduzione dei danni provocati dall'alcol risultano l'aumento dei costi dell'alcol, il renderne più difficoltosa la reperibilità e la riduzione o eliminazione di spot che pubblicizzano le bevande alcoliche.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco rientra tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, e rappresenta il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura.

Si stima che in Italia siano attribuibili all'abitudine al fumo fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno e circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (DALYs).

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.

È in aumento, inoltre, la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Non fumatori ¹	59,2 (56,1 - 62,3)
Ex fumatori ²	14,9 (12,6 - 17,2)
Fumatori: ³	25,9 (23,1 - 28,7)
- quotidiani ⁴	24,3 (21,5 - 27,1)
- occasionali ⁵	0,4 (0,2 - 0,6)
- in astensione ⁶	1,2 (0,7 - 1,7)

¹ Non fumatore = soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.
² Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.
³ Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).
⁴ fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno
⁵ fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni
⁶ fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi

Nel 2010, tra gli intervistati calabresi di 18-69 anni, il 59% dichiara di non fumare, il 15% è classificabile come ex fumatore e il 26% è fumatore. Il 24% dei fumatori lo fa con cadenza quotidiana, mentre il restante 2% è equamente distribuito tra i fumatori occasionali e quelli che hanno dichiarato di aver smesso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, non ancora considerati ex fumatori in base alla definizione OMS).

La media di sigarette fumate al giorno è pari a 18 e i forti fumatori, cioè coloro che hanno dichiarato di fumare più di 20 sigarette al giorno, sono il 3%.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

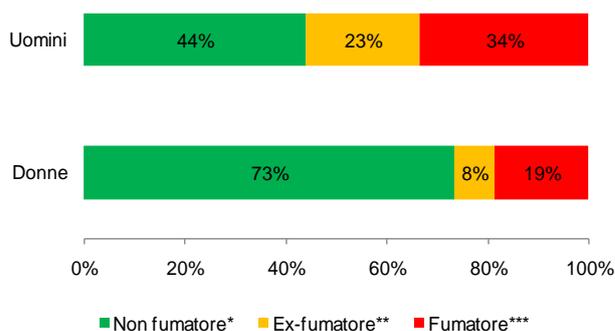
Nella regione Calabria la percentuale di fumatori registrata nel 2009-2011 è del 26% (contro il 29% del pool di ASL nazionali).

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% vs 19%)

Tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (73% vs 44%).

Tra gli ex fumatori sono più numerosi gli uomini (23% vs 8%)

Abitudine al fumo di sigarette per sesso
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Quali sono le caratteristiche dei fumatori ?

L'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 25-34enni, per poi decrescere gradualmente nelle classi di età più mature.

Persiste ancora una sensibile e significativa differenza tra uomini (33%) e donne (19%).

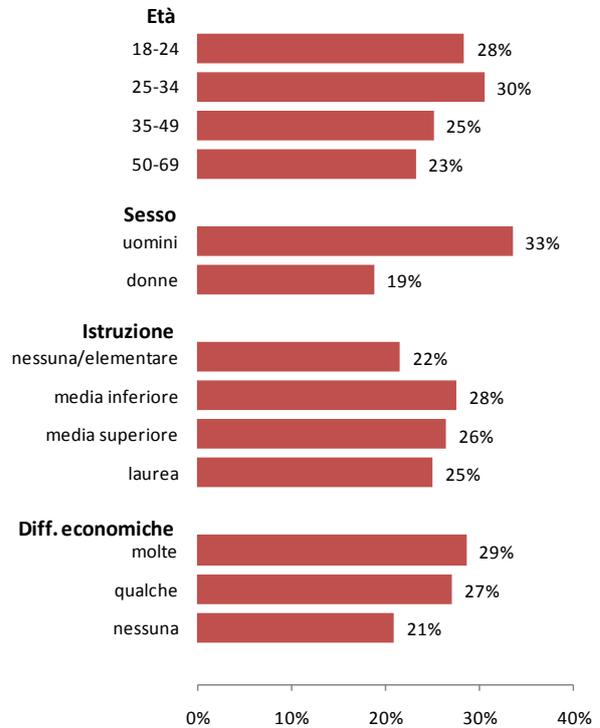
La prevalenza è più elevata tra le persone con livello d'istruzione intermedio e con maggiori difficoltà economiche.

Analizzando le variabili sopra elencate separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, rimane associato al fumo in maniera statisticamente significativa, e per le sole donne, il livello intermedio d'istruzione.

Anche nel *pool* di ASL PASSI 2008-2011 l'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 25-34enni, gli uomini e le persone con livello d'istruzione intermedio e aumenta parallelamente alle difficoltà economiche. Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte le variabili rimangono associate al fumo in maniera statisticamente significativa, tanto per gli uomini quanto per le donne.

Fumatori Pool ASP Calabria - PASSI 2009/2011 (%)

Totale: 25,9% (IC 95%: 23,1% - 28,7%)



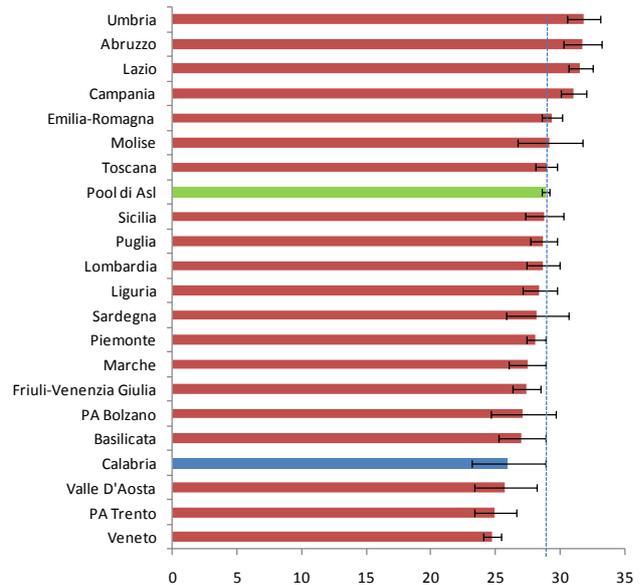
Il confronto interregionale

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni: il *range* varia dal 25% del Veneto e della P. A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria. I dati regionali del quadriennio 2008-2011 relativi ai fumatori sono riportati nel diagramma e non registrano differenze statisticamente significative tra Calabria e *pool* (presumibilmente a causa di un campione regionale ancora poco numeroso).

Fumatori - Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



■ % significativamente superiore al pool
 ■ % non significativamente diversa dal pool
 ■ % significativamente inferiore al pool



L'attenzione di medici e operatori sanitari riguardo l'abitudine al fumo

Nel corso del triennio 2008-2011, tra i Calabresi che si sono rivolti a un medico o a un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi, il 39% ha dichiarato di aver ricevuto domande circa il proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo: in particolare le domande sono state indirizzate al 73% dei fumatori, al 47% degli ex fumatori e al 23% dei non fumatori.

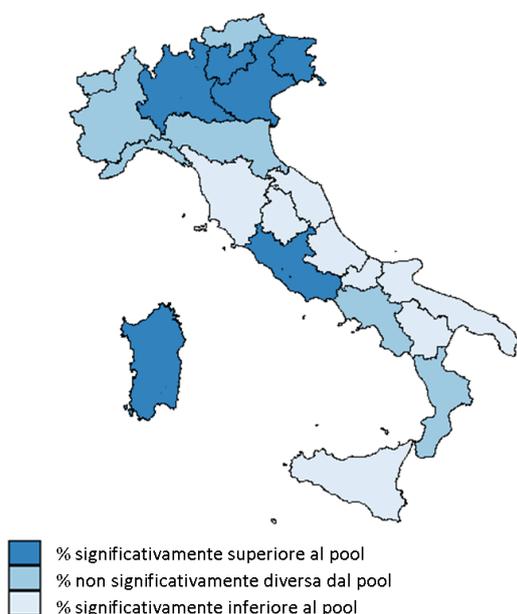
Tra i fumatori il 61% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare: nello specifico al 17% dei fumatori il consiglio è stato dato a scopo preventivo, al 28% per specifici problemi di salute e al restante 16% per entrambi i motivi.

Le domande e l'attenzione di medici e operatori sanitari - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ¹	39,4 (35,8 - 43,0)
<i>ai fumatori</i>	72,8 (67,4 - 78,2)
<i>agli ex fumatori</i>	47,0 (37,5 - 56,5)
<i>ai non fumatori</i>	22,8 (18,7 - 26,9)
Consigliato dal medico – ai fumatori attuali – di smettere ¹	61,3 (54,5 - 68,1)
<i>a scopo preventivo</i>	17,3 (13,1 - 21,5)
<i>per specifici problemi di salute</i>	28,2 (22,8 - 33,6)
<i>per entrambi i motivi</i>	15,8 (10,8 - 20,8)

¹ Sono escluse le persone che non si sono rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.

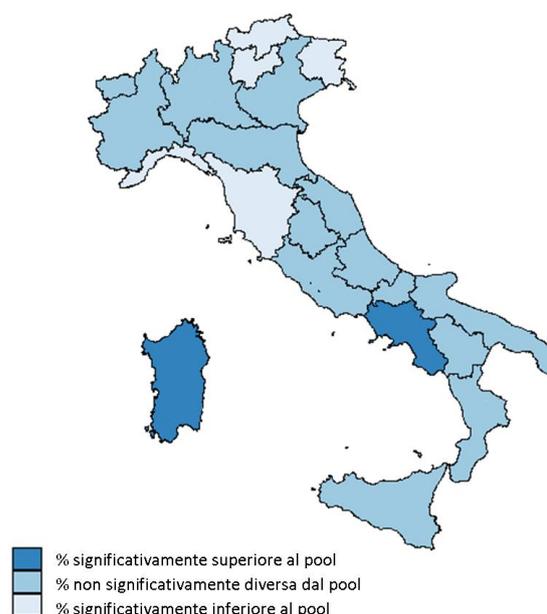
Il confronto interregionale

Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni: il range va dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna. I dati calabresi non si discostano significativamente da quelli del pool di ASL.

Consiglio del medico di smettere di fumare
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Si rilevano differenze statisticamente significative nel raffronto tra le Regioni, con un range variabile dal 41% della P. A. di Bolzano al 67% della Sardegna. Anche qui i dati non risultano significativamente divergenti da quelli del pool di ASL.

Conclusioni

In Calabria la maggioranza degli adulti non fuma o ha smesso di fumare, mentre poco più di un adulto su quattro ha questa abitudine (26%). Il guadagno registrato rispetto al *pool* nazionale (29%) è attribuibile esclusivamente alle buone abitudini delle donne, alle quali va riconosciuta una sorta di resistenza alla dipendenza da fumo non riscontrabile negli uomini: esiste infatti una notevole differenza riguardo al sesso in quanto gli uomini superano il 33% (in linea con la prevalenza riscontrata nel *pool* nazionale), mentre le donne fumatrici sono meno del 19% (contro il 24% del *pool*). L'abitudine al fumo è maggiormente radicata nella popolazione più giovane (18-34enni di entrambi i sessi).

Più di sei fumatori su dieci hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando da parte degli operatori sanitari un accettabile livello di attenzione al problema, che deve però essere ulteriormente incrementato.

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità d'interventi (v. ad es. l'FCTC - acronimo di *Framework Convention on Tobacco Control*, Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco -, che rappresenta il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica e riconosce i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano). Il nostro Paese è fortemente impegnato nella progettazione e attuazione del Piano Sanitario della Prevenzione 2010-2012, con piani di contrasto al tabagismo in quasi tutte le Regioni.

Esposizione al fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza concorre a determinare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia può provocare otite media, asma, bronchite e polmonite. Essere esposti al fumo passivo aumenta il rischio di contrarre gravi patologie quali il cancro e le malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini.

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.

Studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici.

Fumo passivo - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Divieto di fumare rispettato (sempre o quasi sempre):	
- nei locali pubblici	68,5 (65,1-71,9)
- sul luogo di lavoro	79,7 (76,3-83,1)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	70,3 (67,2-73,4)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	73,9 (67,2-80,6)

Il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici secondo il 69% degli intervistati, mentre nel luogo di lavoro, a detta dei lavoratori interpellati, è rispettato nell'80% dei casi.

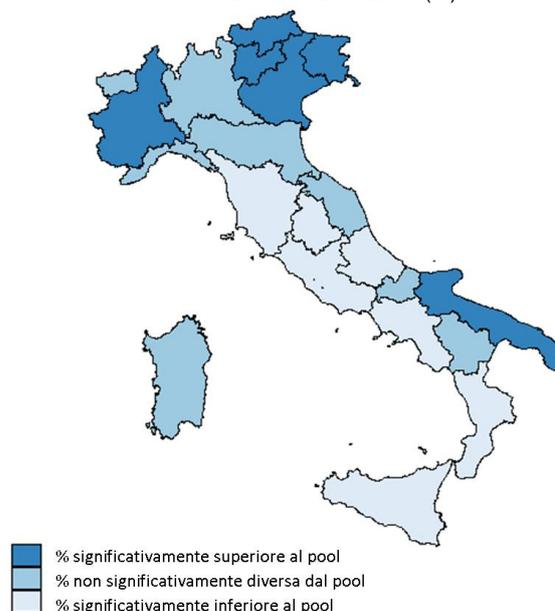
Riguardo all'abitudine di fumare in casa il 70% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione; il divieto aumenta fino al 74% nelle abitazioni in cui dimora un minore di 14 anni.

Nel *pool* di ASL nazionali circa tre intervistati su quattro (75%) dichiarano che non è consentito fumare in alcun locale della propria abitazione; nelle case in cui vivono minori di 15 anni le regole sono lievemente più rigide e la percentuale di abitazioni in cui vige il divieto di fumare sale all'83%.

In Calabria il divieto di fumo nella propria abitazione, pari al 70%, risulta statisticamente inferiore alla media registrata nel *pool* di ASL nazionali, così come in presenza di minori (74%).

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto regionale, con un *range* che varia dal 68% delle ASL di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% di quelle venete.

Divieto di fumo nella propria abitazione
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Conclusioni

Poiché il fumo può essere proibito solo ai minori, la comunità dei non fumatori va difesa nel suo insieme dai rischi per la salute derivanti dall'esposizione passiva, ponendo in particolare l'accento sulle categorie a rischio e su quelle meno tutelate. 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. L'attività ispettiva in luoghi di lavoro e locali pubblici potrebbe ridurre le disuguaglianze rispetto all'applicazione della legge sul divieto di fumo ancora registrabili tra la nostra Regione e gran parte del territorio nazionale.

Le ASP e gli Ospedali dovrebbero dotarsi di propri regolamenti interni per eliminare il fumo passivo prima di tutto negli ambienti che sono sotto il loro controllo ed assumere in tal modo un ruolo guida per istituzioni pubbliche, aziende private e cittadini.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora frequente (30%), soprattutto considerando che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. La situazione migliora parzialmente nelle case in cui vivono minori di 15 anni, dove si fuma comunque nel 26% dei casi. Si ritiene indispensabile, pertanto, intensificare la comunicazione ai genitori di bambini sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo.

Smettere di fumare

La dipendenza dalla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza e dall'abuso, è ciò 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 essi sono conseguibili a brevissimo termine dall'"ultima sigaretta", altri impiegano mesi o anni per consolidarsi. Si tratta in ogni caso di elementi essenziali di cui prendere atto per favorire un processo di cambiamento e una motivazione alla decisione di cessazione.

Molte persone dipendenti dal fumo tentano di smettere, restando in astensione per almeno un giorno, scontrandosi con ostacoli spesso di natura psicologica. Dopo una settimana dalla cessazione si ha una "reale" sensazione di calma, priva di senso di mancanza e frustrazione, ma può anche capitare di ricominciare a fumare. Più che un motivo di scoraggiamento, la ricaduta dovrebbe rappresentare un momento utile ad affrontare meglio le criticità.

Smettere di fumare da soli è possibile, ma chi intende abbandonare la dipendenza dal tabacco può contare sul sostegno di professionisti ed esperti: sul territorio nazionale sono presenti infatti oltre 200 ambulatori per la cessazione dal fumo di tabacco.

PASSI pone sotto sorveglianza sia i tentativi di smettere di fumare che i metodi utilizzati.

Smettere di fumare - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	47,2 (41,8 - 52,6)

Fumatori che hanno tentato di smettere di fumare: esito e modalità del tentativo

Tra i Calabresi che fumavano nei dodici mesi precedenti l'intervista il 43% ha cercato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'86% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 9% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 5% è riuscito a smettere (non fumava e aveva smesso da oltre 6 mesi).

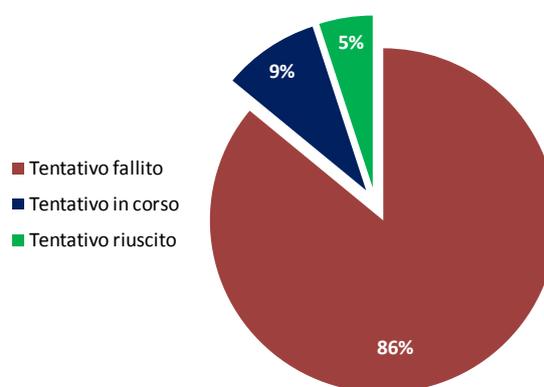
Nel pool di ASL PASSI 2008-2011 il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora cercando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito.

In Calabria, tra coloro che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, il 96% l'ha fatto autonomamente, il 2% è ricorso a farmaci o cerotti e il 2% non ricorda precisamente le modalità utilizzate.

Nel pool di ASL PASSI il 94% degli intervistati che hanno cercato di smettere di fumare l'ha fatto in autonomia, il 3% ha utilizzato farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Chi tenta di smettere senza prender parte a queste ultime iniziative in genere non è a conoscenza dell'esistenza di tali servizi o non ha fiducia nella loro utilità.

Esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
Pool ASL PASSI 2009-2011 (%)



Raccomandazioni

Uno dei cardini delle politiche di contrasto al tabagismo è il supporto alla disassuefazione nella popolazione generale e nei sottogruppi in cui è più diffusa l'abitudine al fumo, anche attraverso strumenti di supporto (come il Telefono Verde contro il Fumo dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS). Per approfondimenti sono disponibili anche la Guida pratica "Smettere di fumare" e le Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.

Conclusioni

In Calabria, nel corso del 2010, quasi un fumatore su due ha tentato di smettere di fumare, astenendosi dal fumo per almeno un giorno. Tra i metodi utilizzati per smettere di fumare resta basso il ricorso al sostegno specialistico offerto dalle Aziende Sanitarie, così come l'utilizzo di farmaci e sostituti della nicotina. Un aumento della frequenza di uso dei trattamenti efficaci per smettere di fumare potrebbe produrre teoricamente un aumento dei tentativi coronati da successo.

rischio cardiovascolare

rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e *ictus* cerebrale) che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia sono responsabili di oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALYs (*Disability Adjusted Life Years*, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Più componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (sia positivamente, come per il consumo di frutta, verdura e pesce, che negativamente, come per l'eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, etc.).

Oltre agli stili di vita esercitano un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, ad esempio depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

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 favorevolmente la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, etc.) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di *advocacy*, etc.) tese ad accrescere la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario mettere in atto strategie intersettoriali basate su azioni che prevedano il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilito dal programma "Guadagnare salute".

L'approccio individuale è invece volto a identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In tale prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo derivante dalla loro combinazione e interazione.

PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce in tal modo a delineare il quadro informativo necessario all'attuazione di interventi efficaci.

Nella presente sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, dell'ipercolesterolemia e del diabete, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene anche presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

Rischio cardiovascolare - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	26,2 (23,3 – 29,1)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	77,6 (75,1 – 80,1)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	27,0 (23,9 – 30,1)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	71,3 (68,4 – 74,2)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	13,2 (9,7 – 16,7)

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 ≥35 anni, senza patologie CV
⁴ su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

Prevenzione e controllo dell'ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa (Progetto Cuore: definizione, dati, prevenzione) è uno dei più influenti fattori di rischio per malattie gravi e invalidanti come *ictus*, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale nella dieta, l'obesità e l'inattività fisica, sicché la sua insorgenza è prevenibile attraverso interventi a livello individuale e di popolazione. Ad ogni modo, è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

Misurazione della pressione arteriosa

In Calabria il 78% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni fa, mentre il restante 16% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:

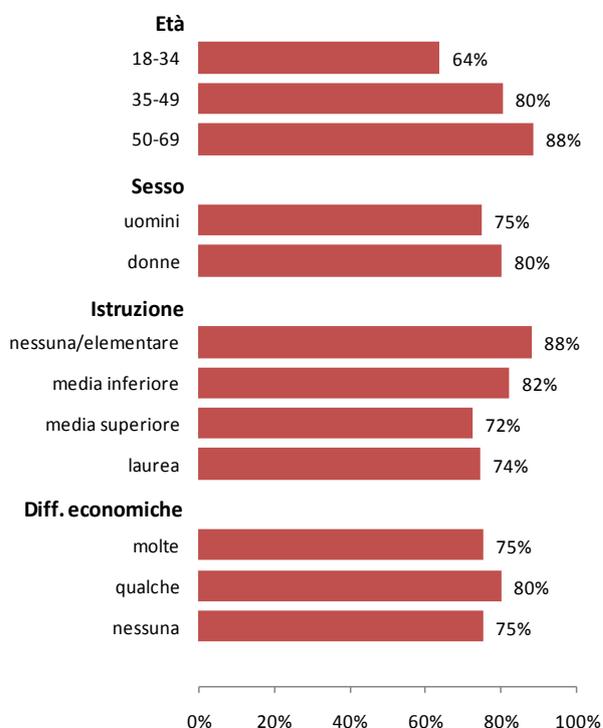
- nelle classi d'età più avanzate;
- nelle persone con livello d'istruzione molto basso.

Analizzando separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla misurazione della pressione arteriosa sono l'età più avanzata per entrambi i sessi e il basso livello d'istruzione per le donne.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 77,6% (IC 95%: 75,1% - 80,1%)



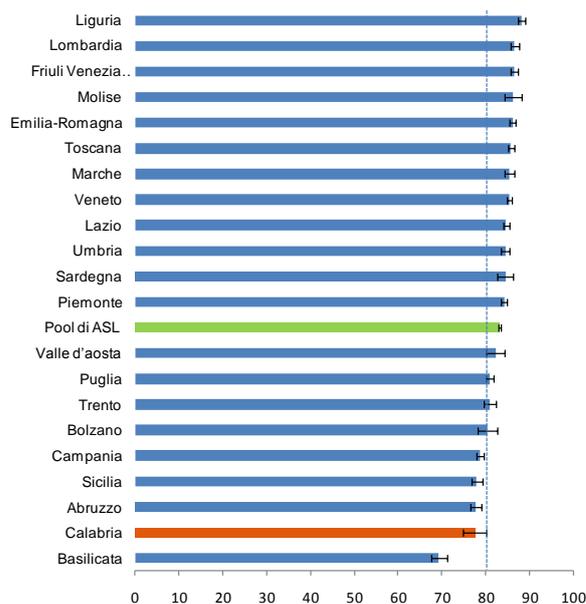
Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL PASSI 2008-2011 la prevalenza delle persone che hanno avuto misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni è pari all'83%. Risaltano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali.

Nel grafico a barre sono riportati i dati regionali con i relativi intervalli di confidenza al 95%: dal diagramma si evince che la Calabria si colloca tra quelle con prevalenza di misurazione della pressione arteriosa inferiore (78%).

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Quante persone sono ipertese?

In Calabria il 26% degli intervistati cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosticata l'ipertensione.

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (52% nei 50-69enni);
- nelle persone con più basso livello di istruzione;
- nelle persone con difficoltà economiche;
- nelle persone in eccesso ponderale.

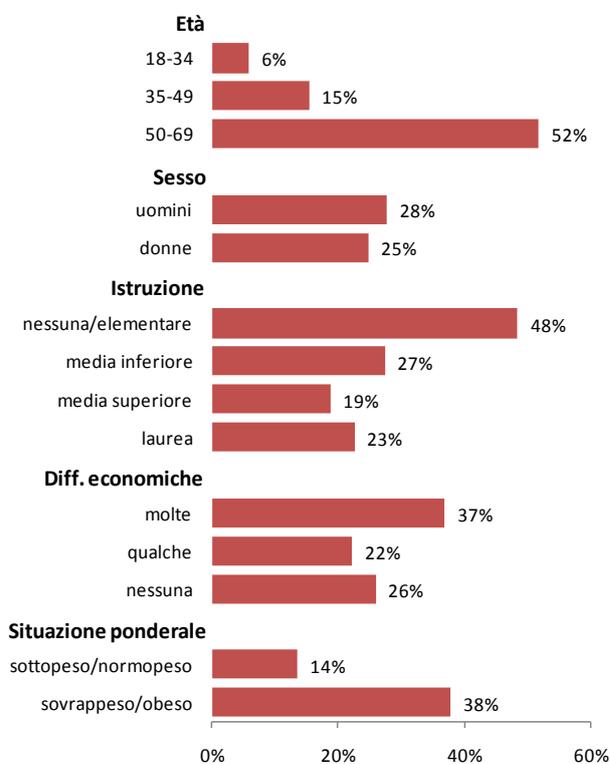
Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, mediante analisi multivariata, le variabili che rimangono associate in modo statisticamente significativo alla sedentarietà sono:

- per gli uomini l'età più avanzata e il fatto di versare in difficoltà economiche;
- per le donne l'età più avanzata e il basso livello di istruzione.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 26,2% (IC 95%: 23,3% - 29,1%)



*Tra chi ha misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni

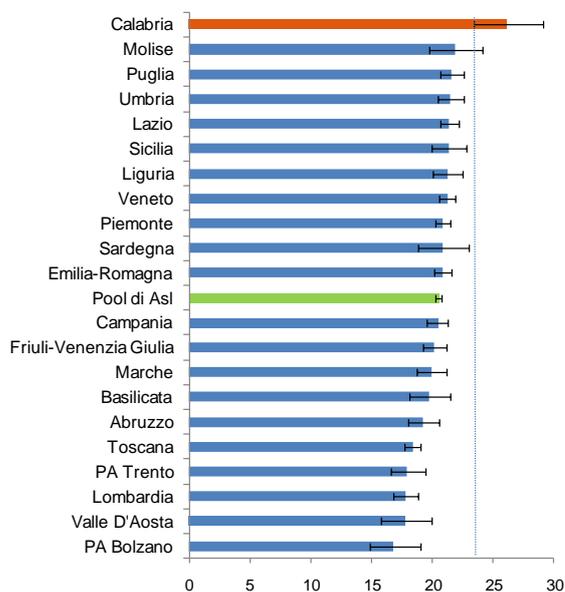
Il confronto interregionale

Considerando soltanto le persone alle quali è stata misurata la pressione, nel periodo di rilevazione 2008-2011 la percentuale di quanti riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione è pari al 21%.

Nel confronto interregionale si notano differenze statisticamente significative.

Le ASL partecipanti della Calabria registrano il valore più alto (26%) di diagnosi riferita di ipertensione, la P. A. di Bolzano quello più basso (17%).

Persone con diagnosi riferita di ipertensione* Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



*Tra chi ha misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni

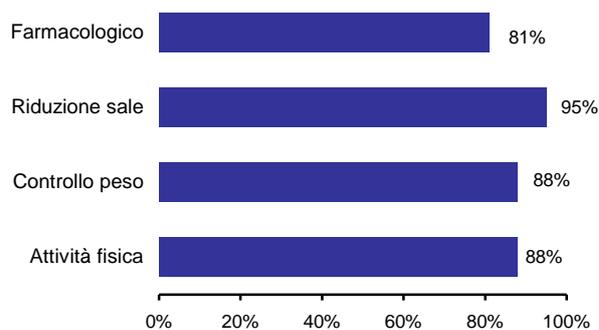
Trattamento dell'ipertensione

Il trattamento dell'ipertensione si basa su una opportuna terapia farmacologica e su modifiche degli stili di vita suggerite ai propri assistiti dai medici curanti.

Nel triennio 2009-2011 l'81% degli ipertesi calabresi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico (pool di ASL nazionali 76%)

Al 95% degli ipertesi è stata consigliata dal medico curante una riduzione del consumo di sale, all'88% di controllare il peso corporeo e di svolgere una regolare attività fisica.

Trattamenti consigliati dal medico agli ipertesi Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Prevenzione e controllo dell'ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta 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 fumo e ipertensione.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa diminuire del 20% la probabilità di morte per malattia cardiovascolare e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico. È possibile favorire un abbassamento della colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

Si definisce ipercolesterolemico chi presenta valori di colesterolo nel sangue maggiori di 239 mg/dl; sono considerati *borderline* i soggetti con valori di colesterolemia compresi fra 200 e 239 mg/dl (Progetto Cuore).

Misurazione della colesterolemia

Nel *pool* di ASP calabresi il 71% degli intervistati ha riferito di aver eseguito la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita (contro il 79% registrato nel *pool* PASSI), e precisamente:

- il 55% nel corso dell'ultimo anno;
- l'11% tra 1 a 2 anni prima dell'intervista;
- il 5% da oltre 2 anni rispetto all'intervista;
- Il 29% in una finestra temporale che non ricorda o mai del tutto.

La misurazione del colesterolo è più frequente:

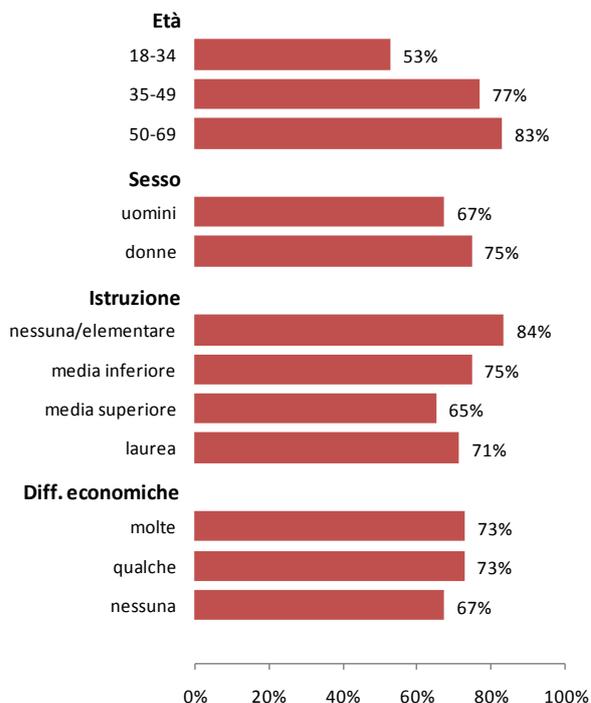
- tra le donne;
- tra i meno giovani;
- tra le persone con basso livello di istruzione;
- tra le persone prive di difficoltà economiche.

Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso una analisi multivariata, la sola variabile che rimane associata in maniera statisticamente significativa al controllo della colesterolemia è, sia per gli uomini che per le donne, l'età più avanzata.

Colesterolemia - almeno una misura nella vita

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 71,3% (IC 95%: 68,4% - 74,2%)



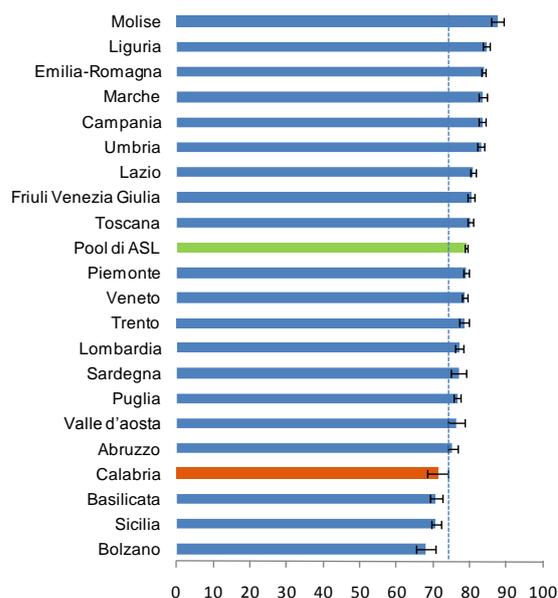
Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile la prevalenza della misurazione della colesterolemia è stata calcolata sull'intero *pool* quadriennale 2008-2011. Nella mappa sono evidenziate le Regioni in cui questo indicatore è risultato significativamente differente dalla media del *pool*: dal raffronto interregionale emergono differenze statisticamente significative.

Nel grafico a barre sono riportati i dati regionali con i relativi intervalli di confidenza al 95%: in Molise si registra il valore più alto (88%) della prevalenza della misurazione della colesterolemia, nella Provincia Autonoma di Bolzano quella più basso (68%).

La Calabria figura tra le Regioni con prevalenza di misurazione della colesterolemia più bassa (71%).

Colesterolemia - almeno una misura nella vita - Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Quanti riferiscono di essere ipercolesterolemici?

Nel *pool* di ASP calabresi il 27% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo ematico ha riferito di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, contro il 24% registrato nel *pool* PASSI:

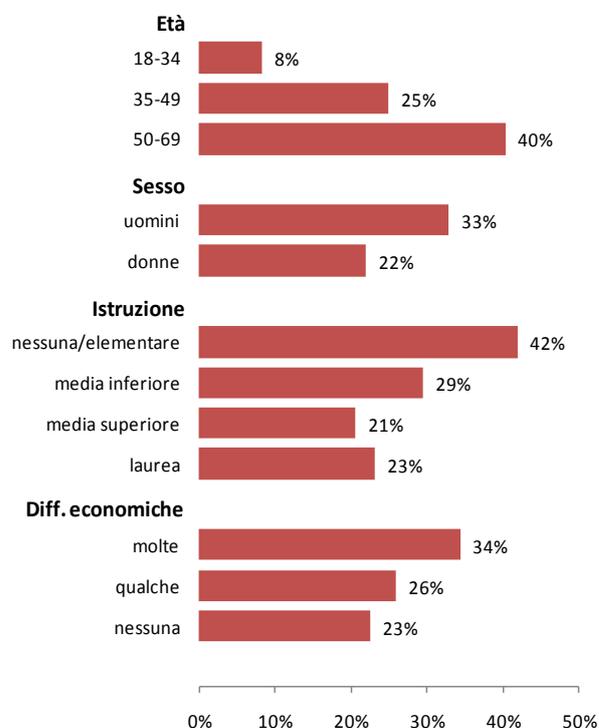
L'ipercolesterolemia è più frequente:

- tra gli uomini;
- nelle classi d'età più elevate;
- nelle persone con basso livello di istruzione;
- nelle persone che versano in chiare difficoltà economiche.

Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso una analisi multivariata, la sola variabile che resta associata in modo statisticamente significativo all'ipercolesterolemia è, sia per gli uomini che per le donne, l'età più avanzata.

Ipercolesterolemia riferita* Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 27,0% (IC 95%: 23,9% - 30,1%)



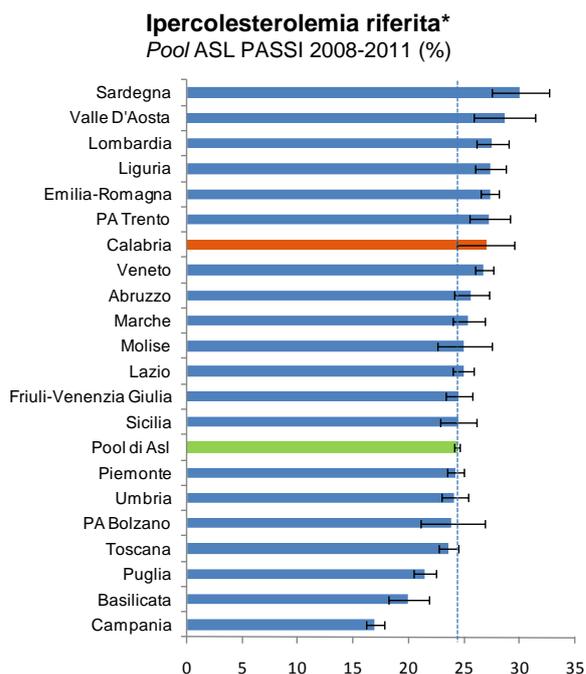
*Tra chi ha misurato la colesterolemia almeno una volta

Il confronto interregionale

La percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia nel periodo di rilevazione 2008-2011 è pari, nel *pool* PASSI, al 24% di coloro che hanno effettuato un controllo della colesterolemia almeno una volta nella vita.

Dal confronto interregionale spiccano differenze statisticamente significative: la Valle D'Aosta registra il valore più alto di diagnosi riferita d'ipercolesterolemia (29%), la Campania quello più basso (17%).

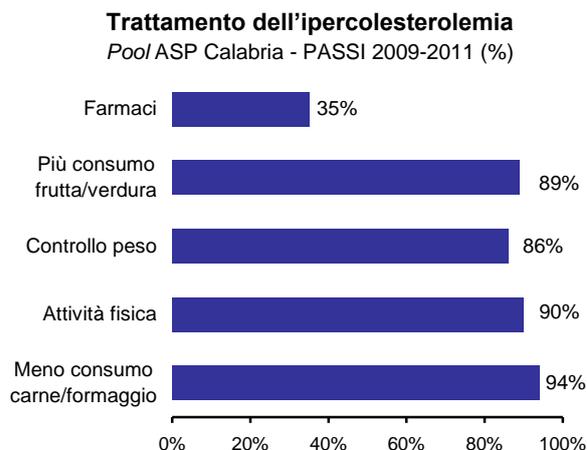
La nostra Regione figura tra quelle in cui risulta più elevata la percentuale di persone che riportano di aver avuto diagnosticata l'ipercolesterolemia; la differenza tra le prevalenze della Calabria e del *pool* di ASL non raggiungono però la significatività statistica.



Il trattamento dell'ipercolesterolemia

In Calabria il 35% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico; all'89% il proprio medico ha consigliato di incrementare il consumo di frutta e verdura, all'86% di tenere sotto controllo o ridurre il peso corporeo, al 90% di praticare attività fisica secondo raccomandazione, mentre il 94% è stato invitato a ridurre il consumo di carne e formaggio.

Nel *pool* nazionale la quota di ipercolesterolemici cui sono stati prescritti farmaci è risultata pari al 29%.



Fattori di rischio multipli

La compresenza di più fattori di rischio cardiovascolare in un individuo può esercitare un impatto particolarmente grave sullo stato di salute. È interessante, perciò, valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali.

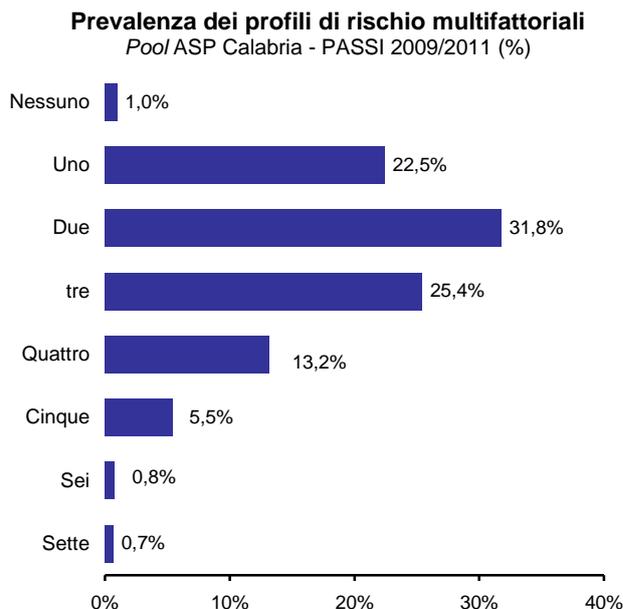
La frequente compresenza di ipercolesterolemia, ipertensione, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura, largamente diffusi nella popolazione,

Fattori di rischio cardiovascolare nei 18-69enni
Pool ASP Calabria - PASSI 2009/2011 (%)

Ipercolesterolemia	26
Ipercolesterolemia	27
Sedentarietà	35
Fumo	26
Eccesso ponderale (IMC > 25)	49
Meno di 5 porzioni di frutta/verdura al giorno	94
Diabete	6

è solo parzialmente dovuta a un'associazione casuale, essendo perlopiù riferibile alla loro interazione e potenziamento reciproco: a titolo di 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, al ridotto consumo di frutta e verdura e ad altri fattori. Il fattore di rischio di gran lunga più diffuso è lo scarso consumo di frutta e verdura, che riguarda più di 9 persone su 10. Per questo motivo solo un'esigua percentuale della popolazione di 18-69 anni (1%) non presenta alcun fattore di rischio cardiovascolare.

Il grafico mostra la prevalenza dei diversi profili di rischio multifattoriali: quasi la metà del campione (46%) riferisce di essere esposta a tre o più fattori di rischio.



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 paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o *ictus*) nei dieci anni successivi, basandosi sul valore di sei fattori di rischio facilmente rilevabili, due non modificabili (sesso ed età) e quattro modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

La carta del rischio è indicata come strumento di valutazione clinico-prognostica per le persone dai 35 anni in su.

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 13% degli intervistati di età 35-69 anni privi di patologie cardiovascolari ha dichiarato una misurazione del rischio cardiovascolare mediante carta o punteggio individuale

Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile la prevalenza del calcolo del rischio è stata stimata sul *pool* quadriennale omogeneo 2008-2011.

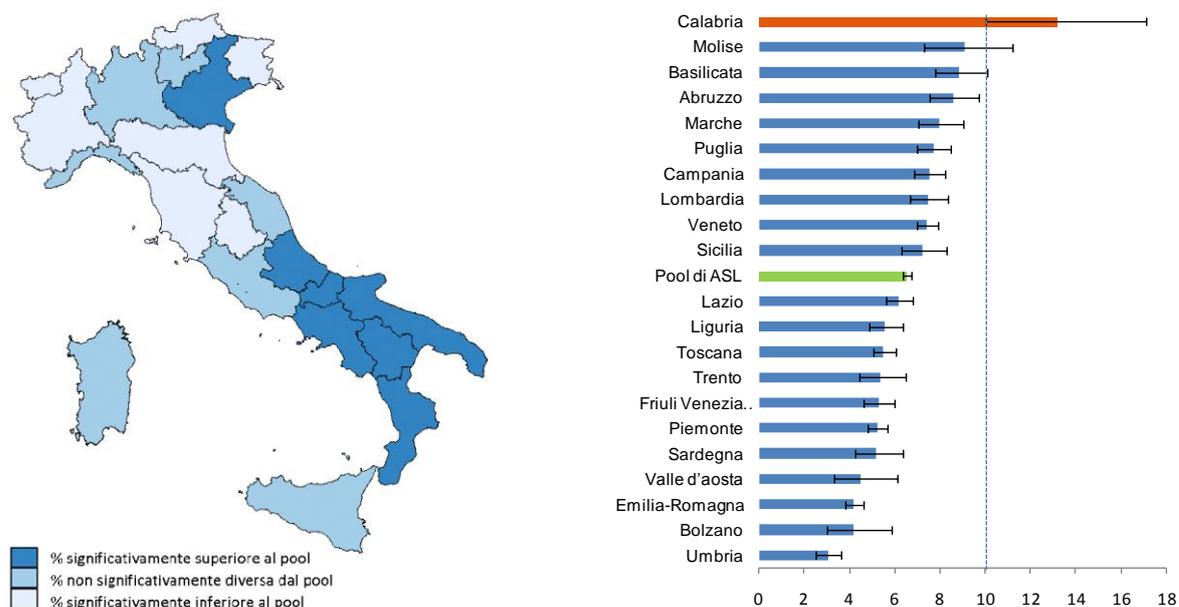
La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato medio di *pool*, quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore.

Il diagramma riporta i dati regionali del 2008-2011 relativi al calcolo del rischio cardiovascolare con i rispettivi intervalli di confidenza.

Nel confronto interregionale si notano differenze statisticamente significative.

La Calabria è la Regione in cui è stata maggiormente utilizzata la carta per il calcolo del rischio cardiovascolare (13% a fronte del 7% del *pool* di ASL nazionali), mentre l'Umbria fa registrare il valore più basso (3%).

Persone 35-69 anni, prive di patologie cardiovascolari, cui è stato misurato il rischio cardiovascolare
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

In Calabria oltre un quarto della popolazione di 18-69 anni è iperteso e quasi il 30% presenta valori elevati di colesterolemia: nello specifico, circa la metà della popolazione ultracinquantenne è ipertesa e quasi il 40% ipercolesterolemica. Tali valori sono sensibilmente più elevati delle rispettive percentuali riscontrate nel *pool* di ASL nazionali. L'identificazione precoce della presenza di ipertensione o ipercolesterolemia attraverso controlli regolari (specie sopra i 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. I dati del sistema di sorveglianza PASSI dimostrano quanto i fattori di rischio cardiovascolare siano diffusi nella popolazione calabrese: solo l'1% degli adulti di 18-69 anni non presenta infatti alcun fattore di rischio, mentre quasi il 50% ne esibisce tre o più. Aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio potrebbe ridurre sensibilmente il carico di malattia legato alle patologie cardiovascolari, ragion per cui è essenziale attivare strategie a livello di popolazione che promuovano stili di vita salutari e riducano la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio. Sono altresì necessari interventi sinergici da parte dei Ministeri e delle Amministrazioni Pubbliche, con il coinvolgimento e il contributo di professionisti dell'area sanitaria, dell'opinione pubblica e dei singoli individui, secondo le indicazioni del programma "Guadagnare Salute".

Risultano utili, a fini preventivi, gli interventi in grado di ridurre le situazioni di disuguaglianza sociale, che hanno un peso rilevante nel determinare l'insorgenza di queste patologie. D'altra parte, a livello individuale, devono essere programmate in modo sistematico attività assistenziali rivolte a diagnosticare, monitorare e trattare le principali condizioni a rischio, di cui PASSI consente di valutare la diffusione sul territorio e l'evoluzione nel tempo.

Uno strumento per identificare i soggetti con i profili di rischio più sfavorevoli, su cui concentrare interventi appropriati, è la carta del rischio cardiovascolare, che può migliorare tanto la valutazione clinica quanto la consapevolezza dell'assistito. Il suo uso generalizzato da parte dei medici curanti dovrebbe essere promosso, secondo quanto previsto dal Progetto Cuore, coordinato dall'ISS. I risultati di PASSI dimostrano che la carta del rischio è uno strumento ancora poco impiegato e utilizzato prevalentemente per i pazienti che presentano profili di rischio particolarmente sfavorevoli: vi sono perciò ancora ampi spazi di miglioramento in questo ambito. Per contrastare molte delle condizioni a rischio si sono dimostrati generalmente efficaci interventi multicomponente, che affrontano in maniera adeguata i diversi aspetti dei problemi connessi con la prevenzione e il trattamento.

sicurezza

sicurezza stradale
infortuni domestici

Sicurezza stradale

Nel 2011, in Italia, si consolida il *trend* riguardante la diminuzione degli incidenti stradali responsabili di decessi (5,6% in meno riguardo al 2010) e di lesioni alle persone (meno 3,6%).

Con questa ulteriore *performance*, l'Italia ha conseguito una diminuzione del 45,6% del numero di decessi dal 2001 a oggi, dato leggermente migliore rispetto alla media europea.

Nonostante questi progressi, nel 2008 gli incidenti stradali rappresentavano ancora la prima causa di morte e di disabilità per le persone al di sotto dei 40 anni, continuando a rappresentare quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia, volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti.

Tra le misure finalizzate a limitare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica.

Il Codice della Strada prescrive pertanto l'uso obbligatorio del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi si muove in auto; è inoltre previsto dalla legge che i minori viaggino assicurati a dispositivi di ritenuta appropriati all'età e alla taglia, come seggiolini di sicurezza e adattatori (rialzi che consentono di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Gli indicatori con cui PASSI misura la frequenza d'uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati.

I dispositivi di sicurezza

Uso dei dispositivi di sicurezza - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Cintura anteriore sempre ¹	74,3 (71,4 - 77,2)
Cintura posteriore sempre ¹	13,7 (10,8 - 16,6)
Casco sempre ¹	82,9 (77,2 - 88,6)

¹percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile

Tra coloro che viaggiano in auto come conducenti o viaggiatori anteriori solo il 74% dichiara di indossare sempre la cintura di sicurezza; la percentuale precipita addirittura al 14% per quanto riguarda l'uso abituale della cintura posteriore.

Tra gli intervistati che nell'anno precedente hanno viaggiato su moto solo l'83% dichiara di indossare sempre il casco.

Nel pool di ASL nazionali l'83% degli intervistati che hanno viaggiato in auto come guidatori o viaggiatori anteriori dichiarano di indossare sempre la cintura di sicurezza, mentre l'uso della cintura posteriore è limitato al solo 19% degli intervistati.

Tra gli intervistati che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri, il 94% dichiara di aver indossato sempre il casco.

Il confronto interregionale

L'uso dei dispositivi di sicurezza è più frequente nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e la differenza con quelle del Sud risulta in generale statisticamente significativa.

Per quanto riguarda la prevalenza d'uso della cintura anteriore, nelle Regioni del Nord, in alcune del Centro e in Sardegna il 90% degli intervistati ha dichiarato di usare sempre la cintura quando viaggia sui sedili anteriori dell'auto; nelle Regioni del Sud e in Sicilia, al contrario, solo dal 70 all'80% degli intervistati ne ha riferito un uso sistematico (Calabria 74%)

Nettamente meno frequente è l'uso della cintura posteriore, con le *performance* migliori registrate nelle Regioni del Nord-Est. in cui più di 3 intervistati su 10 dichiarano di indossarla sempre.

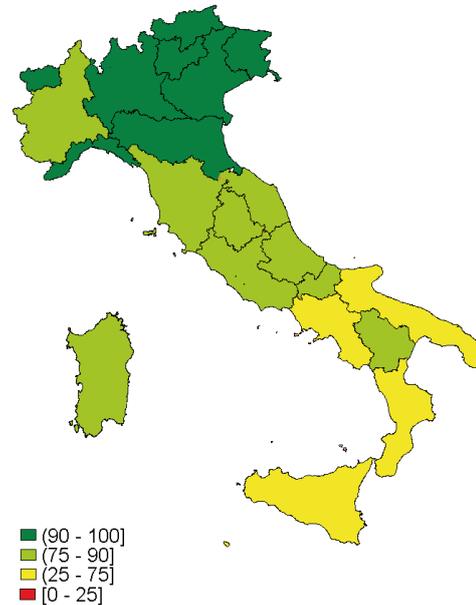
In alcune Regioni del Sud (Sicilia, Puglia, Campania), ma anche del Centro (Lazio), solo un intervistato su 10 ne dichiara un uso regolare.

In Calabria la prevalenza d'uso delle cinture posteriori è del 14%.

L'uso del casco è molto frequente, anche se non ancora generalizzato nella maggior parte delle Regioni. Le Regioni in cui l'utilizzo è meno frequente sono quelle meridionali, in particolare la Calabria e la Puglia, in cui la frequenza d'uso è pari all'83%.

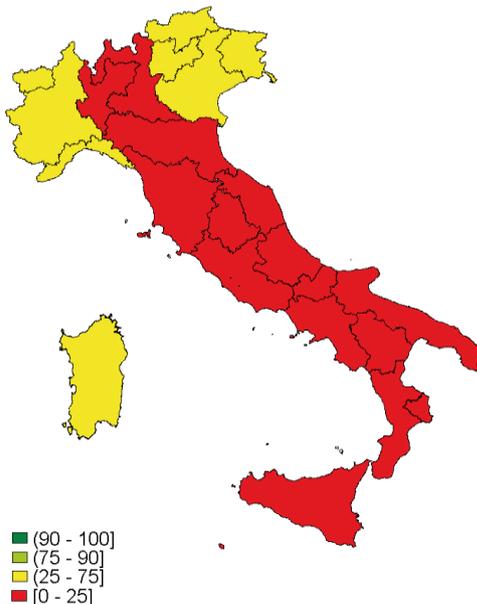
Uso della cintura anteriore sempre

Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Uso della cintura posteriore

Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Uso del casco

Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Conclusioni

I dati PASSI misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati.

Le percentuali ottenute forniscono in genere un quadro sovrastimato che varia a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia, gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta (ISS-Ulisse) hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure.

Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da PASSI, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

L'abitudine di indossare sempre la cintura di sicurezza è ampiamente diffusa tra chi viaggia in auto sui sedili anteriori, ma solo in alcune Regioni del Centro-Nord supera il 90%.

Esistono pertanto ampi margini di miglioramento, in particolare nella nostra Regione (74%) ma più in generale nell'intero Meridione d'Italia, che potrebbero comportare annualmente un rilevante risparmio di vite umane e di casi di disabilità, oltre che ridurre i ricoveri ospedalieri e gli accessi al Pronto Soccorso.

L'uso della cintura posteriore è invece ancora poco frequente in tutta Italia: meno di un intervistato su 5 dichiara di indossarla sempre. Eppure, indossando la cintura posteriore, ridurrebbero il loro rischio di morte e quello degli occupanti i sedili anteriori in caso di incidente.

Anche per l'abitudine di indossare sempre il casco in moto, al dato molto alto registrato nella maggior parte del Centro-Nord si contrappone una prevalenza d'abitudine insufficiente in Calabria e in gran parte del Meridione.

È possibile modificare questo stato di cose?

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'incrementare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati e riguardano per lo più settori non sanitari, in particolare le Forze dell'Ordine (applicazione delle norme del Codice della Strada, obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza, ecc.). Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi volti a indurre un cambiamento positivo anche in chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il sistema sanitario svolge un ruolo essenziale per le cure prestate ai traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono a maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza PASSI e/o Ulisse. Il Piano Nazionale della Prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi, per cui è indispensabile perseverare negli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organismi che operano i controlli allo scopo di incrementare l'uso dei dispositivi di sicurezza: un impegno alla cooperazione intersettoriale riproposto anche dall'attuale Piano della Prevenzione 2010-2012.

Alcol e guida

Il consumo di alcol influenza sia il rischio di incidenti da traffico sia la gravità delle loro conseguenze. Nella maggior parte dei Paesi che sorvegliano il fenomeno, circa il 20% di conducenti che muiono a seguito di un incidente stradale presentano un eccesso di alcol nel sangue.

Dal punto di vista della sicurezza stradale si può parlare di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC) è superiore al limite legale, che in Italia è pari a 0,5 grammi per litro e che viene raggiunto facilmente dopo l'assunzione di bevande alcoliche.

PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto nel periodo di riferimento, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Guida sotto l'effetto dell'alcol - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Guida sotto effetto dell'alcol ¹	10,6 (7,8 - 13,4)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol ²	7,8 (5,8 - 9,8)

¹ aver guidato negli ultimi 30 giorni entro un'ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che, negli ultimi 30 giorni, dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica e aver guidato.

² percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

Le caratteristiche delle persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol

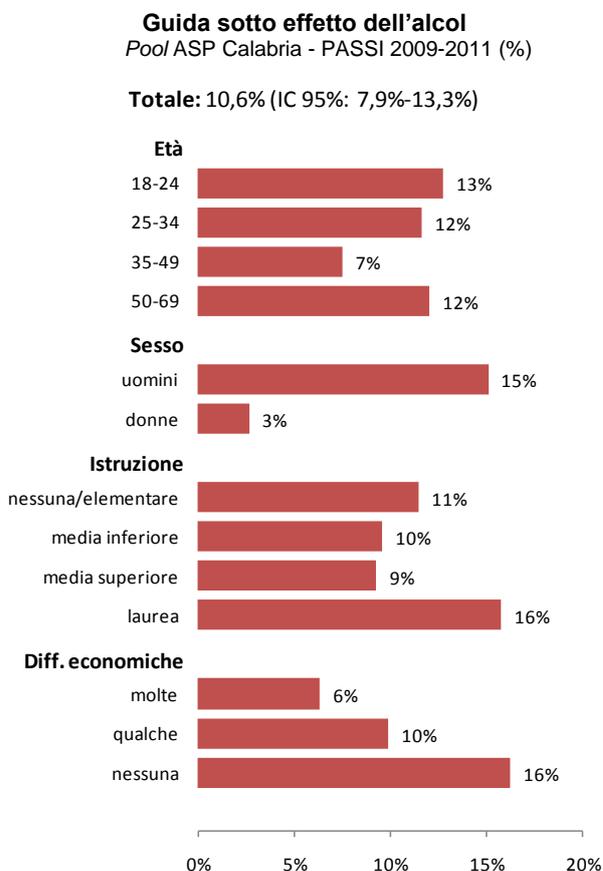
In Calabria, nel corso del triennio 2009-2011, tra coloro che hanno consumato alcolici nei 30 giorni precedenti l'intervista, poco più di un intervistato su dieci (11%) ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'assunzione di almeno due unità alcoliche.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è di gran lunga meno diffusa tra le donne e le persone di 35-49 anni d'età, mentre non si rilevano differenze rispetto al livello di istruzione e alle condizioni economiche.

Circa il 7% dei Calabresi riferisce di essere stato trasportato da un conducente sotto effetto di alcolici.

Nel pool di ASL PASSI un intervistato su dieci ha asserito di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'assunzione di almeno due unità alcoliche.

Questo comportamento, nel quadriennio 2008-2011, è risultato più frequente negli uomini e nei giovani della fascia di età 25-34 anni.



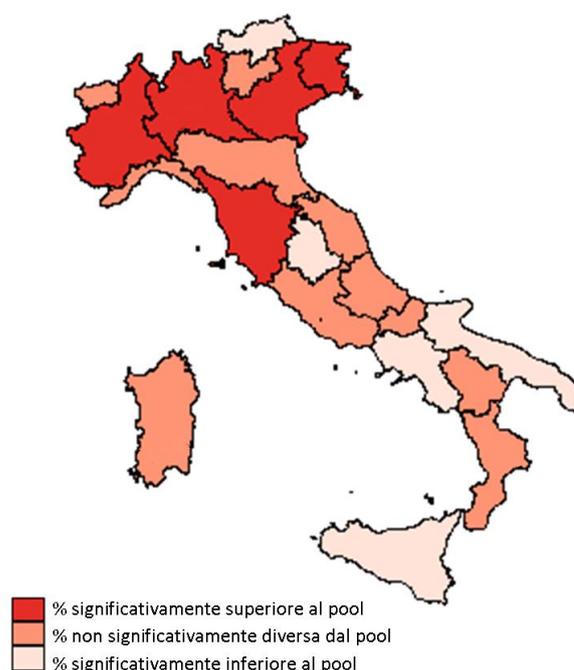
Il confronto interregionale

Al fine di un confronto interregionale più attendibile la prevalenza della guida sotto l'effetto dell'alcol è stata calcolata sull'intero *pool* quadriennale 2008-2011.

Nella mappa sono evidenziate le Regioni in cui questo indicatore è risultato significativamente differente dalla media del *pool*: nel confronto interregionale si notano differenze statisticamente significative tra alcune Regioni, con frequenze di guida sotto l'effetto dell'alcol che variano dal 6,2% della Campania al 13,5% del Friuli Venezia-Giulia.

Il dato calabrese (10,6%) risulta pressoché sovrapponibile a quello registrato nel *pool* di ASL nazionali (10,3%).

Guida sotto L'effetto dell'alcol
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Il controllo delle Forze dell'Ordine

I controlli delle Forze dell'Ordine - Pool ASP Calabria 2010-2011	% (IC 95%)
Subito controllo da parte delle Forze dell'Ordine ¹	33,7 (30,2 - 37,2)
Effettuato l'etilotest	8,4 (5,7 - 11,1)

¹tra chi dichiara di aver guidato negli ultimi 12 mesi auto o moto.
²tra chi dichiara di essere stato fermato per un controllo dalle Forze dell'Ordine

In Calabria, nel corso del biennio 2010-2011, il 34% di quanti hanno dichiarato di aver viaggiato in auto o in moto negli ultimi 12 mesi ha dichiarato di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'Ordine in veste di guidatore o di passeggero: in questo tipo di controllo i dichiaranti sono incorsi mediamente più di tre volte l'anno.

Solo l'8% degli intervistati fermati dalle Forze dell'Ordine riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest, con una percentuale che diminuisce all'aumentare dell'età (dal 20% dei 18-24enni al 4% dei 50-69enni).

Nel *pool* PASSI, nel corso del biennio 2010-2011, il 35% ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'Ordine; chi è incorso in tale tipo di controllo dichiara di essere stato fermato in media poco più di due volte l'anno.

Solo l'11% degli intervistati fermati dalle Forze dell'Ordine mentre guidavano un'auto o una moto ha attestato di essere stato sottoposto all'etilotest; la percentuale diminuisce all'aumentare dell'età (dal 23% dei 18-24enni al 5% dei 50-69enni) ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (14% contro 6%).

Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema d'interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo sicuro per eccellenza. Al contrario, gli infortuni domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (cioè relativi alla persona) che estrinseci (relativi all'ambiente domestico). PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, primo movente per la messa in atto di misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali; dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui si è reso necessario il ricorso al medico di famiglia, al Pronto Soccorso o all'Ospedale.

La consapevolezza del rischio - Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Consapevolezza del rischio di contrarre un infortunio domestico	8,7 (6,8 - 10,6)
Infortunio domestico per il quale c'è stato ricorso al MMG, al pronto soccorso o all'ospedale*	4,6 (2,5 - 6,7)
*Dati relativi al periodo 2010-2011	

In Calabria, tra il 2009 e il 2011, solo il 9% degli intervistati ha dichiarato di ritenere alto/molto alto il rischio di un infortunio domestico. Nei 12 mesi precedenti l'intervista il 5% degli intervistati è stato vittima di un infortunio in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del MMG o l'accesso al Pronto Soccorso o l'ospedalizzazione. I due valori risultano lievemente superiori a quelli registrati nel pool di ASL nazionali.

Le caratteristiche delle persone consapevoli del rischio di subire un infortunio domestico

In Calabria la percezione del rischio infortunio domestico in ambito domestico appare scarsa: solo il 9% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio alto o molto alto.

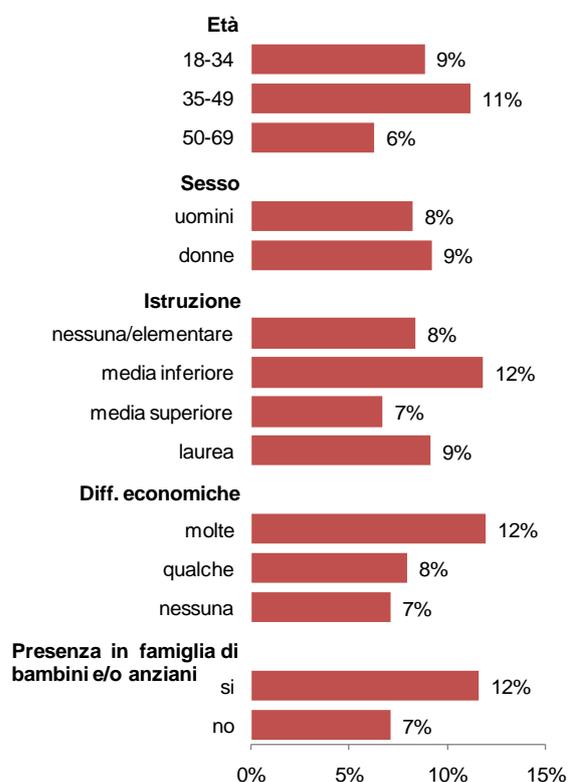
La consapevolezza del rischio di infortunio domestico è maggiore tra le persone di 35-49 anni rispetto ai giovani e ai meno giovani, tra le donne, tra chi è in possesso di licenza media inferiore, tra chi lamenta molte difficoltà economiche e tra i conviventi con bambini e anziani.

Analizzando tutte queste caratteristiche separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, le variabili che rimangono statisticamente associate alla consapevolezza del rischio di infortunio in casa sono l'età (classe intermedia di 35-49 anni) e il titolo di studio di livello medio-basso (licenza media inferiore).

Nel pool di ASL nazionali la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è maggiore tra gli adulti, le donne, chi versa in maggiori difficoltà economiche e chi convive con anziani o bambini; l'analisi multivariata rivela che tutte queste variabili rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla consapevolezza del rischio di infortunio in casa.

Consapevolezza del rischio d'infortunio domestico Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

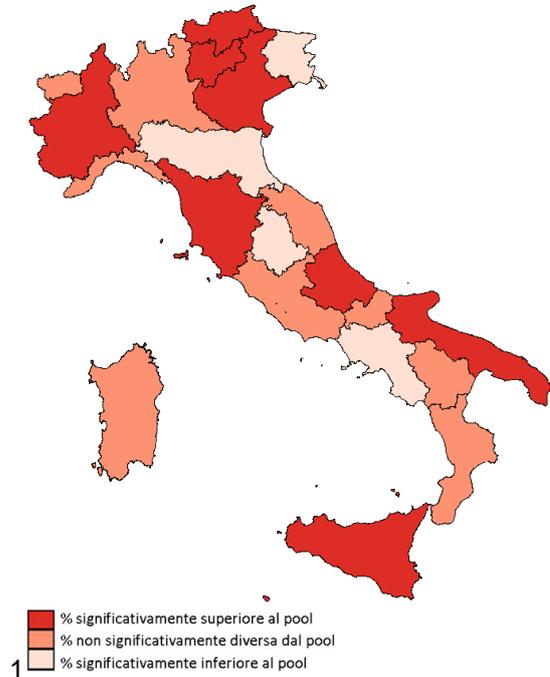
Totale: 8,7% (IC 95%: 6,8%-10,6%)



Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL PASSI 2008-2011 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%. Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, e in particolare la Calabria si attesta in posizione intermedia nel panorama interregionale.

Bassa percezione del rischio d'infortunio domestico
Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Gli infortuni domestici rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica. I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini, casalinghe e anziani, in particolare sopra gli 80 anni, mentre il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano. Le persone intervistate mostrano però una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra64enni (condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo). Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Il Piano Nazionale di Prevenzione dedica particolare attenzione alle iniziative per la prevenzione degli infortuni domestici; la Regione Calabria ha attivato uno specifico progetto coinvolgendo tutte le Aziende Sanitarie nella sorveglianza e nella prevenzione di tale genere di infortuni.

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

Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, basate sui dati raccolti dai Registri Tumori (anno 2010), il tumore della mammella è la neoplasia di gran lunga più frequente tra le donne (oltre il 40% di tutti i tumori maligni). Il rischio di sviluppare il tumore della mammella nel corso della vita non è trascurabile e si valuta che circa 1 donna su 11 ne verrà colpita. Le stime di incidenza parlano di 39.781 nuove diagnosi nel 2010 (circa 130 nuovi casi ogni 100.000 donne) e di ben 488.200 casi di donne che ne risultano affette (circa 1.580 ogni 100.000). L'introduzione e la pratica di interventi per la diagnosi precoce, come lo *screening* mammografico eseguito ogni due anni a partire dai 50 e fino ai 69 anni di età, hanno avuto un ruolo rilevante sia nel ridurre la mortalità tra le donne che eseguono correttamente la mammografia sia nel migliorare sensibilmente la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi (87%), come si evince dal Rapporto AIRTUM 2011 "La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia". Per questa ragione il Ministero della Salute raccomanda ai Servizi Sanitari la messa a regime dello *screening* di popolazione, ossia di un programma organizzato in cui le donne tra 50 e 69 anni siano invitate regolarmente, ogni due anni, a eseguire la mammografia. 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.

Nel 2010, in Italia, i programmi di *screening* mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione dei programmi organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, minore nel Sud (dati Osservatorio Nazionale Screening).

PASSI rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando sia stata effettuata la mammografia e se sia stata eseguita all'interno del programma di *screening* organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale.

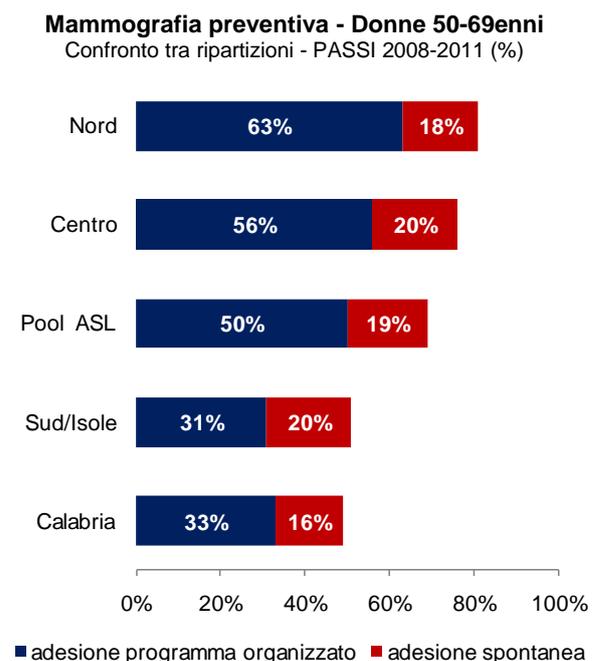
Nella lettura dei dati PASSI l'adesione al programma di *screening* mammografico organizzato dalle ASL è rilevata attraverso una domanda relativa al costo sostenuto per l'esecuzione della mammografia: rientrano quindi nel programma di *screening* organizzato tutte quelle donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte negli ultimi due anni dalla data dell'intervista a una mammografia preventiva, cioè in assenza di segni e sintomi (secondo le linee guida nazionali e internazionali), con costo a totale carico della ASL. Quelle che hanno sostenuto l'intero costo della mammografia o il costo del ticket sono comprese, viceversa, nel gruppo che effettua l'esame su iniziativa personale.

Mammografia preventiva eseguita secondo raccomandazione da donne di 50-69 anni

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura complessiva delle donne tra 50 e 69 anni di età che hanno eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni è pari al 49%: il 33% l'ha effettuata nell'ambito dello *screening* organizzato, il 16% su iniziativa personale.

Nel *pool* di ASL nazionali la copertura è sensibilmente più elevata (69%) e la mammografia è stata effettuata in gran parte nel contesto di programmi organizzati (50%). La copertura raggiunge valori significativamente più elevati al Nord (81%) rispetto al Centro (76%) e, in particolare, al Sud e alle isole (51%).

Le donne residenti in Calabria, e più in generale nel Sud dell'Italia, hanno pertanto una probabilità sensibilmente minore di eseguire la mammografia, soprattutto a causa dell'inadeguatezza della copertura assicurata dai programmi organizzati.



Caratteristiche delle 50-69enni che hanno effettuato una mammografia preventiva

Nel *pool* di ASP calabresi l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è più frequente tra le donne di 50-59 anni, le non coniugate, le conviventi, quelle con più elevato livello d'istruzione e quelle che riferiscono di non versare in difficoltà economiche.

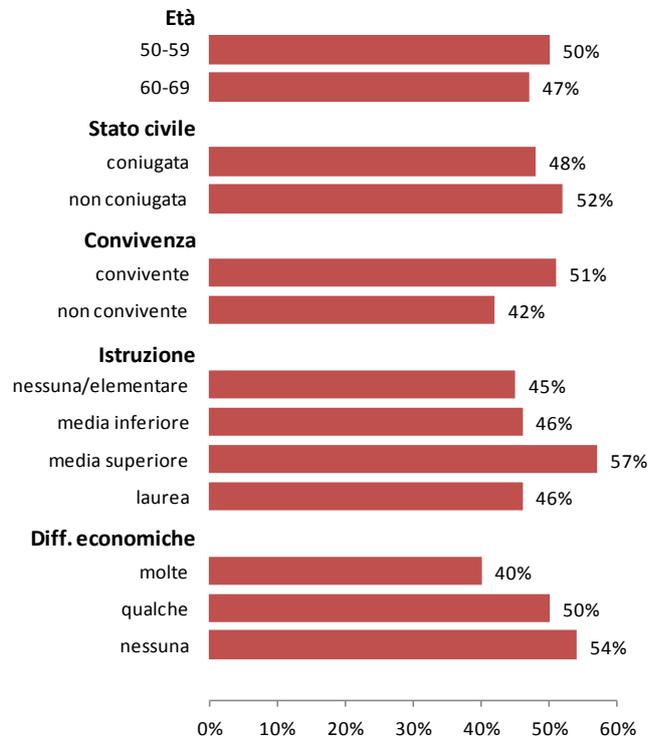
Nessuna associazione risulta statisticamente significativa, verosimilmente in virtù della non elevata numerosità campionaria.

Nel *pool* di ASL nazionali la mammografia è stata eseguita più frequentemente dalle donne di 50-59 anni, dalle coniugate o conviventi, da quelle con un livello di istruzione più elevato e da quelle che non dichiarano alcuna difficoltà economica; l'analisi multivariata conferma l'associazione con l'età, la convivenza, il livello di istruzione e lo status economico.

La percentuale di donne che praticano l'esame all'interno del programma di *screening* organizzato è maggiore tra le 60-69enni, mentre l'adesione spontanea risulta più numerosa tra le 50-59enni.

Mammografia preventiva - Donne 50-69enni Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

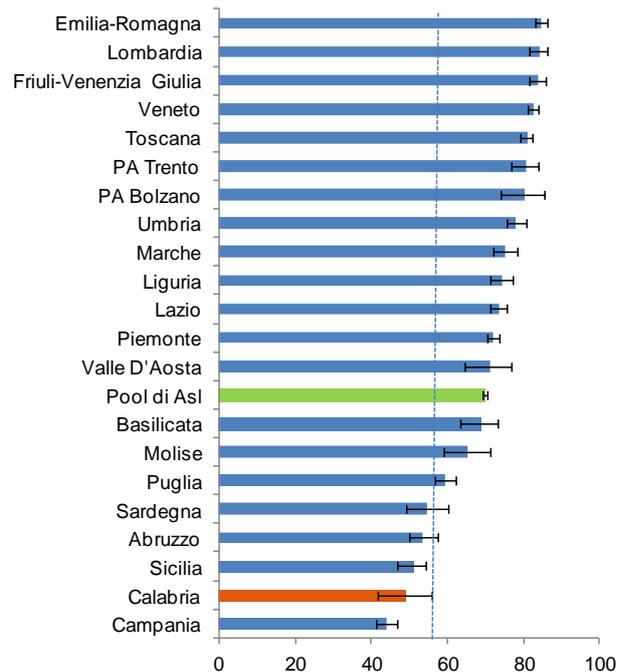
Totale: 48,6% (IC 95%: 41,4%-55,8%)



Il confronto interregionale

Nel quadriennio 2008-2011 si osserva una significativa variabilità regionale, con un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali. In Emilia-Romagna si registra la percentuale più alta (84,8%) di donne 50-69enni che hanno eseguito la mammografia preventiva, in Campania quella più bassa (44,1%).

Mammografia preventiva eseguita negli ultimi due anni da donne 50-69enni - Pool ASL PASSI 2008-2011 (%)

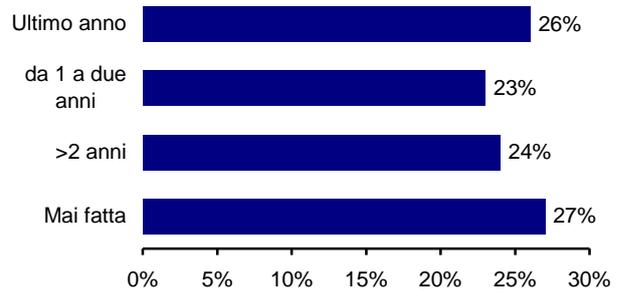


Periodicità di esecuzione della mammografia

Riguardo all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 26% delle donne ha riferito di averla eseguita nell'ultimo anno, il 23% da uno a due anni prima rispetto all'intervista, il 24% da più di due anni, mentre il 27% non si è mai sottoposto all'esame.

Oltre la metà delle donne (51%) non è pertanto coperta rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo, percentuale che nel *pool* di ASL PASSI risulta notevolmente inferiore (30%).

Periodicità di esecuzione della Mammografia
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

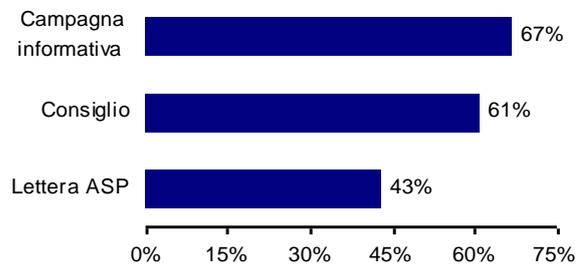


Promozione della Mammografia

Nella Regione Calabria:

- il 43% delle donne intervistate di 50-69 anni ha dichiarato di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASP (*pool* PASSI 64%);
- il 67% ha riferito di essere stato sensibilizzato da una campagna informativa (*pool* PASSI 72%);
- il 61% ha riportato di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di eseguire l'esame periodicamente (*pool* PASSI 65%).

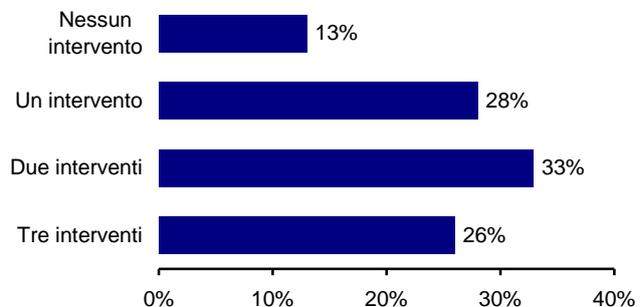
Promozione della Mammografia
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Il 26% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della mammografia presi in considerazione (lettera dell'ASP, suggerimento di un operatore sanitario, campagna informativa), il 33% da due e il 28% da uno solo, mentre il 13% non è stato indirizzato da nessuno dei succitati interventi di promozione.

Numero di interventi di promozione ricevuti per la Mammografia

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

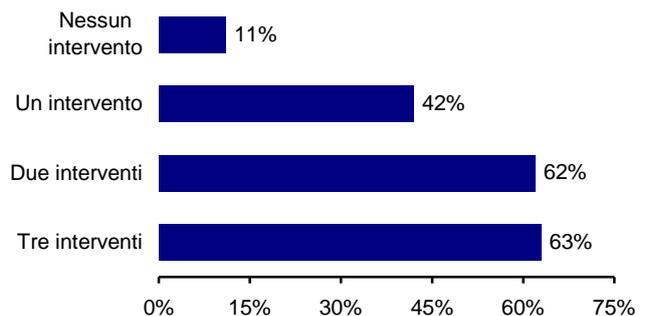


L'efficacia della promozione dello screening mammografico

Al crescere del numero degli interventi di promozione andati a segno si rafforza l'esecuzione del test di *screening* secondo gli intervalli raccomandati: si è infatti sottoposta a mammografia la maggior parte delle donne che ha ricevuto più interventi di promozione, contro l'11% di quelle non raggiunte da interventi.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, a conferma della efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati (come avviene all'interno dei programmi organizzati).

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



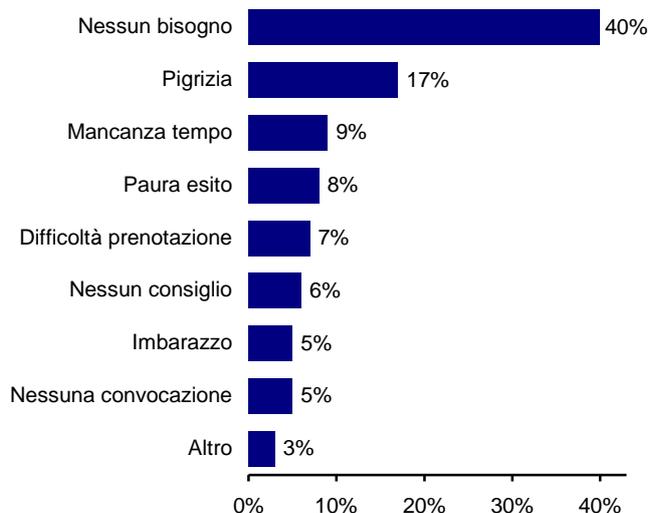
Le motivazioni per la mancata esecuzione della mammografia

Nel corso del triennio 2009-2011, in Calabria, circa la metà delle donne 50-69enni non ha praticato una prevenzione ottimale per il cancro della mammella, adducendo in ordine decrescente le seguenti motivazioni:

- “Non ne ho bisogno” (40%);
- “Per pigrizia” (17%);
- “Non ho avuto tempo” (8%);
- “Ho paura dei risultati dell’esame” (8%);
- “È difficile prenotare l’esame” (7%);
- “Nessuno me l’ha consigliato” (6%);
- “Mi sento imbarazzata” (5%);
- “Non ho ricevuto convocazione” (5%).

In sintesi, la grandissima maggioranza delle intervistate riferisce motivazioni che potrebbero essere indicative di una errata percezione del rischio.

Motivi di non esecuzione della Mammografia
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Esecuzione della mammografia prima dei 50 anni

L'età media della prima mammografia a scopo di diagnosi precoce è di 47 anni, più bassa rispetto a quella attualmente raccomandata in Italia (50 anni) ma superiore alla media riscontrata nel *pool* di ASL nazionali, pari al 45%. Nella fascia *pre-screening* (40-49 anni) il 50% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo almeno una volta nella vita (*pool* ASL 63%).

Conclusioni

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura stimata nelle donne 50-69enni relativamente all'effettuazione della mammografia è largamente insufficiente (49%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di *screening* organizzati (33%) sia della quota di adesione spontanea (16%).

I programmi di *screening* organizzati favoriscono una maggiore adesione della popolazione *target* e riducono le disuguaglianze: in particolar modo la lettera di invito, unitamente al consiglio dell'operatore sanitario, sembra lo strumento più efficace. La non effettuazione dell'esame pare associata a una molteplicità di fattori, il più frequente dei quali è la percezione di non averne bisogno, seguito dalla pigrizia e dalla mancanza di tempo; è possibile e necessario intervenire su queste motivazioni attraverso un'azione comunicativa più attenta e mirata.

La mammografia è spesso praticata già prima dei 50 anni, età per la 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 l'offerta dello *screening* prima dei 50 anni, ma solo dopo aver raggiunto una protezione ottimale per le donne tra 50 e 69.

Nel nostro Paese è in corso un vivace dibattito su due questioni di rilievo inerenti alla diagnosi precoce del cancro del seno, e cioè: quale sia l'età ottimale per l'inizio dello *screening*; se sia più conveniente l'offerta della mammografia ogni due anni a tutte le donne tra 50 e 69 anni oppure un approccio personalizzato che possa includere molteplici esami (come l'ecografia) in base alle esigenze del soggetto.

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Secondo i dati AIRTUM (Associazione italiana dei registri tumori) in Italia, tra il 1998 e il 2002, sono stati diagnosticati in media ogni anno 9,8 casi di tumore della cervice uterina ogni 100.000 donne, ovvero circa 3.400 nuovi casi l'anno. Al 2006 si stima un numero di casi prevalenti pari a circa 53.360, ossia il 2% di tutti i tumori maligni femminili.

Incidenza e mortalità mostrano una lenta ma costante tendenza alla riduzione nel tempo. Migliora lentamente anche la sopravvivenza, giacché si stima che a 5 anni dalla diagnosi sopravviva il 68% delle donne colpite. Nel 2008 i decessi per cancro della cervice uterina sono stati in Italia ancora 377 (1,2 ogni 100.000 donne), eppure la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce mediante Pap-test, la cui esecuzione le linee guida europee e italiane raccomandano ogni tre anni a partire dall'età di 25 anni fino a 64, nell'ambito dei programmi di *screening* organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL. Stando ai dati 2010 forniti per l'Italia dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), i programmi organizzati, ossia fondati sull'invito attivo e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, sono stati estesi al 68% della popolazione target, dunque in percentuale considerevolmente superiore rispetto al 51% del 2004.

Alla modalità organizzativa su raccomandazione resta affiancata una quota non trascurabile di *screening* spontaneo, dietro iniziativa del soggetto singolo o su consiglio medico. La diffusione dei programmi di *screening*, ormai ampia nelle Regioni del Nord e Centro Italia, aumenta gradualmente anche in quelle meridionali.

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota finalizzati a valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di *screening* primario con periodicità triennale, coinvolgendo all'incirca 150.000 donne appartenenti alla fascia d'età di 25-64 anni.

Il sistema PASSI rileva mediante richiesta diretta se lo *screening* cervicale è stato eseguito all'interno di un programma organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (la stima viene effettuata mediante un indicatore proxy basato sul pagamento o meno dell'esame). Dal 2011 il questionario PASSI registra le informazioni fornite dalle donne sottoposte al test con HPV in alternativa o in aggiunta al Pap-test, per cui la dizione "test di *screening* per la diagnosi precoce del tumore della cervice" si riferisce all'esecuzione del Pap-test e/o dell'HPV test.

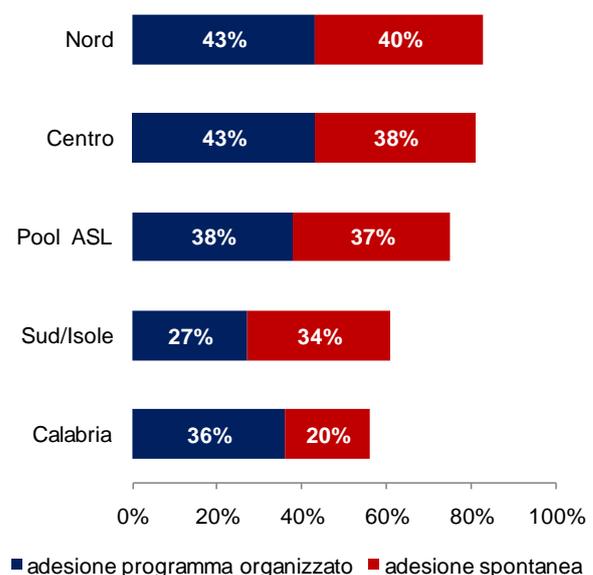
Quante donne tra 25 e 64 anni di età hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale, secondo raccomandazione, nel corso dei precedenti tre anni ?

In Calabria il 56% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato un test di *screening* per neoplasia cervicale durante l'ultimo triennio (il 36% entro programmi di *screening* organizzati e il 20% come *screening* spontaneo): è la percentuale più bassa registrata a livello nazionale.

Quasi la metà delle donne calabresi non è dunque coperta rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo.

Nel *pool* di ASL nazionali si riscontra una copertura complessiva sensibilmente più elevata (75%), con valori significativamente maggiori al Nord (83%) e al Centro (81%) rispetto al Sud del Paese (61%). Circa la metà di tale copertura è riferibile all'adesione spontanea, giacché si stima che il 50% delle donne italiane abbia eseguito il test di *screening* al di fuori del programma organizzato.

Test di *screening* eseguito negli ultimi tre anni da donne 25-64enni per area geografica
Confronto tra ripartizione - PASSI 2008-2011 (%)



Caratteristiche delle 25-64enni che hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale, secondo raccomandazione, nel corso dei precedenti tre anni.

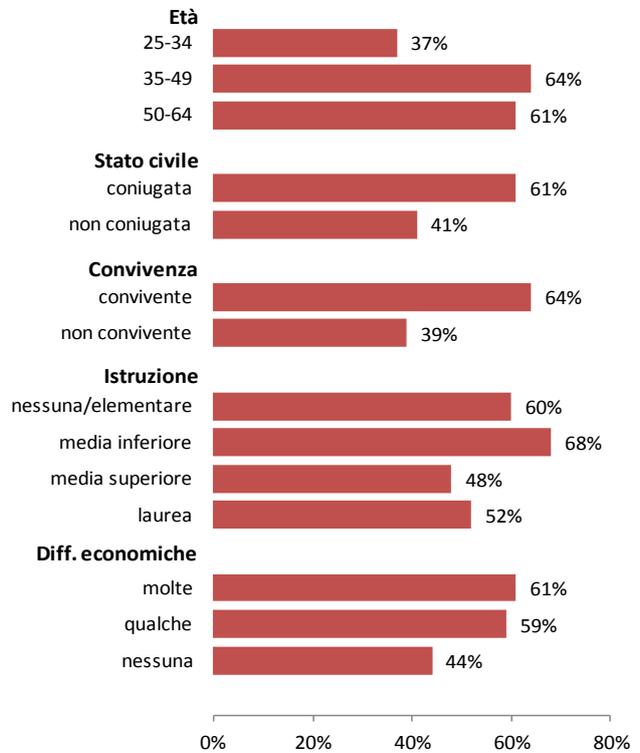
Nel pool di ASP calabresi il test di screening per neoplasia cervicale è stato eseguito più frequentemente dalle donne di 35-49 anni (64%), dalle coniugate (61%), dalle conviventi (64%), da quelle in possesso di licenza media inferiore (68%) e dalle donne che riferiscono notevoli difficoltà economiche (61%).

Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, solo l'età e la convivenza, tra tutte le variabili considerate, rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'esecuzione di un Pap-test negli ultimi tre anni.

Nel pool di ASL nazionali la copertura al test di screening è maggiore nelle donne di 35-49 anni (81%), nelle coniugate (79%), nelle conviventi (79%), in quelle con un livello d'istruzione più elevato (79%) e in quelle che non lamentano difficoltà economiche (81%). L'analisi multivariata conferma tutte le associazioni rilevate.

Test di screening per neoplasia cervicale Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

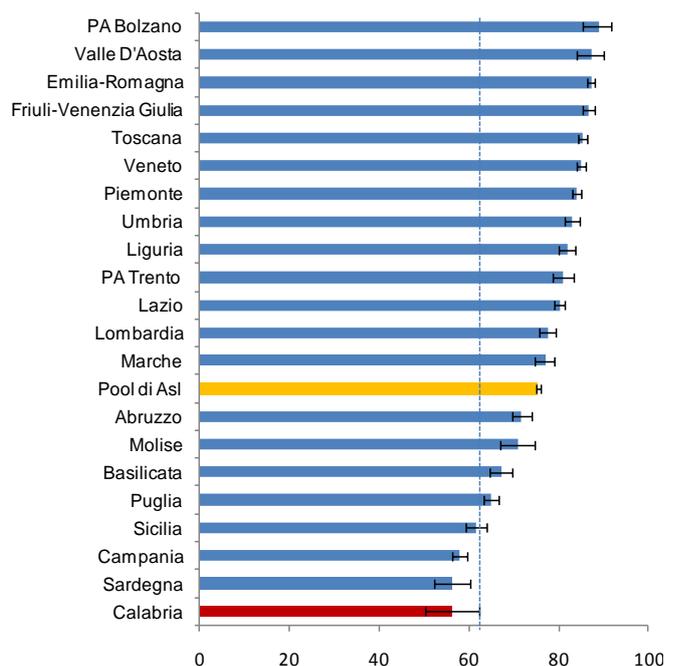
Totale: 56,2% (IC 95%: 50,1%-62,3%)



Il confronto interregionale

Nel periodo 2008-2011 si osserva una significativa variabilità regionale, con un chiaro gradiente Nord-Sud. Nella P. A. di Bolzano si registra la percentuale più alta (89%), in Calabria la più bassa (56%).

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni - Pool ASL PASSI 2008-2011



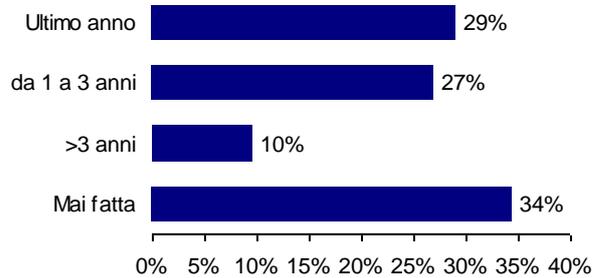
Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale

Il 29% delle donne ha riferito di avere effettuato un test di *screening* per neoplasia cervicale nell'ultimo anno, il 27% da uno a tre anni prima rispetto all'intervista, il 10% da oltre tre anni e il 34% di non averlo mai eseguito.

Quasi la metà delle donne (44%) non è pertanto coperta rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo, laddove nel *pool* di ASP PASSI tale percentuale risulta notevolmente inferiore (25%)

Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



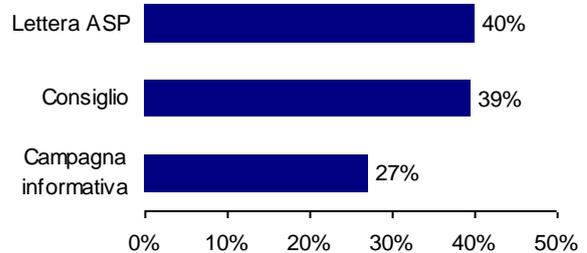
Promozione del test di screening per neoplasia cervicale

Nella Regione Calabria:

- il 40% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASP (vs l'89% del *pool* PASSI);
- il 39% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare periodicamente il Pap-test o il test per l'HPV (contro il 62% del *pool* PASSI);
- il 27% di essere stato sensibilizzato da una campagna informativa (*pool* PASSI 79%).

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale

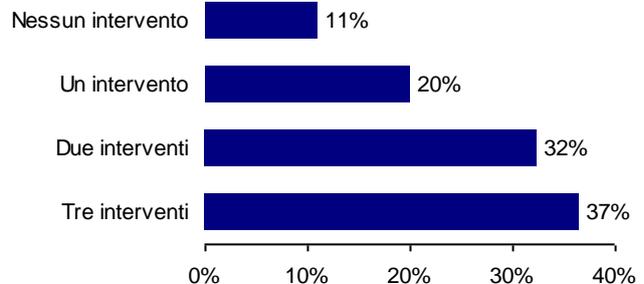
Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



Il 37% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione del test di *screening* per neoplasia cervicale considerati (lettera dell'ASP, consiglio di un operatore sanitario, campagna informativa), il 32% da due interventi e il 20% da uno solo, mentre il 13% riferisce di non essere stato informato da nessun intervento di promozione tra quelli presi in esame.

Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening per neoplasia cervicale

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



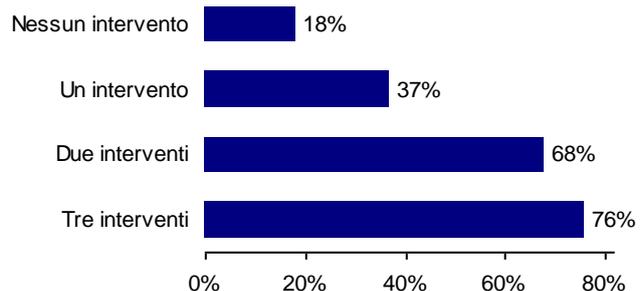
L'efficacia della promozione del test di screening per neoplasia cervicale

Al crescere del numero degli interventi di promozione andati a segno si rafforza l'esecuzione del test di *screening* secondo gli intervalli raccomandati: la maggior parte delle donne che ha ricevuto più interventi di promozione ha infatti eseguito il Pap/HPV-test, contro solo il 18% di quelle non raggiunte da interventi.

Tra le ASP partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, a conferma della efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati (come avviene all'interno dei programmi organizzati).

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

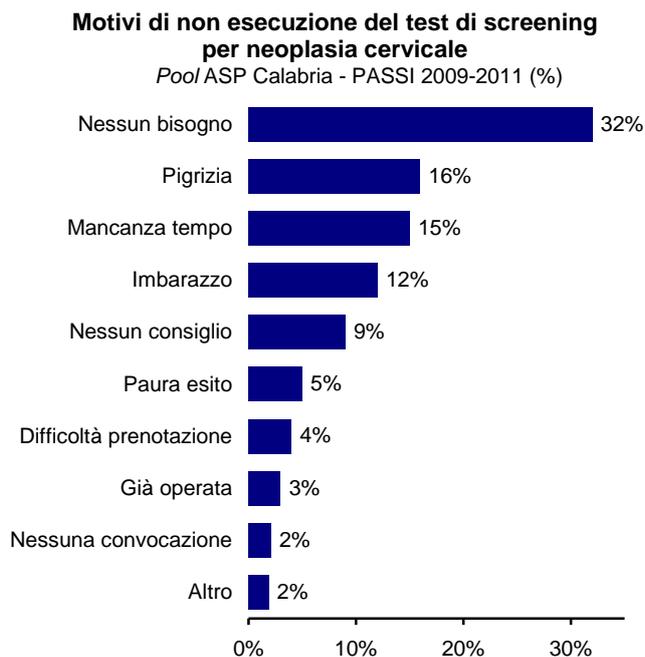


Le motivazioni per la mancata esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale

Nel corso del triennio 2009-2011 circa la metà delle 50-69enni calabresi non ha praticato una prevenzione ottimale per il cancro della cervice, adducendo in ordine decrescente le seguenti motivazioni:

- "Non ne ho bisogno" (32%);
- "Per pigrizia" (16%);
- "Non ho avuto tempo" (15%);
- "Mi sento imbarazzata" (12%);
- "Nessuno me l'ha consigliato" (9%);
- "Ho paura dei risultati dell' esame" (5%);
- "È difficile prenotare l'esame" (4%);
- "Sono stata operata" (3%);
- "Non ho ricevuto convocazione" (2%).

In sintesi, la grandissima maggioranza delle donne riferisce motivazioni che potrebbero essere indicative di un'errata percezione del rischio.



Conclusioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva al test di *screening*, comprensiva sia della percentuale di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di *screening* organizzato sia della rilevante quota di adesione spontanea.

La copertura complessiva del Pap-test preventivo è ancora insufficiente in Calabria, dove poco più di una donna su due effettua l'esame nei giusti intervalli di tempo (dato in linea con quanto si osserva nella maggior parte dell'Italia meridionale e insulare). Il 36% delle donne riferisce di aver eseguito il test nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL, il 20% per iniziativa personale.

Le donne con minore livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche effettuano più frequentemente il test di prevenzione.

I programmi organizzati si confermano correlati a una maggior adesione: lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati, come avviene all'interno dei programmi di *screening*) sono gli strumenti più efficaci e la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente per i soggetti raggiunti da tali interventi.

Come si evince dal recente Rapporto di *Health Technology Assessment* (HTA) pubblicato sulla rivista *Epidemiologia e Prevenzione*, lo *screening* cervicale attraversa un momento cruciale: a quasi settant'anni dalla sua introduzione in Italia come test di *screening* primario, il Pap-test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papilloma virus (HPV). Nel caso in cui il Rapporto HTA fosse favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e ad applicarlo sistematicamente alla vasta rete di *screening* organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

Diagnosi precoce del tumore del cancro del colon retto

I dati desunti dai Registri Tumori rivelano che nel 2010 oltre 328.000 cittadini italiani sono stati interessati da una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza (51.200 nuovi casi stimati nello stesso anno, di cui 30.900 uomini e 20.300 donne) e una discreta sopravvivenza a cinque anni (circa il 64%). Pur tuttavia, il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone tra gli uomini e al tumore della mammella per le donne. Si tratta di una neoplasia abbastanza rara prima dei 40 anni, ma più frequente dai 60 in poi. Negli ultimi tempi, nonostante l'incremento del numero di tumori, si è assistito a una diminuzione della mortalità ascrivibile a un'informazione più adeguata, ai miglioramenti terapeutici e soprattutto alla diagnosi precoce, che si stima riduca la mortalità per cancro del colon-retto di circa il 20%.

I principali test di *screening* per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici di 50-69 anni, che mettono in condizione di diagnosticare il 50% dei casi di tumore negli stadi più precoci, ossia quando vi sono maggiori probabilità di guarigione, sono la ricerca del sangue occulto nelle feci (S.O.F.) a cadenza biennale e la colonscopia, con frequenza ottimale non definita in modo univoco (per le categorie a maggior rischio l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni).

Per tale ragione il Ministero della Salute italiano sollecita le ASL a organizzare programmi di *screening* di popolazione. Attualmente lo *screening* coloretale più diffuso è quello a due stadi (ricerca di sangue occulto nelle feci e successiva colonscopia per i positivi), mentre in un numero limitato di ASL si ricorre alla rettosigmoidoscopia, eseguita una volta nella vita a partire dai 58 anni.

L'Osservatorio Nazionale Screening, deputato a monitorare l'andamento dei programmi di *screening* in Italia, stima che nel 2010 l'estensione effettiva (ossia la proporzione della popolazione *target* che è stata invitata ad aderire al programma organizzato) è del 51%, con adesione all'invito in circa la metà dei casi. La copertura dei programmi organizzati è aumentata considerevolmente negli ultimi 5 anni, ma la variabilità territoriale è molto ampia, stanti le considerevoli differenze tra Nord (78%) e Sud (8%).

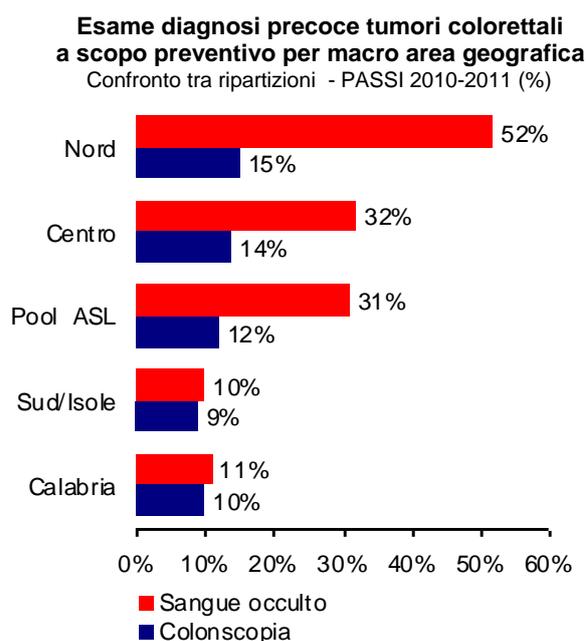
Il sistema PASSI rileva, attraverso richiesta diretta alla popolazione di 50-69enni, se e quando sia stato effettuato un test di *screening* coloretale (S.O.F. e/o colonscopia/rettosigmoidoscopia) e se sia stato eseguito nell'ambito del programma di *screening* organizzato dalla ASL o su iniziativa personale. Dal 2010 la sezione del questionario PASSI dedicata allo *screening* coloretale è stata integrata con alcune domande, ragion per cui vengono fornite stime di biennio 2010-2011 per alcuni indicatori relativi al *pool* di ASL.

Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo?

In Calabria, nel corso del 2010-2011, il 21% dei 50-69enni intervistati ha riferito di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo secondo raccomandazione (*pool* PASSI 43%): in particolare, l'11% si è sottoposto a ricerca del sangue occulto fecale (S.O.F.) negli ultimi due anni, il 10% alla colonscopia negli ultimi cinque.

Il quadro per macroaree geografiche ci rivela che la ricerca del sangue occulto nelle feci ha registrato valori più elevati al Nord (52%) e al Centro (32%), laddove i dati relativi al Sud risultano sensibilmente inferiori (10%).

Anche il ricorso alla rettosigmoidoscopia o colonscopia negli ultimi 5 anni è più frequente al Nord (15%) e al Centro (14%) che al Sud, dove si attesta su un ben più basso 9%.



Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno effettuato la ricerca a scopo preventivo del sangue occulto nelle feci (S.O.F.)?

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura della ricerca del sangue occulto nelle feci è maggiore tra i soggetti di 60-69 anni (15%) e in quelli che attestano di aver conseguito una licenza media inferiore o superiore (13%).

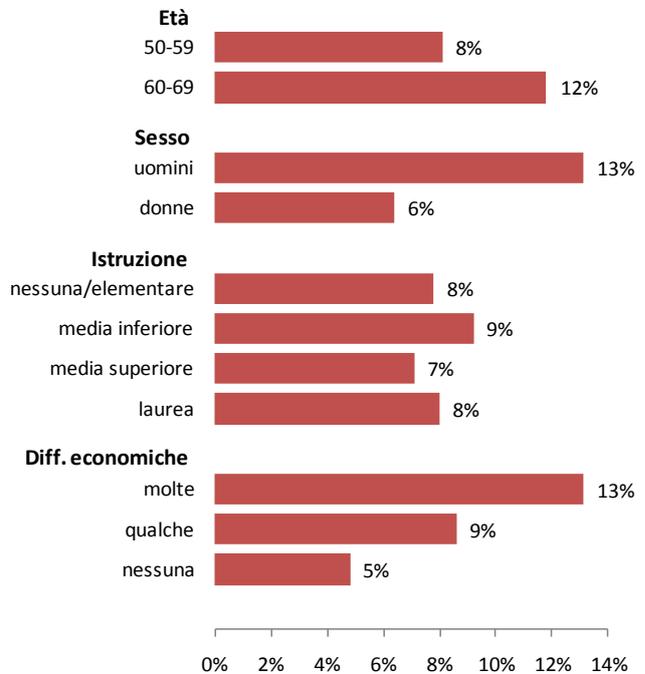
Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tra tutte le variabili considerate si conferma l'associazione con il solo titolo di studio.

Nel *pool* di ASL nazionali la copertura al test risulta più alta negli individui di 60-69 anni (34%) e in quelli prive di difficoltà economiche (40%); l'analisi multivariata conferma tutte le associazioni rilevate.

Ricerca preventiva del sangue occulto nelle feci secondo linee guida in 50-69enni

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 9,6% (IC 95%: 6,9%-13,3%)



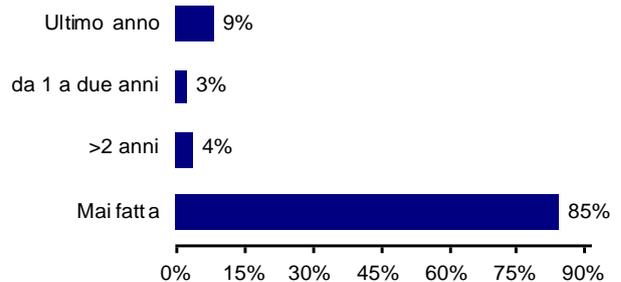
Qual è la periodicità di esecuzione della ricerca a scopo preventivo del S.O.F.?

L'ultima ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo è stata effettuata nel corso dell'ultimo anno dal 9% del campione, mentre il 2% ha riferito di averla eseguita da uno a due anni prima rispetto all'intervista.

Un ulteriore 4% dichiara di averla effettuata da più di due anni e il restante 85% di non aver mai eseguito l'esame.

Periodicità di esecuzione del sangue occulto nelle feci secondo linee guida in 50-69enni

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

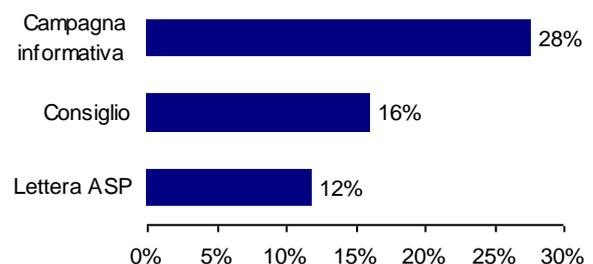


Ricerca S.O.F. preventivo negli ultimi due anni per esposizione a interventi di promozione

Il 12% dei 50-69enni ha riferito di aver ricevuto dalla ASP una lettera d'invito a eseguire un esame per la prevenzione dei tumori colorettaali, il 16% di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario e il 28% di essere stato sensibilizzato da una campagna informativa. L'efficacia degli interventi di promozione (in particolare l'associazione lettera/consiglio) è maggiore quando questi sono tra loro associati.

Interventi di promozione per la ricerca del sangue occulto nelle feci secondo linee guida in 50-69enni

Pool ASP Calabria - PASSI 2010-2011 (%)



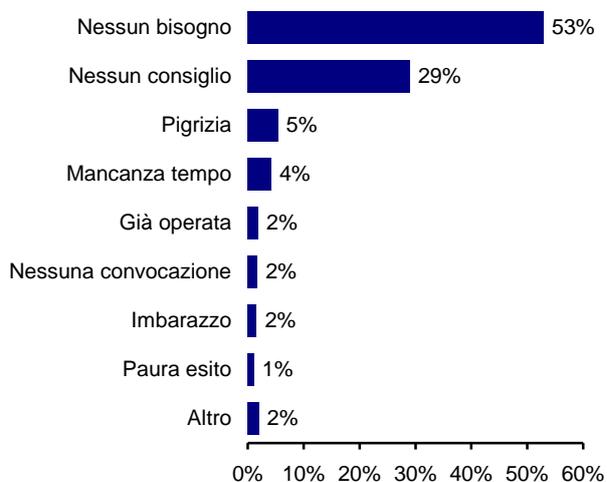
Le motivazioni per la mancata esecuzione del S.O.F.

Circa l'80% dei 50-69enni non ha praticato una prevenzione ottimale per il cancro del colon retto, adducendo le seguenti motivazioni (date in ordine decrescente):

- "Non ne ho bisogno" (53%);
- "Nessuno me l'ha consigliata" (29%);
- "Per pigrizia" (5%);
- "Non ho avuto tempo" (4%);
- "Sono stato operato" (2%);
- "Non ho ricevuto convocazione" (2%);
- "Mi sento imbarazzato" (2%);
- "Ho paura dei risultati dell' esame" (1%).

In sintesi, circa il 65% riferisce motivazioni che potrebbero essere indicative di una errata percezione del rischio.

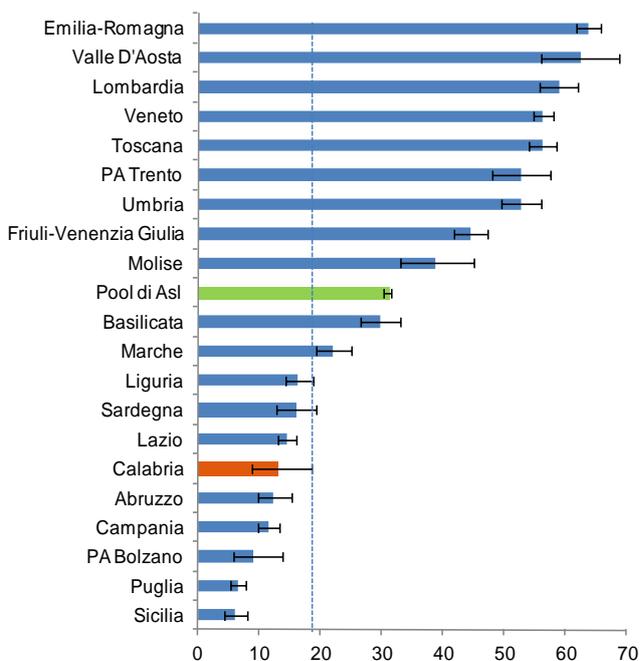
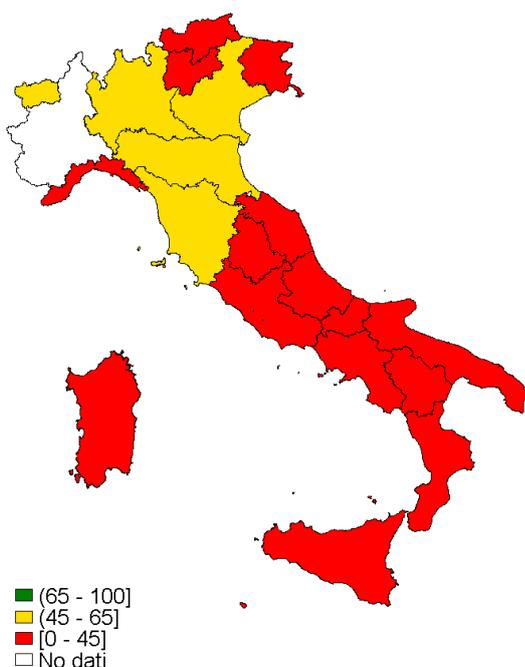
Motivi di non esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci secondo linee guida in 50-69enni
Pool ASP Calabria - PASSI 2010-2011 (%)



Il confronto interregionale

Nel biennio 2010-2011 le differenze territoriali nella copertura dello *screening* colorettole risultano significative, con un chiaro gradiente Nord-Sud a netto sfavore del Mezzogiorno. La Regione Emilia-Romagna presenta la percentuale più alta di 50-69enni che effettuano il SOF a scopo preventivo e nei tempi raccomandati (64%), mentre in Sicilia si registra la prevalenza significativamente più bassa (6% della popolazione *target*).

Ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguita negli ultimi due anni in 50-69enni - Pool ASL PASSI 2010-2011



Effettuazione della colonscopia

In Calabria hanno eseguito più frequentemente una colonscopia preventiva nell'ultimo quinquennio i 60-69enni (12%), gli uomini (12%), i soggetti con un più elevato livello di istruzione (14%) e quelli che riferiscono di avere qualche difficoltà economica (13%).

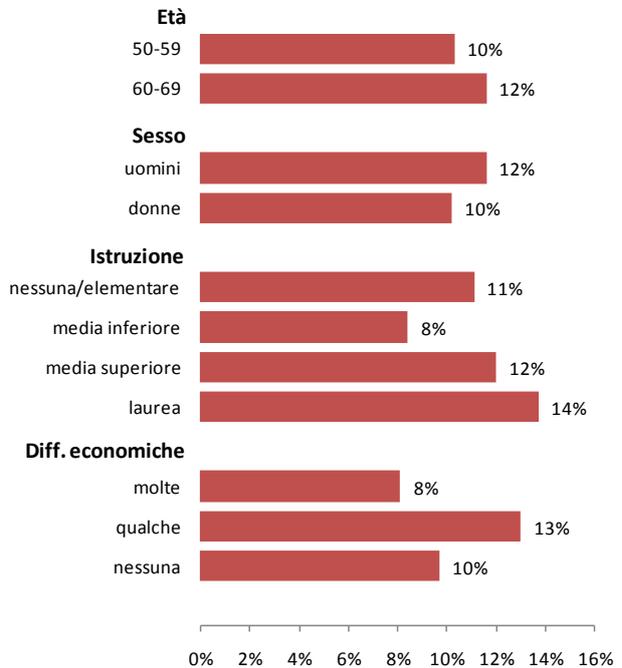
Dall'analisi multivariata non è confermata alcuna associazione.

Come in Calabria, anche in Italia la colonscopia preventiva negli ultimi cinque anni (secondo quanto raccomandato dalle linee guida) è stata più frequentemente eseguita dai 60-69enni, degli uomini, dei laureati e dalle persone che dichiarano l'assenza di difficoltà economiche; l'analisi multivariata ribadisce tutte le associazioni.

Colonscopia negli ultimi cinque anni in persone di 50-69 anni

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 10,9% (IC 95%: 7,3%-14,9%)



Conclusioni

Solo un quinto della popolazione nella fascia *target* (50-69 anni) ha effettuato un esame per la diagnosi precoce del carcinoma *colorettale* nei tempi raccomandati, presumibilmente per un'offerta carente e non uniformemente diffusa su tutto il territorio calabrese, il che rende necessaria l'estensione dei programmi di *screening* onde incrementare la copertura nella popolazione.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie favoriscono in special modo l'accesso ai servizi di prevenzione da parte dei soggetti socio-economicamente svantaggiati.

La lettera di invito, associata al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per incoraggiare l'adesione della popolazione *target* allo *screening*.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza rappresenta un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, in particolare anziani e portatori di patologie croniche; essa è inoltre frequente motivo di ricorso all'Assistenza sanitaria e al ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo che sulla collettività. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio (in particolare 18-64enni affetti da malattie croniche, unitamente al personale sanitario che li ha in cura, e ultra64enni).

Sulla scorta dei risultati di numerose ricerche che ne attesta il rapporto positivo tra rischi e benefici, il Servizio Sanitario Nazionale promuove e offre gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale ai suddetti gruppi di popolazione a maggior rischio, fissando l'obiettivo di copertura a livelli non inferiori al 75% del *target*.

Il calcolo della copertura vaccinale tra gli ultra64enni è favorito dalle registrazioni del numero di vaccinazioni e dalla numerosità degli ultra64enni (Anagrafe Sanitaria); non risulta agevole, al contrario, il calcolo della copertura tra i 18-64enni affetti da malattie croniche, stanti le oggettive difficoltà a stimarne il numero complessivo (denominatore).

PASSI è attualmente l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti di 18-64 anni privi o meno di malattie croniche.

Quante persone di 18-64 anni si sono vaccinate durante le ultime tre campagne antinfluenzali (2008-2009, 2009-2010, 2010-2011) e quali sono le loro caratteristiche?

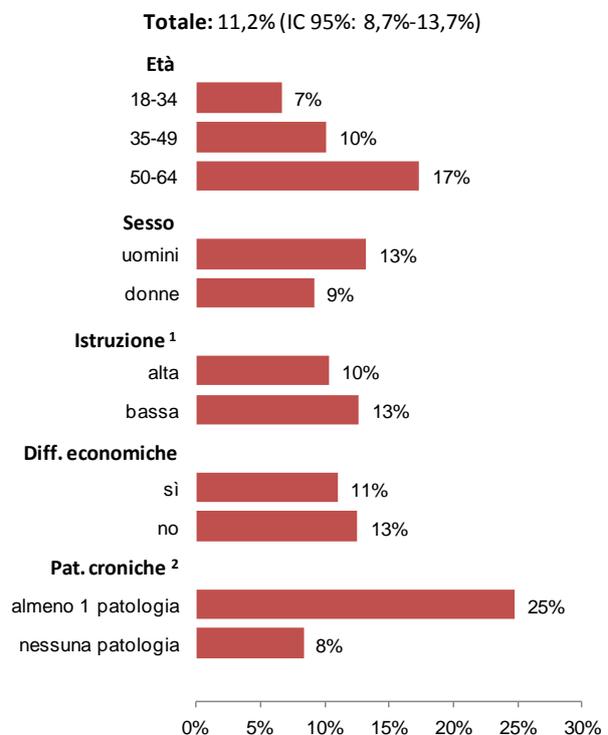
L'11% dei Calabresi di età compresa tra i 18 e i 64 anni dichiara di essersi sottoposto a vaccinazione antinfluenzale durante le ultime tre campagne. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la percentuale registrata durante le ultime quattro campagne è risultata quasi sovrapponibile (12%).

In Calabria la percentuale di persone di 18-64enni vaccinate contro l'influenza appare significativamente più elevata:

- nella fascia di 50-64 anni;
- nelle persone con basso livello d'istruzione;
- nei soggetti che non lamentano difficoltà economiche;
- negli individui affetti da almeno una patologia cronica.

Analizzando con un'opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono significative l'età e l'essere affetti da una o più patologie croniche.

Vaccinazione antinfluenzale nelle tre campagne (2008-2009, 2009-2010, 2010-2011) in 18-64enni Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)



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

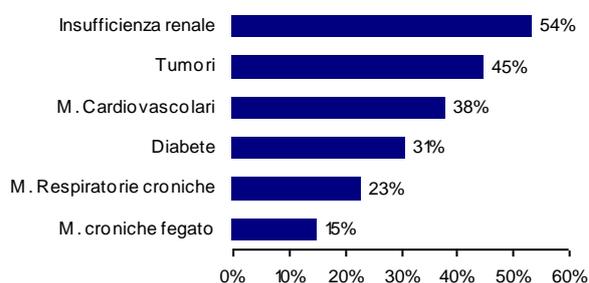
La copertura vaccinale nei 18-64enni per tipologia di patologia cronica

Nei Calabresi di 18-64 anni portatori di almeno una patologia cronica la percentuale di vaccinati durante le ultime tre campagne antinfluenzali 2008-2011, pur attestandosi al 25%, risulta ancora sensibilmente inferiore al valore raccomandato ($\geq 75\%$).

La copertura vaccinale è risultata più elevata tra le persone interessate da insufficienza renale (54%), tumori (45%), malattie cardiovascolari (38%), diabete (31%), patologie respiratorie (23%) ed epatiche (15%) croniche.

Copertura vaccinale nelle persone affette da malattie croniche (18-64 anni)

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

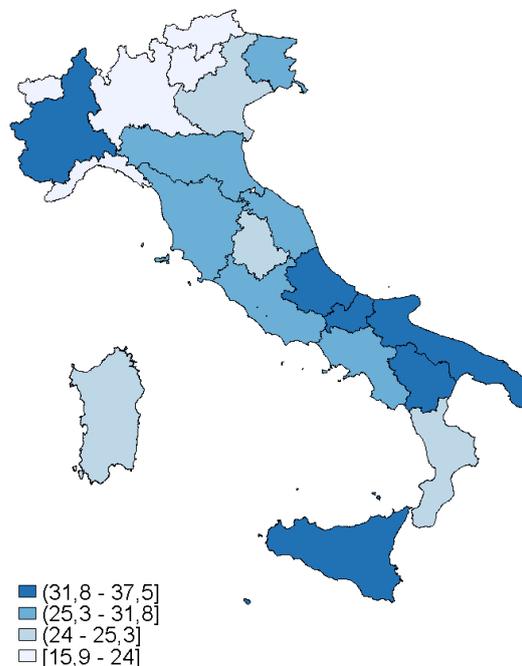


Il confronto interregionale

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale la copertura vaccinale tra gli individui affetti da almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con rilevanti differenze tra Regioni e livelli più elevati di copertura (32-38%) nelle Regioni meridionali (a eccezione della Calabria, dove si registra il 25%).

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime 4 campagne in persone di 18-64 anni con patologie croniche

Pool ASL PASSI 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011



Conclusioni

La riduzione della morbosità e delle complicanze connesse all'influenza richiede coperture vaccinali non inferiori al 75% nelle categorie a rischio. In Calabria, nel corso delle campagne 2008-2011, si è raggiunta una copertura media del 63% tra gli ultra64enni, mentre un valore ancor più basso (25%) si è registrato tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche. Al fine di ottenere un miglioramento della copertura vaccinale in queste categorie a rischio, è necessario integrare maggiormente la prevenzione nell'attività assistenziale: gli specialisti (pneumologi, oncologi, cardiologi, diabetologi) e i Medici di Medicina Generale non dovrebbero sottovalutare il rischio concreto di complicanze spesso fatali attribuibili a una malattia attenuabile o evitabile come l'influenza, e dovrebbero pertanto raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione antinfluenzale stagionale. L'offerta della vaccinazione alle persone interessate da patologie croniche potrebbe inoltre essere coordinata e favorita dai Servizi di Sanità Pubblica delle ASL, anche in forza della possibile integrazione tra anagrafi vaccinali e registri di esenzione ticket, sulla scorta dell'esperienza maturata durante la pandemia del 2009, quando tutte le Regioni e Province Autonome si sono impegnate a quantificare la numerosità di soggetti a rischio cui offrire la vaccinazione.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni (sindrome della rosolia congenita). Il Piano Strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si prefiggeva di ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati entro il 2010. In Italia è stato approvato nel 2011 il nuovo Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, che fissa al 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile a livello locale, le dimensioni della popolazione *target*, la copertura vaccinale da raggiungere entro l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione. Attraverso le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, la prevalenza delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota di quelle ignare del proprio stato immunitario, PASSI misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza. Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale somministrato sistematicamente nel quadriennio 2008-2011 soltanto in 13 Regioni, tra le quali figura la Calabria.

Vaccinazione antirosolia in donne di 18 - 49 anni- Pool ASP Calabria 2009-2011	% (IC 95%)
Immuni	45,8 (39,8 – 51,8)
Suscettibili	4,8 (1,4 – 8,2)
Immunità non nota	49,4 (43,5 – 57,3)

In Calabria il 46% delle donne di 18-49 anni è risultato immune alla rosolia perché:

- ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest (21%);
- ha effettuato la vaccinazione (25%)

La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:

- più giovani, in particolare nelle fasce 18-24 e 25-34 anni;
- con alto livello d'istruzione
- con difficoltà economica

Analizzando con una regressione logistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, non si conferma alcuna associazione tra la vaccinazione e le variabili considerate: età, istruzione e situazione economica.

Il 5% delle donne risulta suscettibile alla rosolia perché non ha effettuato la vaccinazione e riferisce di aver effettuato un rubeotest con risultato negativo.

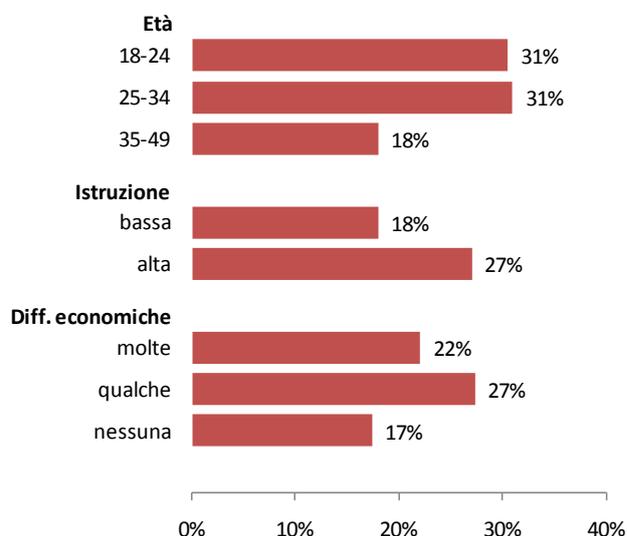
Il rimanente 49% non è consapevole del proprio stato immunitario, in quanto si tratta di donne non vaccinate che:

- non hanno effettuato un rubeotest o non ricordano di averlo fatto (48%);
- hanno effettuato un rubeotest ma non ne conoscono il risultato (1%).

Donne 18-49 anni vaccinate contro la rosolia

Pool ASP Calabria - PASSI 2009-2011 (%)

Totale: 24,6% (IC 95%: 18,6%-30,6%)

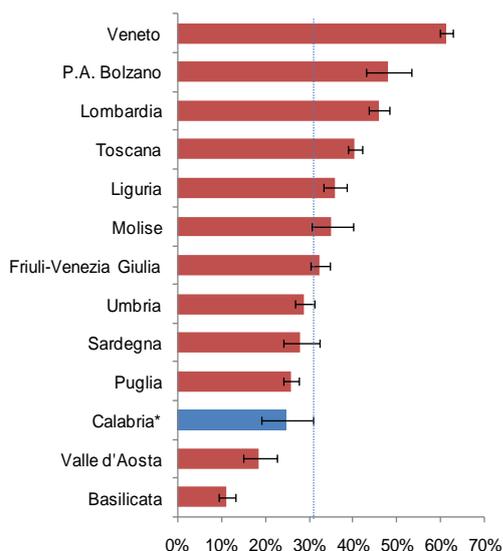


Il confronto interregionale

Si osserva chiaramente che le percentuali di copertura vaccinale variano in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, con valori che vanno dall'11% della Basilicata al 61% del Veneto.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la rosolia

Confronto tra Regioni - PASSI 2008-11*

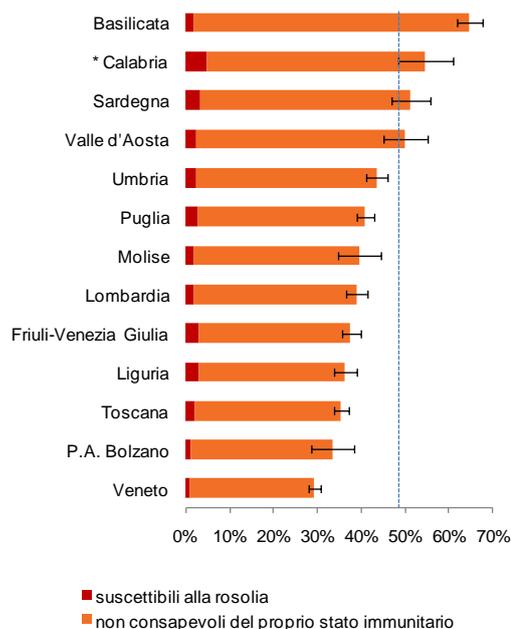


*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

La percentuale di donne suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario varia in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, con percentuali che vanno dal 65% della Basilicata al 29% del Veneto.

Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario

Confronto tra Regioni - PASSI 2008-11*



Conclusioni

Il dato rilevante che emerge dall'indagine PASSI è che il 49% delle donne calabresi in età fertile, pur non essendo vaccinate, non è a conoscenza del proprio stato immunitario rispetto alla rosolia: tale osservazione evidenzia scarsa consapevolezza del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza da parte di questa popolazione. La rosolia si caratterizza spesso per un quadro clinico aspecifico o lieve, per cui può non essere diagnosticata: si presume quindi che molte donne dallo stato immunitario ignoto abbiano comunque sviluppato una immunità naturale e che la proporzione effettiva di suscettibili sia di conseguenza di molto inferiore. Secondo gli studi di sieroprevalenza più recenti solo il 10% delle donne in età fertile risultava infatti privo di anticorpi circolanti e quindi suscettibile alla rosolia. Tuttavia, anche questa proporzione risulta troppo elevata rispetto al valore del 5% stimato necessario per raggiungere gli obiettivi di eliminazione fissati. Sarà quindi possibile raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione entro il 2015?

Un dato confortante è che la proporzione di donne vaccinate risulta maggiore nelle generazioni più giovani, il che va ascritto alle strategie aggiuntive specifiche per la rosolia previste dal Piano di Eliminazione e alla campagna di recupero che ha coinvolto le scuole elementari e medie. È presumibile che in futuro vi saranno coperture ancora migliori per le più giovani, ma l'eliminazione della rosolia congenita entro il 2015 richiede un miglioramento dell'offerta della vaccinazione antirosolia alle donne adulte negative o con stato immunitario non noto, soprattutto tenendo conto dell'età più elevata a cui attualmente le donne avviano una gravidanza. L'identificazione sistematica e la vaccinazione delle donne suscettibili può essere agevolata da una maggiore integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale condotta dagli operatori sanitari più vicini alle donne in età fertile (Medici di Medicina Generale, pediatri, ginecologi e ostetriche), da attuarsi attraverso la vaccinazione delle donne trovate suscettibili quando ospedalizzate per una IVG, un aborto o un parto, nonché mediante interventi di *catch-up* promossi dai servizi vaccinali.

appendice

metodi

monitoraggio

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale a valenza regionale e nazionale. In Calabria la raccolta dati avviene a livello di Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato in ambito 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 delle ASP della Regione Calabria nel triennio 2009-2011.

- 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.

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 che operatori sanitari effettuassero misurazioni dirette.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASP durante tutto il triennio 2009-2011, con cadenza mensile e considerando luglio e agosto come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è risultata di 24 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 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, nonché mediante 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 3.5.3".

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.

Al fine di 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; possono inoltre 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 illustra 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 su supporto informatico o mediante 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. Quanto ai supporti informatici utilizzati, sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione onde 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

I tassi di eleggibilità, risposta e rifiuto sono indicatori della qualità della rilevazione Passi, modellati su criteri standardizzati, accettati a livello internazionale¹, e servono per confrontare la *performance* del sistema di sorveglianza con altre indagini analoghe.

Si riportano di seguito le principali definizioni.

- **Popolazione di riferimento:** persone di età compresa tra 18 e 69 anni residenti nelle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).
- **Eleggibilità:** proporzione di persone eleggibili su tutti i campionati. Si considerano eleggibili le persone campionate 18-69enni, residenti nelle ASP, registrate nell'Anagrafe Sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico e in grado di sostenere un'intervista telefonica in italiano.
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Rifiuto:** proporzione di persone contattate che rifiutano l'intervista su tutti gli eleggibili.

La tabella qui a fianco mette a confronto i valori dei tassi della regione Calabria e del Paese nel triennio 2009-2011.

2009-2011	Eleggibilità	Risposta	Rifiuto
Pool ASP Calabria	89.8	90.5	4.3
Pool ASL PASSI	90.0	82.1	8.2

¹ http://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=Standard_Definitions2&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3156