

SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Rapporto nazionale Passi 2009



UN PROGRAMMA COLLABORATIVO

Questo terzo rapporto annuale dei risultati del sistema Passi è stato pubblicato, su Epicentro, settimana dopo settimana, trattando di volta in volta gli specifici problemi di salute posti sotto sorveglianza: prima i principali comportamenti che condizionano lo stato di salute (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione) e le condizioni di rischio cardiovascolare, successivamente la sicurezza stradale e domestica, la prevenzione individuale (vaccinazioni e screening oncologici), la qualità della vita connessa alla salute, i sintomi di depressione, per concludere con le le caratteristiche del campione.

Informazioni più utili quando integrate con i dati derivati da altre fonti

Con oltre 35.000 cittadini adulti, assistiti dalle ASL, intervistati ogni anno, Passi fornisce ai governanti, ai pianificatori, ai manager, ai dirigenti e ai professionisti della sanità pubblica e a tutti i soggetti direttamente interessati, informazioni che possono essere ottenute solo dalla viva voce dei cittadini. Queste informazioni integrano quelle fornite da sistemi informativi basati su dati di servizio. Per esempio, il rapporto mette in luce il fatto che, nel 2009, una metà delle donne che ha effettuato il pap test, nei tempi raccomandati, lo ha fatto nell'ambito del rapporto tra la donna e il medico specialista, al di fuori dei programmi organizzati dalla Asl; ma i dati mostrano anche che i programmi organizzati hanno facilitato l'accesso alla prevenzione ai gruppi sociali più svantaggiati. Informazioni come queste hanno arricchito la reportistica sugli screening in Italia.

La pubblicazione sul web ha consentito di integrare i dati Passi con gli altri dati disponibili per fornire un quadro d'insieme aggiornato, completo e capace di indirizzare gli interventi di prevenzione. E proprio per questo, sono stati inseriti i collegamenti alle principali fonti informative esistenti sugli specifici argomenti e pertinenti: dai dati di mortalità, alle indagini Istat, ai registri tumori, agli osservatori screening e cardiovascolare, alle sorveglianze.

Informazioni che consentono confronti temporali

Per la prima volta, inoltre è stato possibile includere, oltre ai confronti spaziali tra regioni ed Asl, anche i primi confronti temporali. Considerata la caratteristica del sistema di essere fondato sulle Asl, i confronti sono stati possibili per l'insieme delle Asl che hanno partecipato dal 2007 al 2009, che rappresentano la maggior parte delle Asl italiane. È stato così possibile mostrare, ad esempio, che la prevalenza dei fumatori è in diminuzione, un punto su cui c'è qualche controversia tra gli studiosi e tra i pianificatori. Passi, basato su campioni mensili, consente di descrivere gli andamenti temporali con maggiore accuratezza rispetto alle indagini trasversali. Nel tempo, questa caratteristica sarà sempre più apprezzata da coloro che devono prendere decisioni ed anche dai ricercatori, così come mostra l'esperienza di altri Paesi.

Informazioni per contribuire a rispondere ad emergenze e problemi locali

I nostri sforzi vanno nella direzione di un'infrastruttura duttile, perché basata su un network di servizi e professionisti competenti. Questo ha permesso di includere un modulo per descrivere atteggiamenti e comportamenti degli adulti nei confronti dell'influenza A/H1N1, un punto cruciale per la risposta alla pandemia. La stessa duttilità ha consentito ai Dipartimenti di prevenzione delle Asl abruzzesi di rilevare, con molto impegno, le conseguenze sulla salute del terremoto del 6 aprile 2009, utilizzando l'infrastruttura Passi.

Informazioni per sostenere politiche e programmi di prevenzione

Infine, voglio rimarcare la cosa più importante, dal mio punto di vista: il report Passi, così come i vari prodotti del Passi e degli altri studi e sorveglianze che il Cnesps porta avanti assieme alle Regioni e su mandato del ministero della Salute, devono sempre più essere indirizzati a rispondere alle esigenze di coloro che portano avanti le strategie di promozione della salute, come Guadagnare Salute e i Piani regionali di prevenzione in cui dobbiamo continuare a immettere le migliori energie della sanità pubblica italiana.

Stefania Salmaso

Direttore Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

BENESSERE

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE 6

DEPRESSIONE 8

PASSI

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

La qualità della vita in relazione allo stato di salute è influenzata dalle condizioni economiche e sociali, dalle malattie e dai comportamenti a rischio. Esistono molteplici indicatori, messi a punto per misurare la 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. Questi indicatori sono utili ai decisori per mettere in evidenza le disparità in salute, ai ricercatori clinici nella valutazione degli esiti dei trattamenti, 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 col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che si basa su quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi 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.

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE - POOL DI ASL

	2007	2008	2009
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	64,7 (63,9-65,5)	65,7 (65,1-66,2)	67,5 (66,9-68)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica			
0 giorni	76,8	81,5	83
1-13 giorni	18,7	14,7	13,7
≥14 giorni	4,5	3,8	3,3

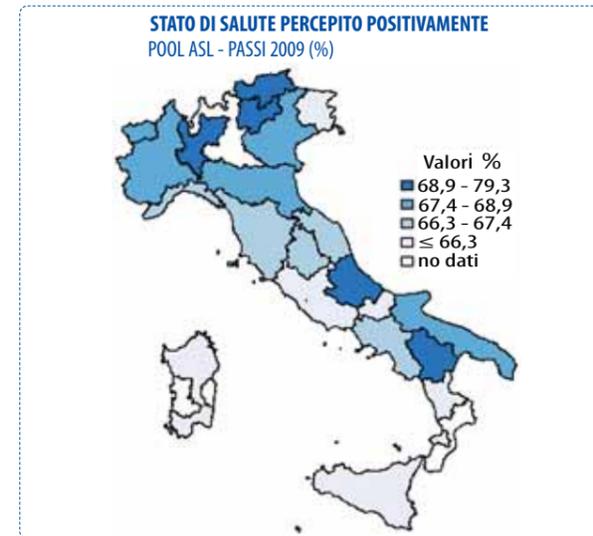
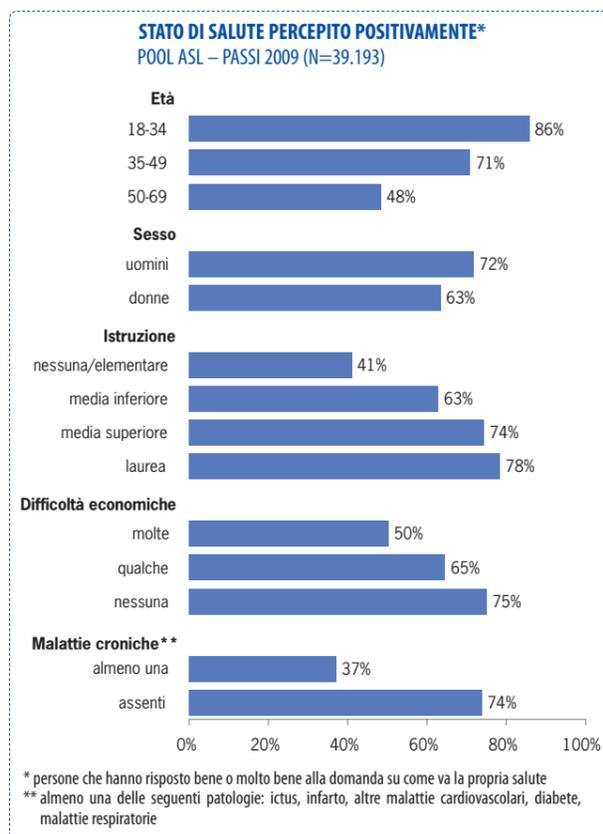
La percezione del proprio stato di salute

Il 67% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene. Il 29% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

In particolare, si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

- ▶ i giovani nella fascia 18-34 anni
- ▶ gli uomini
- ▶ le persone con un livello di istruzione più alto
- ▶ le persone senza difficoltà economiche
- ▶ le persone senza patologie croniche severe.

Analizzando con una tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si osserva che la percezione positiva dello stato di salute è associata in maniera statisticamente significativa con tutte le caratteristiche considerate: classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche e presenza di patologie croniche severe.



La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che percepiscono positivamente (bene/molto bene) il proprio stato di salute nelle Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo:

- ▶ il range va dal 56% della Calabria al 79% della P.A. di Bolzano
- ▶ si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

GIORNI NON IN SALUTE PER MOTIVI FISICI E PSICOLOGICI, E GIORNI CON LIMITAZIONE DI ATTIVITÀ (NUMERO MEDIO DI GIORNI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI) POOL ASL - PASSI 2009

	giorni non in salute negli ultimi 30 giorni			
	giorni totali*	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
totale	5,3	2,9	3	1,3
classi di età	18-34	3,9	1,9	2,3
	35-49	5,1	2,6	3
	50-69	6,6	4	3,6
secco	uomini	3,9	2,2	2
	donne	6,6	3,5	3,9
istruzione	nessuna/elementare	7,6	5,1	4
	media inferiore	5,6	3,2	3,2
	media superiore	4,6	2,3	2,7
	laurea	4,5	2,2	2,6
difficoltà economiche	molte	8,7	5	5,4
	qualche	5,3	2,9	3
	nessuna	4,2	2,3	2,3
malattie severe**	almeno una	9,2	5,8	5,3
	assente	4,4	2,3	2,5

* il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato
** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Un intervistato ha sperimentato in media poco più di 5 giorni non in salute negli ultimi 30 giorni: circa 3 giorni per motivi fisici e 3 per motivi psicologici. Ha inoltre sperimentato limitazioni nelle attività abituali per un giorno al mese.

I giorni non in salute sono più frequenti nelle donne, nelle persone più anziane e in quelle con livello di istruzione basso. Ancora più frequenti lo sono tra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche e chi è affetto da malattie croniche severe.

Conclusioni

Circa sette persone su dieci dichiarano di essere in buona salute, ma sia la percezione dello stato di salute che lo stato funzionale peggiora nelle donne, nelle persone in età più avanzata, in quelle meno istruite, per raggiungere il livello più basso nelle persone con molte difficoltà economiche e in quelle affette da patologie croniche gravi. Questi sono i gruppi della popolazione più vulnerabili, che hanno una peggiore qualità della vita in relazione allo stato di salute, consumano più risorse sanitarie e dovrebbero quindi ricevere un'attenzione dedicata nella sorveglianza, nella ricerca e nell'offerta di servizi.

DEPRESSIONE

La depressione è un disturbo mentale che si presenta con umore caratterizzato da sentimenti di tristezza e sensazione di vuoto interiore, perdita di interesse e piacere, sensi di colpa e autosvalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e scarsa capacità di concentrazione. Questi problemi possono diventare cronici o ricorrenti e possono condurre a una sostanziale compromissione della capacità di prendersi cura delle proprie responsabilità nella vita quotidiana. Nelle sue manifestazioni estreme la depressione può portare al suicidio, a causa del quale muoiono in Italia circa 4 mila persone ogni anno.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, sulla base dei dati del 2004, la depressione è stata la terza causa più importante nel provocare la perdita di anni in buona salute per disabilità o morte prematura (Daly), la prima nei paesi ad alto reddito. In Italia, secondo le stime dello studio Eseméd, ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffrono di un disturbo di tipo depressivo.

Escludendo finalità diagnostiche, Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi utilizzando un test validato, allo scopo di focalizzare l'attenzione di operatori sanitari, Asl e governi regionali e nazionale, sull'importanza di servizi rivolti a questo tipo di sofferenza e valutare quanta parte di essa resti senza un aiuto.

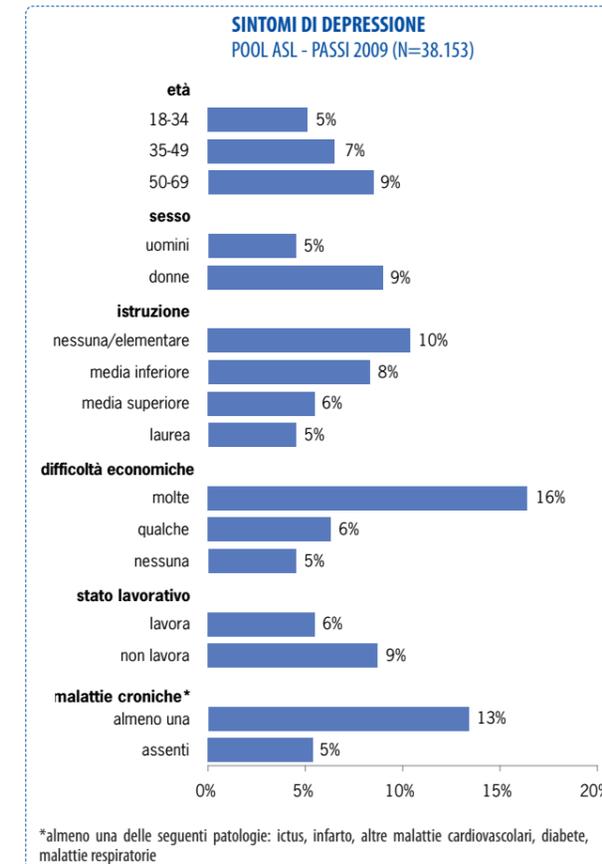
SINTOMI DI DEPRESSIONE - POOL DI ASL PASSI

	2007 % (IC 95%)	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane	9,4 (8,9-10)	7,6 (7,2-7,9)	6,8 (6,5-7,1)
Ha cercato aiuto da qualcuno	52,8 (49,6-56)	57,9 (55,4-60,3)	56,1 (53,9-58,3)
La richiesta di aiuto per sintomi di depressione			
<i>medico/operatore sanitario</i>	34	31	31,3
<i>famiglia/amici</i>	13	18,1	18,2
<i>entrambi</i>	5,8	8,8	6,6
<i>nessuno</i>	47,2	42,2	43,9

Nel 2009 il 6,8% degli adulti ha riferito sintomi di depressione. Dal confronto con le stime dei due anni precedenti, si nota che il valore è più basso. Non si può però valutare con certezza questa differenza, poiché nel periodo 2007-2009 le Asl partecipanti sono cambiate, anche nei loro confini amministrativi: nei diversi anni si confrontano quindi popolazioni leggermente diverse a livello di pool.

I sintomi restano frequenti e poco più della metà riesce a rivolgersi a professionisti o a persone care per ricevere aiuto.

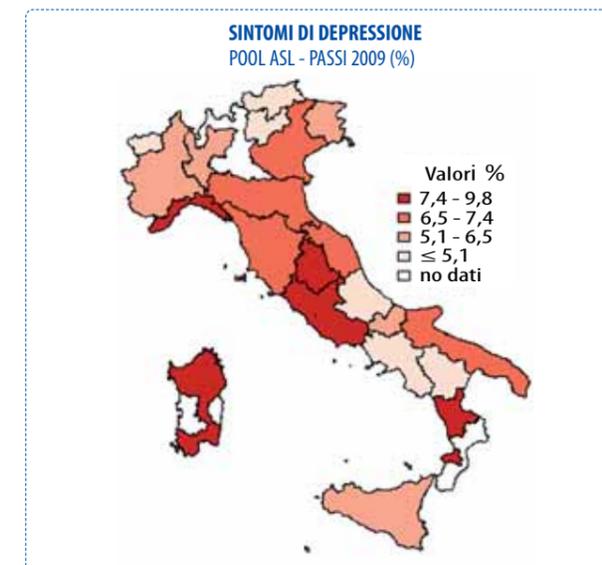
Le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione



Risultano più soggette a sintomi di depressione:

- ▶ le persone di età più avanzata
- ▶ le donne
- ▶ le persone con basso livello di istruzione
- ▶ le persone con molte difficoltà economiche
- ▶ le persone senza un lavoro regolare
- ▶ le persone affette da una o più malattie croniche.

Tenendo conto delle interazioni tra questi fattori con un'analisi multivariata, si conferma l'associazione dei sintomi di depressione con il sesso, il livello di istruzione, le difficoltà economiche e la presenza di malattie croniche. Non è invece confermata l'associazione con l'età e con lo stato lavorativo.



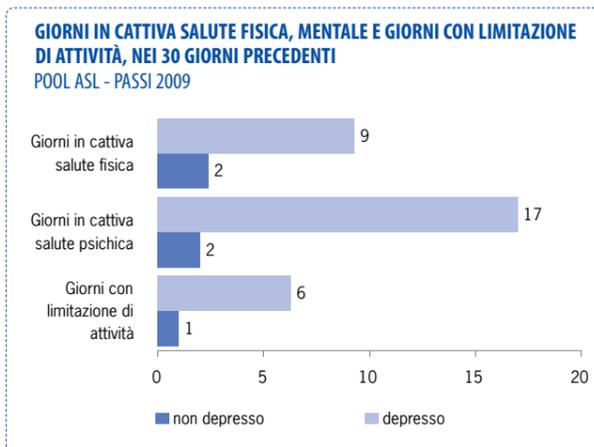
La mappa presenta la situazione relativa alla percentuale di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo:

- ▶ il range varia tra il 3% della Basilicata e il 10% della Sardegna
- ▶ le differenze tra le Regioni sono sovrapponibili a quelle osservate nei due anni precedenti.

Le conseguenze dei sintomi di depressione sulla qualità della vita

Solo un terzo (34%) di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, contro il 70% delle persone senza sintomi depressivi.

La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è molto più alta tra le persone con sintomi di depressione. Anche la media dei giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione

Tra le persone con sintomi di depressione, più della metà (56%) si è rivolta a qualcuno: il 31% è stata da un medico, il 18% ha chiesto aiuto ai propri familiari e il 7% si è rivolta sia a un medico sia ai familiari.

Tra coloro che presentano sintomi depressivi, gli uomini riferiscono più raramente di aver chiesto aiuto (49% contro il 59% delle donne).

Conclusioni

I sintomi depressivi sono frequenti negli adulti, soprattutto tra le donne e le persone con condizioni sociali e di salute vulnerabili. Le persone con sintomi di depressione riportano un sensibile peggioramento della qualità della vita e limitazioni nelle attività quotidiane.

La depressione è una delle cinque aree prioritarie del Patto europeo per la salute e il benessere mentale, varato nel 2008 dalla Commissione europea.

Raccomandazioni

Se nella Asl i servizi per le persone con sintomi di depressione sono presenti e accessibili, è raccomandato per i medici di famiglia e gli altri operatori sanitari ricercare la presenza di sintomi depressivi, soprattutto quando l'assistito ha malattie croniche o è in condizioni disagiate.

Inoltre, è necessario:

- ▶ promuovere l'attenzione degli operatori sanitari, dei responsabili della Asl e della comunità sulla depressione
- ▶ fornire alle persone con sintomi di depressione e ai loro cari informazioni sulla malattia e sulle possibilità di trattamento
- ▶ aumentare il sostegno ai medici di famiglia per favorire la loro capacità di rapporto con le persone depresse.

GUADAGNARE SALUTE

ATTIVITÀ FISICA	12
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	16
CONSUMO DI ALCOL	22
ABITUDINE AL FUMO	28
FUMO PASSIVO	32

ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di:

- ▶ ipertensione
- ▶ malattie cardiovascolari: malattie coronariche e ictus cerebrale
- ▶ diabete tipo 2
- ▶ osteoporosi
- ▶ depressione
- ▶ traumi da caduta degli anziani
- ▶ alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata).

Inoltre il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione.

Per essere fisicamente attivi è sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo": cercare di abbandonare il più possibile uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro (abitazione, garage, automobile, ascensore, posto di lavoro, centro commerciale, scale mobili, telecomando ecc) e attivarsi, prendere possesso dell'ambiente, camminare o usare la bicicletta per muoversi.

Chi svolge qualche attività moderata, come camminare di buon passo per almeno 30 minuti almeno 5 giorni a settimana, può già essere considerato attivo e gode quindi di numerosi effetti salutari, contribuendo inoltre alla salvaguardia dell'ambiente. Ancor meglio se la durata di questa attività sale a un'ora al giorno, tutti i giorni.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

ATTIVITÀ FISICA - POOL DI ASL 2009

Livello di attività fisica	% (IC 95%)
attivo*	33 (32,4-33,6)
parzialmente attivo**	36,8 (36,2-37,4)
sedentario***	30,2 (29,6-30,8)

* 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)

** non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

*** non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

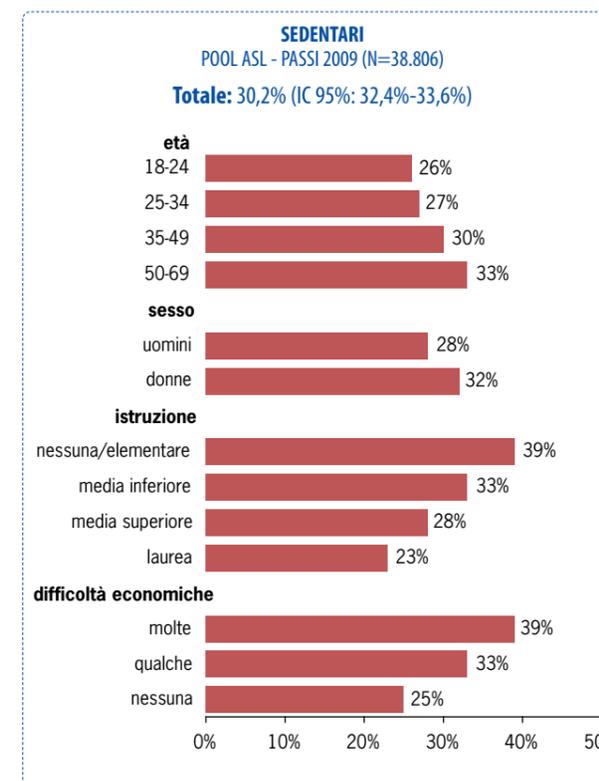
Sedentari e attivi

Il 33% delle persone intervistate nel 2009 dal Passi riferisce di effettuare un lavoro pesante o di praticare attività fisica a un livello che può essere definito attivo. Il 37% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (è dunque parzialmente attivo), mentre il 30% risulta completamente sedentario.

Nel triennio 2007-2009¹, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, si osserva come la prevalenza di sedentari sia in significativo aumento:

- ▶ nel 2007 era del 27,5% (IC 95%: 26,7-28,3%)
- ▶ nel 2008 era del 29,5% (IC 95%: 29-30,1%)
- ▶ nel 2009 era del 30,8% (IC 95%: 30,2-31,5%).

Chi fa poca o nessuna attività fisica



Le percentuali di persone completamente sedentarie aumentano con l'età, tra le donne e le persone che hanno il minor grado di istruzione. Emerge inoltre una maggior componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

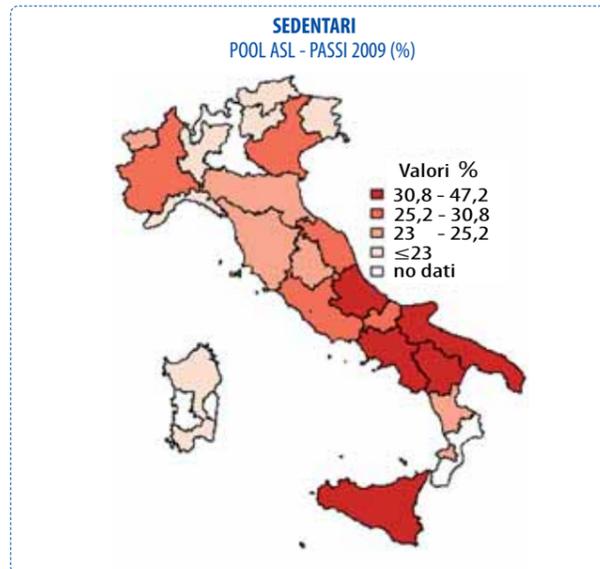
Analizzando tutte queste caratteristiche insieme con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra sedentarietà ed età (la sedentarietà aumenta al crescere dell'età), sesso femminile, scarsa istruzione, maggiori difficoltà economiche.

¹ A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie che partecipano al Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.

La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Sud-Nord.

Il valore più basso si registra nella P.A. di Bolzano (13%), quello più alto in Basilicata (47%).

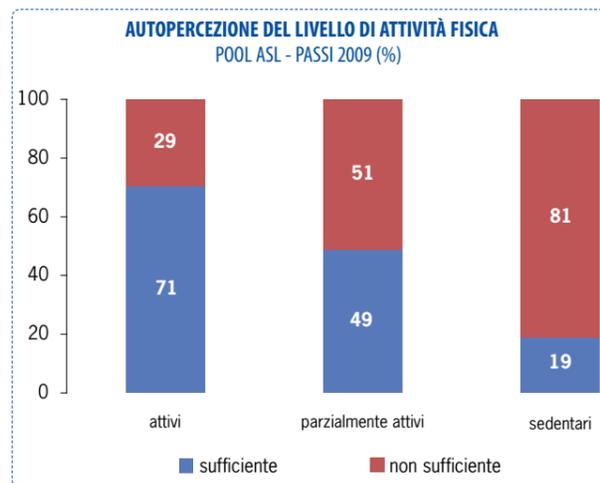


Autopercezione del livello di attività fisica

Non sempre la percezione soggettiva corrisponde al livello di attività fisica svolta. In effetti, nel pool di Asl partecipanti nel 2009, ancora un sedentario su cinque percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Questo dato è comunque in calo significativo:

- ▶ nel 2007 era del 25,7% (IC 95%: 24,1-27,3%)
- ▶ nel 2008 era del 23,5% (IC 95%: 22,5-24,5%)
- ▶ nel 2009 era del 19,4% (IC 95%: 18,4-20,4%).



La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

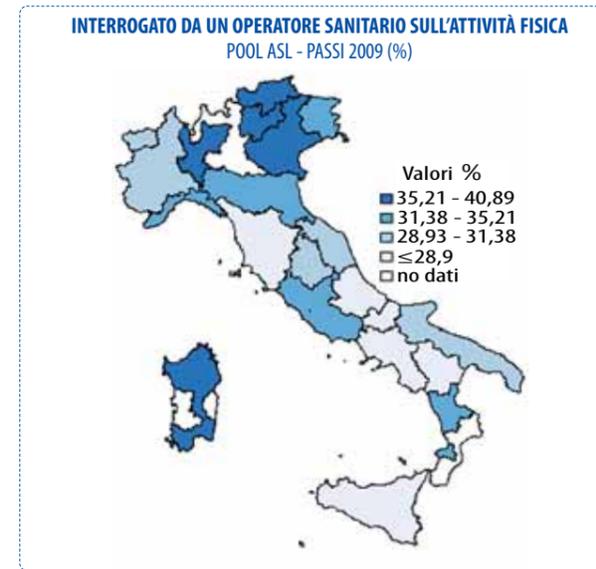
ATTENZIONE DA PARTE DI UN OPERATORE SANITARIO - POOL DI ASL 2009

	% (IC 95%)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica*	30,7 (30-31,4)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica*	30,5 (29,8-31,1)

*vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Solo il 31% delle persone intervistate dichiara che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica. Riferiscono di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente nel 31% dei casi.

Nel triennio 2007-2009, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, si osserva una diminuzione significativa della percentuale delle persone che hanno ricevuto l'attenzione dell'operatore sanitario, passando dal 33,3% nel 2007 e dal 32% nel 2008 al 30% del 2009. Stabile la tendenza del consiglio (29,9% nel 2007, 30,8% nel 2008 e 30,1% nel 2009).



La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che riferiscono che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.

Emergono differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

Il Molise registra il valore più basso (21%), la P.A. di Trento quello più elevato (41%).

Conclusioni

La maggior parte degli italiani svolge almeno qualche tipo di attività fisica. Tenendo conto delle indicazioni delle linee guida, il 33% può essere definito fisicamente attivo e il 37% parzialmente attivo. Tuttavia, circa un terzo della popolazione 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 al Sud, tra i 50-69enni, le donne, le persone con livello di istruzione più basso e coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche. Dal 2007 il numero di sedentari nel nostro Paese non è diminuito: anzi, si osserva una tendenza all'aumento.

Solo tre intervistati su dieci riferiscono che i loro medici si sono informati e hanno consigliato di svolgere regolare attività fisica. Questa pratica dei medici non risulta aumentare passando dal 2007 al 2009, nonostante si sappia che è una pratica efficace nell'indurre una riduzione della sedentarietà.

Aumenta invece significativamente la percentuale di persone, con stile di vita sedentario, consapevoli della loro sedentarietà. Si tratta di un segnale positivo, forse primo frutto dell'attività di sensibilizzazione promossa a vari livelli, che lascia sperare in un successivo cambiamento nello stile di vita e quindi in un arresto del trend in crescita della sedentarietà.

Sembra inoltre promettente puntare sulla larga fetta di popolazione parzialmente attiva per la quale non dovrebbe essere troppo difficile incrementare il proprio livello di attività fisica per poter godere di tutti i vantaggi di salute che uno stile di vita più dinamico comporta. Con possibili numerosi effetti "collaterali" sul benessere psicologico, ambientale e sociale: tutti positivi, a differenza di quelli dei farmaci.

Infine, è rilevante che la sorveglianza sia in grado di misurare i progressi nella pratica dell'attività fisica anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate nell'ambito dell'attività fisica. Per questo assume rilevanza l'obiettivo del programma Guadagnare Salute di rendere facile al cittadino la scelta del movimento, a partire dall'attenzione alla realizzazione di un ambiente che non lo ostacoli ma che, anzi, lo favorisca.

SITUAZIONE NUTRIZIONALE

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità.

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI - POOL DI ASL 2009 (N=39.212)

	% (IC 95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
sovrappeso*	31,8 (31,2-32,4)
obesi**	10,4 (10-10,8)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario***	
sovrappeso	45,2 (43,9-46,6)
obesi	80,1 (78,2-81,9)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	9,5 (9,1-9,8)

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

**obeso = indice di massa corporea ≥ 30

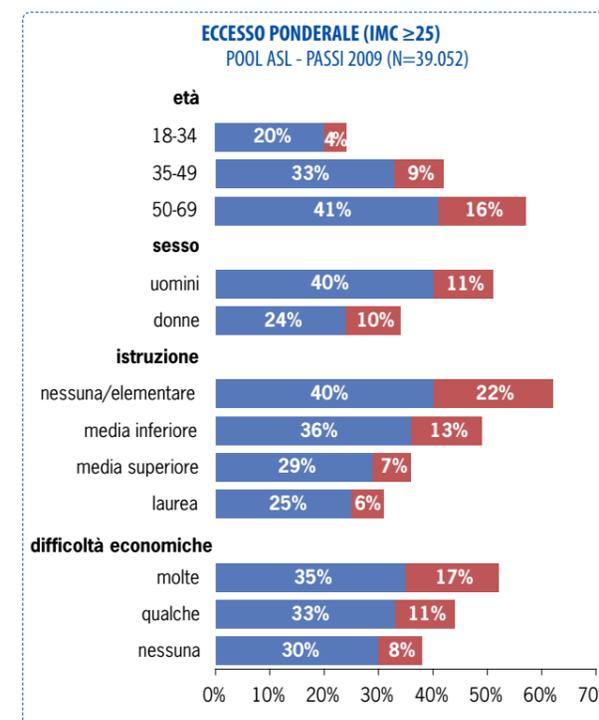
***tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Secondo i dati raccolti nel 2009 del pool delle Asl che partecipano al sistema di sorveglianza Passi, circa tre adulti su dieci (32%) risultano in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso (11%): complessivamente, quindi, circa quattro adulti su dieci (42%) sono in eccesso ponderale.

Dal confronto con le stime dei due anni precedenti, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo¹, nel triennio 2007-09 si nota che il valore delle persone in eccesso ponderale è rimasto stabile: 43% nel 2007 e nel 2008, 42% nel 2009.

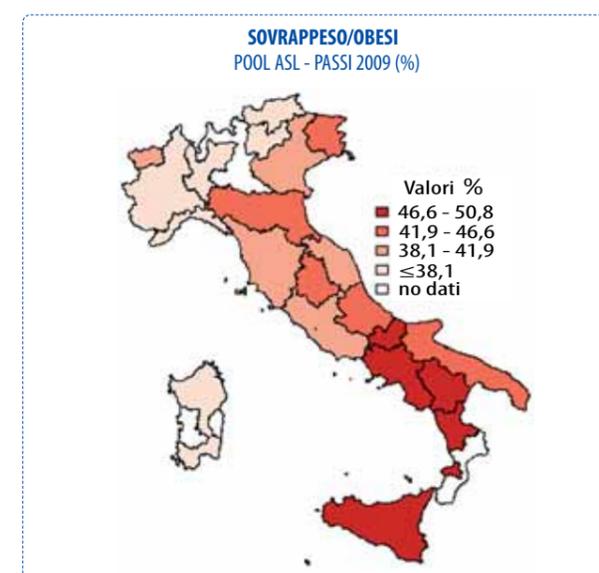
¹ A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie partecipanti al Passi sono variate nel periodo 2007-09. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste effettuate tra il 2007 e il 2009.

Le persone in eccesso ponderale e le loro caratteristiche



L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, Imc ≥ 25) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che dichiarano di avere molti problemi economici.

Analizzando queste caratteristiche tutte insieme con un modello logistico multivariato, si confermano questi risultati: l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa all'età, al sesso, al livello di istruzione e alla situazione economica percepita.



La mappa riporta la situazione dell'eccesso ponderale (sovrappeso/obesi) per le Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo.

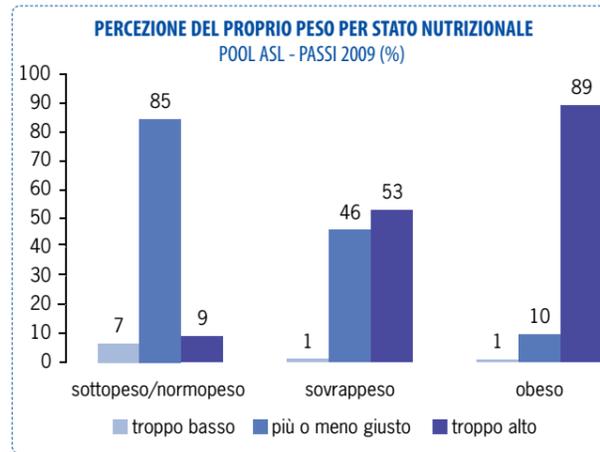
Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con un gradiente Nord-Sud.

La P.A. di Trento è il territorio con la percentuale più bassa di persone in sovrappeso o obese (35%), mentre la Calabria (con le Asl di Cosenza e Vibo Valentia), è l'area con la percentuale più alta (51%).

Percezione dell'adeguatezza del peso corporeo

La percezione di essere in sovrappeso, quando lo si è effettivamente, può motivare la persona a un eventuale cambiamento dello stile di vita.

La percezione di essere in sovrappeso non sempre coincide con il valore rilevato, in base al peso e altezza riferiti dagli intervistati: si osserva un'alta coincidenza negli obesi (89%) e nei normopeso (85%). Tra le persone in sovrappeso, invece, ben il 46% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.



I consigli degli operatori sanitari di perdere peso e fare attività fisica

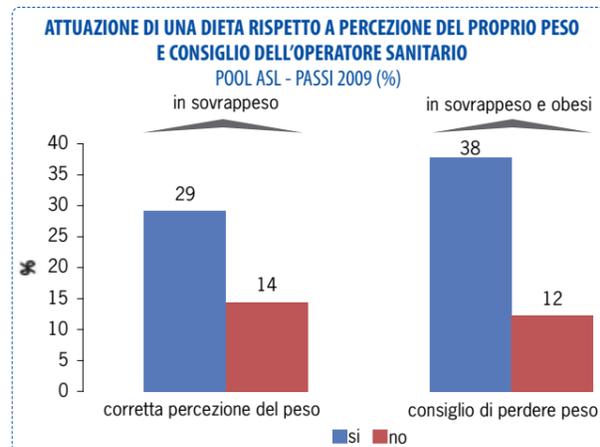
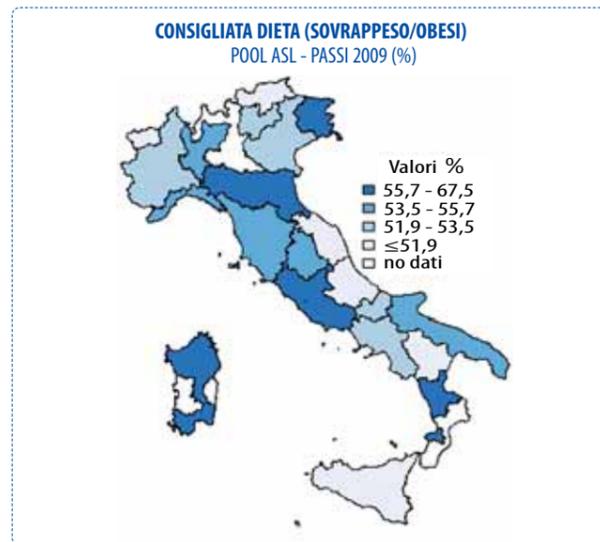
Il 54% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) dice di aver ricevuto, da un medico o altro operatore sanitario, il consiglio di fare una dieta per perdere peso. Il 38% dichiara di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.

La mappa riporta la frequenza, per Regione, di intervistati sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. Il valore più basso si registra in Basilicata (32%), quello più alto nelle Asl della Sardegna (38%).

Il 25% degli intervistati in eccesso ponderale dichiara che sta facendo una dieta per perdere o mantenere peso (il 22% dei sovrappeso e il 32% degli obesi).

Tra coloro che sono in sovrappeso, quelli che percepiscono il proprio peso "troppo alto" attuano più spesso una dieta per perdere peso (29% vs 14%).

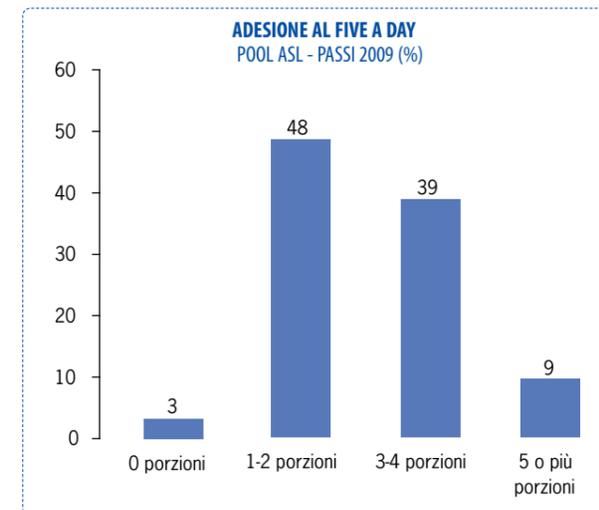
Tra tutte le persone in eccesso ponderale, coloro che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario seguono più frequentemente una dieta.



Consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale in cui recentemente l'Oms ha sintetizzato le prove scientifiche disponibili, si stima che lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile in tutto il mondo di circa il 31% della malattia coronarica e di circa 11% dell'ictus cerebrale. 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.

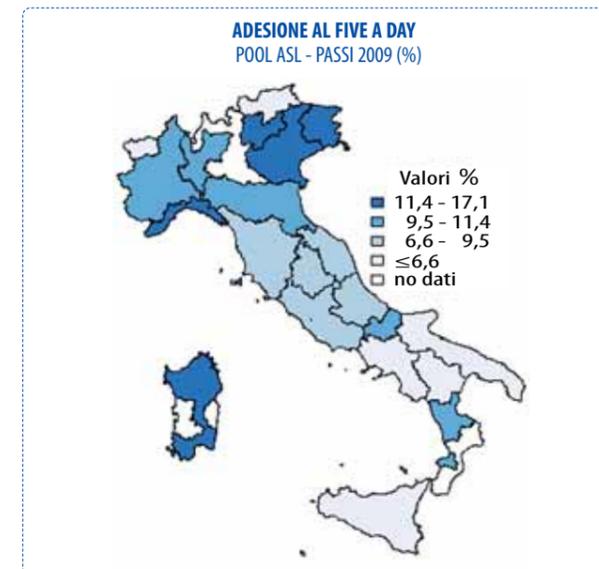
5 porzioni di frutta e verdura



Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Tra questi, il 39% ha riferito di mangiarne 3-4 porzioni.

Solo il 9%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (five a day).

Le 5 porzioni al giorno sono più frequenti nelle donne, nella classe di età più elevata (50-69 anni) e nelle persone con un alto livello di istruzione.



La mappa riporta la distribuzione geografica dell'adesione alle 5 porzioni al giorno. Il valore più basso si registra in Basilicata (6%), il più alto in Friuli-Venezia Giulia e nelle Asl della Sardegna (17%).

Dal confronto con le stime dei due anni precedenti, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, nel triennio 2007-09 si nota che il consumo delle 5 porzioni al giorno è in calo:

- ▶ nel 2007 era del 10,3%
- ▶ nel 2008 era del 9,7%
- ▶ nel 2009 era del 9,1%.

Conclusioni e raccomandazioni

L'eccesso ponderale è una condizione molto diffusa e rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. Da tempo, gli 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, corrisponde a un cambiamento complesso delle società, che avviene su scala mondiale, legato alle condizioni dell'ambiente costruito, dei trasporti, dell'agricoltura e dell'offerta di alimenti e anche alla pubblicità, oltre che alle caratteristiche individuali.

Di conseguenza, al di là dei programmi sanitari rivolti agli individui, affinché aumenti la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale attraverso una sana alimentazione italiana, oltre alle prescrizioni dietetiche e relative all'attività fisica per le persone in eccesso ponderale, è indispensabile che i Governi elaborino e mettano in atto politiche intersettoriali volte a favorire una dieta povera di grassi o alimenti altamente energetici e, al contrario, ricca di frutta e vegetali. È cruciale sottolineare anche il ruolo positivo del movimento nelle normali attività della vita quotidiana. In Italia, il programma Guadagnare Salute incorpora queste raccomandazioni e mira ad aumentare il valore della "salute in tutte le politiche".

CONSUMO DI ALCOL

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. Questi livelli vengono aggiornati coerentemente con i progressi della ricerca sui rischi per la salute connessi al consumo di alcol. Attualmente, secondo le linee guida dell'Inran (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione), la soglia del consumo moderato è pari a due unità alcoliche al giorno per gli uomini e a un'unità per le donne. Al di sopra di tale livello, le persone dovrebbero essere considerate "forti bevitori".

Obiettivo principale di sanità pubblica è ridurre le quantità di alcol consumate ed evitare completamente il consumo di alcol in determinate situazioni o condizioni come la guida di veicoli, il lavoro, la gravidanza, l'allattamento, l'adolescenza, l'obesità, la presenza di patologie e di problemi alcol-correlati.

Le persone a particolare rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori, le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*¹).

CONSUMO DI ALCOL - POOL DI ASL 2009	
	% (IC 95%)
Bevuto ≥ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	56,7 (56,1-57,3)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	7,8 (7,5-8,1)
Bevitori <i>binge</i>	5,6 (5,3-5,9)
Forti bevitori*	9,3 (8,9-9,6)
Bevitori a rischio**	18 (17,5-18,4)

*definizione Inran 2008 (più di due unità di alcol per gli uomini, più di una per le donne).

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

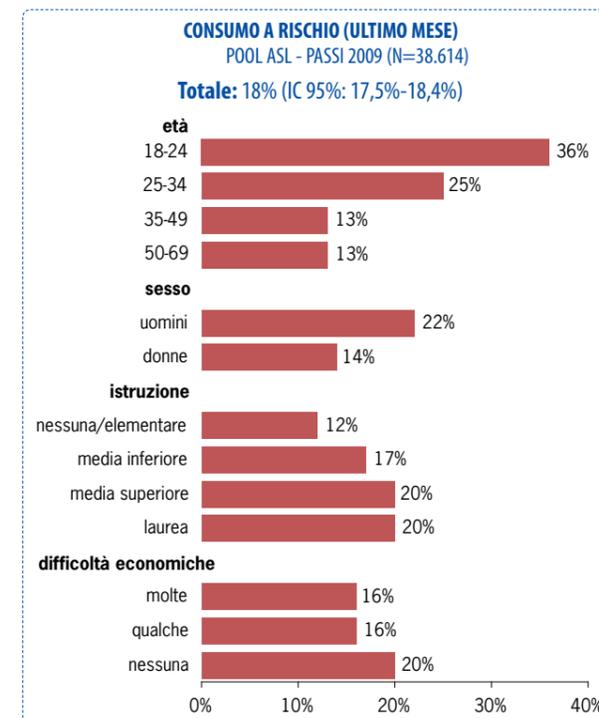
Secondo i dati Passi, nel 2009 il 56,7% degli adulti tra 18 e 69 anni di età può essere considerato bevitore. La gran parte degli intervistati dichiara un consumo moderato di alcol, ma nel 18% dei casi può essere definito "consumo a rischio": o perché avviene prevalentemente fuori dai pasti (7,8%), o perché caratterizzato da forti bevute (*binge drinking*, pari al 5,6%), o perché sopra i livelli soglia del consumo moderato (9,3%), oppure per una combinazione di queste tre modalità.

Nel triennio 2007-2009, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo², è in calo la percentuale dei bevitori di alcol considerati "a rischio":

- ▶ nel 2007 era pari al 21,3% (IC 95%: 20,6-22%)
- ▶ nel 2008 era pari al 18,9% (IC 95%: 18,4-19,3%)
- ▶ nel 2009 era pari al 17,3% (IC 95%: 16,8-17,7%).

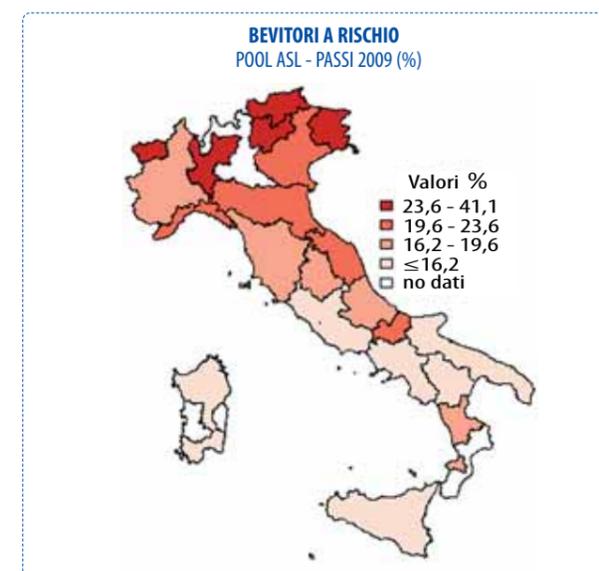
Questo decremento è da imputare a una diminuzione significativa registrata in due delle tre categorie di rischio: bevitori *binge* (da 7,4% del 2007 a 5,9% del 2008 e poi al 5% del 2009) e forti bevitori (dall'11,3% del 2007, al 10% del 2008 e poi al 9,1% del 2009).

Le caratteristiche dei bevitori a rischio



Il consumo a rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e chi non ha difficoltà economiche.

Analizzando con un modello logistico multivariato tutte queste caratteristiche insieme, le variabili rimangono associate in maniera statisticamente significativa con il consumo a rischio.



La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che sono da considerare bevitori a rischio nelle Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo.

Il range varia dall'8% della Campania al 41% della P.A. di Bolzano. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Sud-Nord.

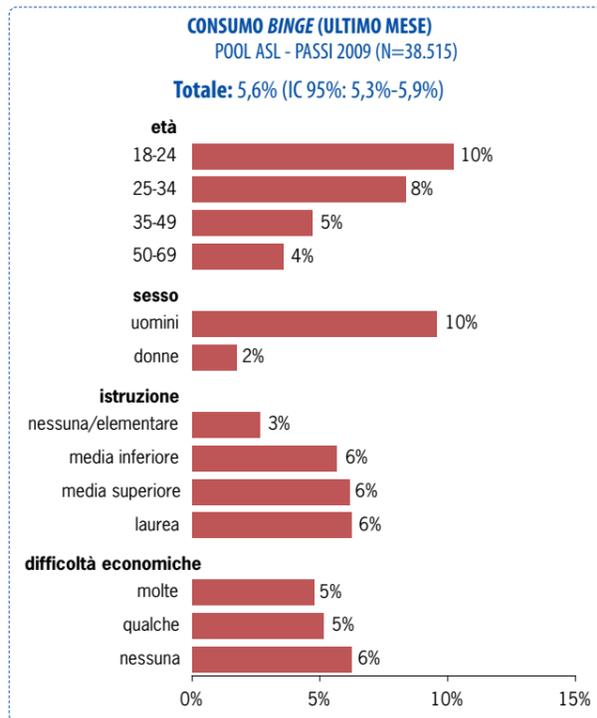
¹ La definizione di *binge drinking* utilizzata in questo report è il consumo di sei o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese.

² A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie che partecipano al Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.

Le caratteristiche dei bevitori binge

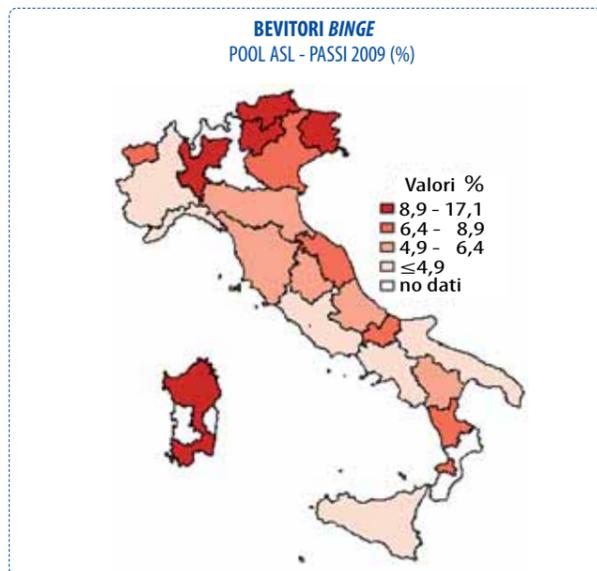
Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e le persone con livello di istruzione medio. Per le difficoltà economiche, invece, non risultano differenze significative.

Analizzando con un modello logistico multivariato tutte queste caratteristiche insieme, le variabili rimangono associate in maniera statisticamente significativa con il consumo *binge*, tranne le difficoltà economiche.



La mappa riporta la percentuale di bevitori *binge* nelle Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo.

Il range varia dal 2% della Sicilia e della Campania al 17% della P.A. di Bolzano. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.



Le domande degli operatori sanitari sul consumo di alcol

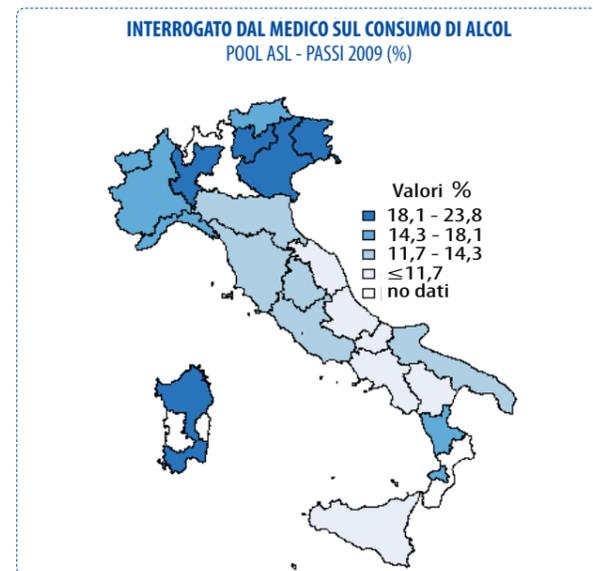
ATTENZIONE SULL'ALCOL - POOL DI ASL 2009

Chiesto dal medico sul consumo*

Consigliato dal medico - ai bevitori a rischio - di ridurre il consumo*

	%
	(IC 95%)
Chiesto dal medico sul consumo*	14,3 (13,8-14,8)
Consigliato dal medico - ai bevitori a rischio - di ridurre il consumo*	6,3 (5,6-7,2)

* vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi.



L'attenzione al problema da parte dei Medici di medicina generale resta bassa e il consiglio di bere meno, rivolto ai consumatori a rischio, è poco frequente (come nei due anni precedenti).

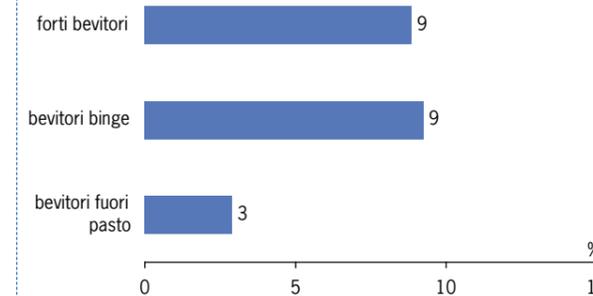
Nel pool di Asl partecipanti al sistema, solo il 14% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

Si va dall'8% delle Asl della Basilicata e della Campania al 24% della P.A. di Trento.

Questa indicazione rimane sostanzialmente stabile dal 2007.

CATEGORIE DI BEVITORI A RISCHIO CHE HANNO RICEVUTO IL CONSIGLIO DI BERE MENO DA UN OPERATORE SANITARIO



Solo il 6% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

Anche questo indicatore è stabile dal 2007.

La percentuale sale al 9% nel caso dei forti bevitori e dei bevitori *binge*, mentre in quelli fuori pasto si dimezza (3%).

Conclusioni e raccomandazioni

La maggioranza degli italiani non beve alcol (43%) o beve moderatamente (39%). 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 più di uno su cinque e, tra i giovani, più di uno su tre. Il consumo a rischio è più frequente nelle regioni settentrionali.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol non è più diffuso nelle persone con maggiori difficoltà economiche o con più bassi livelli di istruzione.

Una minoranza della popolazione (11%), piccola ma persistente nel tempo, continua a mettere a repentaglio la propria vita e quella degli altri guidando sotto l'effetto dell'alcol.

Nonostante la capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, rimane scarso l'interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti. Come risulta dai dati Passi del 2009 e da quelli degli anni precedenti, infatti, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno, evidenziando così le difficoltà dei medici di inquadrare correttamente il consumo a rischio. Occorre quindi trovare le modalità adeguate per supportare i medici affinché ottimizzino la loro attività di consiglio ai propri assistiti sulle abitudini legate all'alcol.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo e la reperibilità del prodotto. Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali sui bevitori a rischio.

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Relativamente alla promozione della salute dei giovani da parte delle pubbliche amministrazioni, è da segnalare la recente introduzione di una legge provinciale della Provincia autonoma di Trento su alcol e minori (Legge 19/2010) che estende il divieto di somministrazione e vendita di alcol ai minori di 18 anni (invece che ai minori di 16 anni, come nel resto del Paese) e incentiva l'apertura di esercizi commerciali che somministrano esclusivamente bevande analcoliche ("bar bianchi").

Nell'ottica del programma Guadagnare Salute, infine, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci nella riduzione dei danni provocati dall'alcol.

ABITUDINE AL FUMO

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

ABITUDINE AL FUMO - POOL DI ASL 2009 (N=39.212)

	% (IC 95%)
Non fumatori	51,6 (51-52,3)
Ex fumatori	19,7 (19,2-20,1)
Fumatori*	28,8 (28,2-29,4)
<i>in astensione**</i>	1,2 (1-1,3)
<i>occasional***</i>	0,5 (0,4-0,6)
<i>quotidiani****</i>	27 (26,5-27,6)

* fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette al giorno nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi)

** fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi

*** fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni

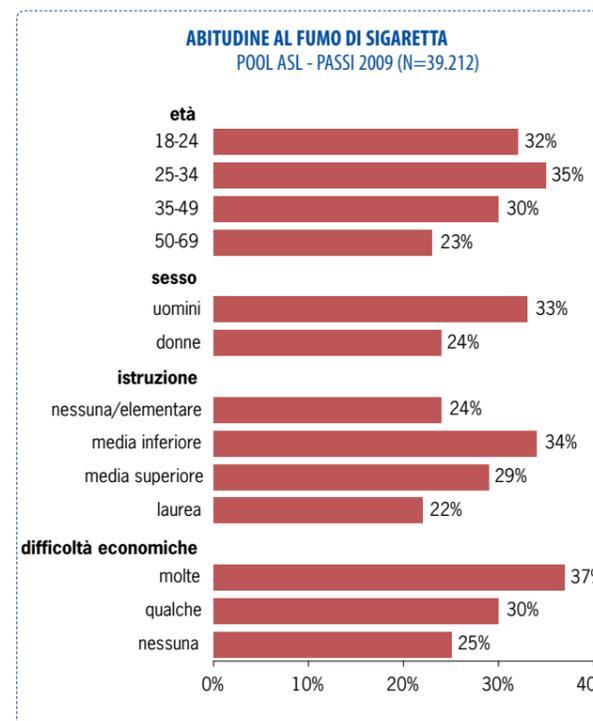
**** fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno

Nel 2009, quasi tre adulti su dieci fumano sigarette (28,8%). Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 13. L'8% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno (sono quindi definiti "forti fumatori"): una percentuale pari al 2% dell'intera popolazione.

Nel triennio 2007-2009, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo¹, la percentuale dei fumatori è in lieve calo. Più in dettaglio, si registra una diminuzione statisticamente significativa nel 2009 rispetto agli anni precedenti:

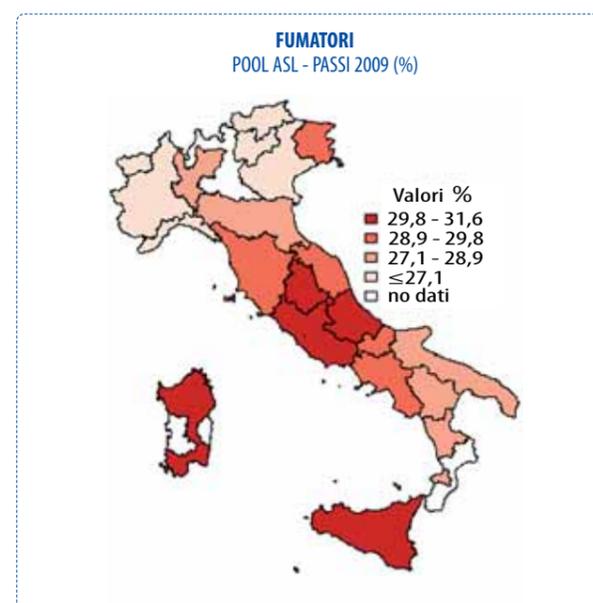
- ▶ nel 2007 era del 30,7% (IC 95%: 29,9-31,5%)
- ▶ nel 2008 era del 29,8% (IC 95%: 29,2-30,4%)
- ▶ nel 2009 era del 28,6% (IC 95%: 28-29,2%).

¹A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie partecipanti ai Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.



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

Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e le variabili: età, sesso, istruzione e difficoltà economiche.



Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni (si va dal 25% del Veneto al 32% dell'Abruzzo).

TENTATIVI DI SMETTERE DI FUMARE - POOL DI ASL 2009

	% (IC 95%)
Percentuale di intervistati che hanno tentato di smettere di fumare*, tra chi era fumatore 12 mesi prima dell'intervista	40,7 (39,6-41,9)
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere di fumare	
<i>tentativo riuscito</i>	7,5 (6,6-8,6)
<i>tentativo in corso</i>	9,4 (8,2-10,8)
<i>tentativo fallito</i>	83,1 (81,5-84,5)
<i>Ex fumatori che hanno smesso da soli</i>	96,1 (95,4-96,7)

* fumatori che sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare

Nel corso del 2009, il 41% dei fumatori ha tentato di smettere, considerando tra i fumatori le persone che 12 mesi prima dell'intervista fumavano: cioè sia coloro che fumavano al momento dell'intervista, sia quelli che avevano smesso da meno di un anno.

Nel triennio 2007-09, considerando le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, il tentativo di smettere dei fumatori è in diminuzione anche se con differenze non sempre statisticamente significative:

- ▶ nel 2007 era del 44,6% (IC 95%: 43-46,2%)
- ▶ nel 2008 era del 41,4% (IC 95%: 40,2-42,7%)
- ▶ nel 2009 era del 40,8% (IC 95%: 41,5-43,1%).

Tra coloro che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno, 1 su 6 era in astinenza al momento dell'intervista: di questi, l'8% - sia tra le donne che tra gli uomini - era riuscito a smettere e non fumava da più di 6 mesi ("ex fumatore", secondo la definizione dell'Oms), e il 9% non fumava da meno di 6 mesi (si può quindi definire "in fase di disassuefazione").

Le domande e l'attenzione di medici e operatori

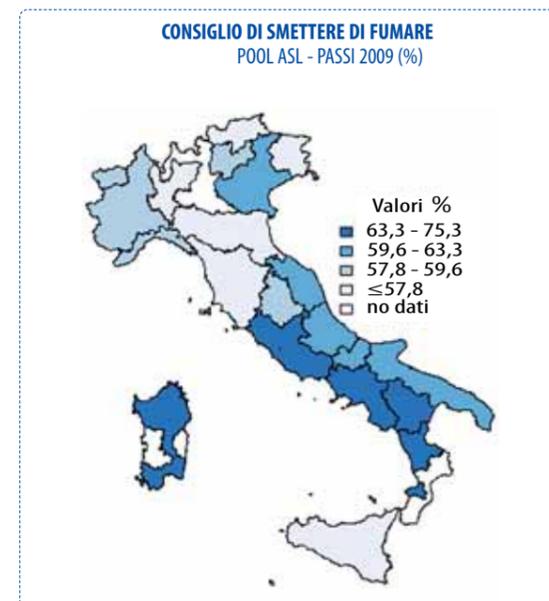
Complessivamente il 41% delle persone, che sono state da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha dichiarato di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo. E in particolare:

- ▶ il 64% dei fumatori
- ▶ il 40% degli ex fumatori (chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi)
- ▶ il 28% dei non fumatori (chi ha fumato meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma o non ha mai fumato).

ATTENZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI - POOL DI ASL 2009

	% (IC 95%)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo*	40,9 (40,3-41,6)
Consigliato dal medico - ai fumatori - di smettere	60,1 (58,8-61,4)

* tra coloro che dichiarano di essere andati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi



Il consiglio di smettere di fumare

Il 60% dei fumatori, che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

In particolare, il consiglio nel 27% è stato dato a scopo preventivo, nel 18% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 15% per entrambi i motivi.

La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare, nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

Conclusioni

La maggioranza degli adulti in Italia non fuma o ha smesso di fumare. Solo 3 adulti su 10 hanno questa abitudine: un problema più frequente tra gli uomini, i giovani adulti e nella popolazione con peggiore livello socioeconomico.

Ben il 40% dei fumatori ha fatto un tentativo serio di smettere, restando almeno un giorno libero dal fumo. Tra coloro che hanno tentato di smettere, 1 su 6 (il 17%) ci è riuscito o è in astensione. Circa 2 fumatori su 3 hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

Raccomandazioni

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità di interventi. In questo senso vanno valutati e diffusi i programmi in corso di realizzazione di alcune Regioni ed Aziende Sanitarie basati fondamentalmente sulla prevenzione dell'iniziazione al tabagismo tra i giovanissimi e sul supporto alla disassuefazione nella popolazione generale e nei sottogruppi dove è più diffusa l'abitudine al fumo, anche attraverso il telefono verde contro il fumo (800 554088) dell'Osservatorio fumo, alcol e droga dell'Iss.

ESPOSIZIONE AL FUMO PASSIVO

Essere esposti a fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie, come cancro e malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici, studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

FUMO PASSIVO - POOL DI ASL 2009	% (IC 95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	86,6 (86,1-87,1)
<i>sul luogo di lavoro</i>	88,3 (87,7-88,8)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	73,4 (72,8-74)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	79,9 (79,3-80,6)

Esposizione a fumo passivo nei locali pubblici

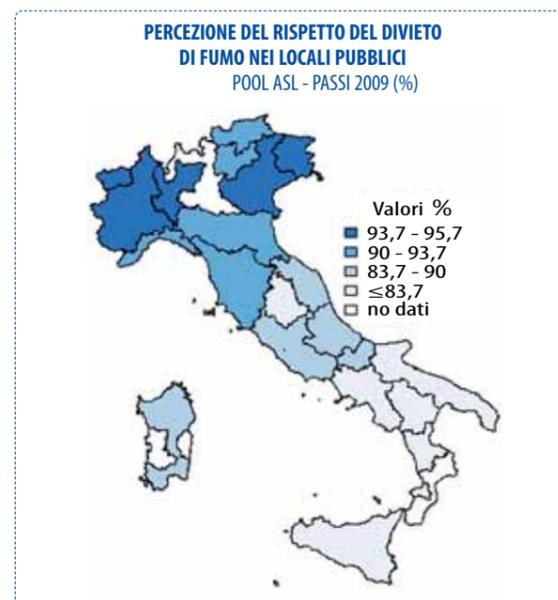
L'87% delle persone intervistate ha riferito che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici che frequentano.

Rispetto al 2007, considerando le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero triennio 2007-09, la percentuale di popolazione che ritiene rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei locali pubblici è lievemente aumentata:

- ▶ nel 2007 era dell'84,9% (IC 95%: 84,2-85,6%)
- ▶ nel 2008 era dell'86,8% (IC 95%: 86,3-87,3%)
- ▶ nel 2009 era dell'86,9% (IC 95%: 86,4-87,4%).

Il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato per oltre il 90% degli intervistati nelle Asl del Nord e parte del Centro Italia.

Questa percentuale si riduce nelle Regioni del Centro e nelle Asl della Sardegna che partecipano al Passi, e scende a meno dell'83% nelle Asl meridionali e dell'Umbria.



Esposizione a fumo passivo sui luoghi di lavoro

Considerando solo gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, più di 8 su 10 riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro. Rispetto al 2007, tenendo conto delle Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero triennio 2007-09, si è registrato un lieve aumento di questa percentuale:

- ▶ nel 2007 era dell'84,9% (IC 95%: 84-85,7%)
- ▶ nel 2008 era dell'86,3% (IC 95%: 86,3-87,5%)
- ▶ nel 2009 era dell'88,2% (IC 95%: 87,6-88,7%).

Esposizione a fumo passivo in casa

Riguardo all'abitudine di fumare in ambito domestico, quasi tre intervistati su quattro (73,1%) dichiarano che non è consentito fumare in nessun locale della propria abitazione. Il 21% riferisce invece che è possibile fumare in alcune stanze. Resta infine un 6% di intervistati che dichiarano che è consentito fumare in tutta la casa.

In tre anni, la percentuale di persone che dichiarano vietato il fumo in tutta la casa è salita di tre punti: dal 70% del 2007 al 73% del 2009.

Tra coloro che vivono con minori, le regole sono lievemente più rigide. La percentuale degli intervistati che infatti dichiara che non è consentito fumare nella propria abitazione è dell'80,5% (era del 78,2% nel 2007).

Conclusioni

La legge sul divieto di fumo dei locali pubblici e sui luoghi di lavoro è stata una grande conquista per la salute pubblica nel nostro Paese ed è stata largamente accettata. Tuttavia questa conquista è ancora in pericolo, soprattutto in una vasta area del Paese che include alcune Regioni centro-meridionali.

L'esposizione al fumo passivo è ancora frequente in casa, soprattutto se si considera che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. Anche quando in casa sono presenti minori, c'è la possibilità di fumare in due abitazioni su dieci.

Sebbene tutti questi indici siano in lieve miglioramento, è possibile fare ancora molto per evitare danni da esposizione al fumo ambientale.

Raccomandazioni

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 fra le diverse Regioni.

Si dovrebbe promuovere una maggiore comunicazione sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo, in particolare modo rivolta ai genitori o a coloro che lo diventeranno nel prossimo futuro.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

RISCHIO CARDIOVASCOLARE	36
IPERTENSIONE ARTERIOSA	37
IPERCOLESTEROLEMIA	38
DIABETE	39
CALCOLO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	40
FATTORI DI RISCHIO MULTIPLI	41

PASSI

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Daly (Disability Adjusted Life Years), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione. I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi e idrogenati ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Un approccio integrato

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale. Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy ecc) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse. 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 Servizio sanitario nazionale, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma nazionale Guadagnare Salute.

L'approccio individuale, invece, è volto a identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione. Il sistema di sorveglianza Passi monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. Passi contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e 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 ASL 2009

	%
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	83 (82,5-83,5)
Persone che riferiscono di essere ipertese*	20,4 (19,9-20,9)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	79,3 (78,8-79,8)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche**	24,1 (23,5-24,8)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare***	6,9 (6,5-7,2)
Persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare****	97,6 (97,4-97,8)

* tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa

** tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

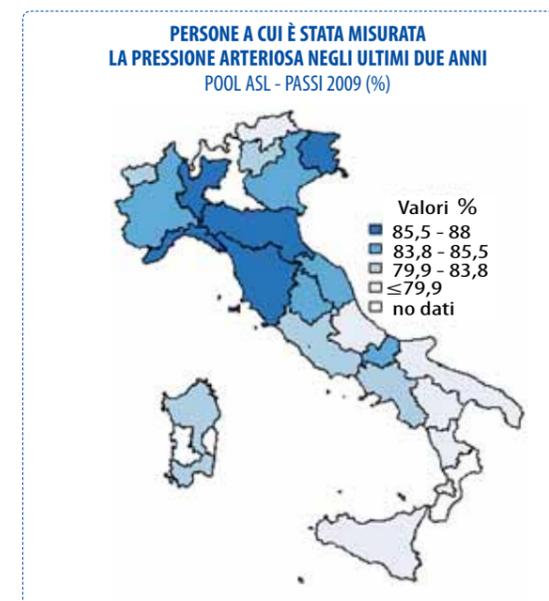
*** su tutte le persone ≥35 anni, senza patologie cardiovascolari

**** 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.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

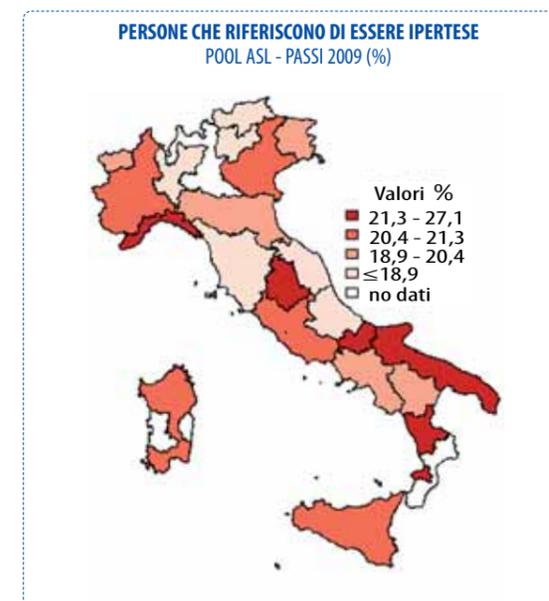
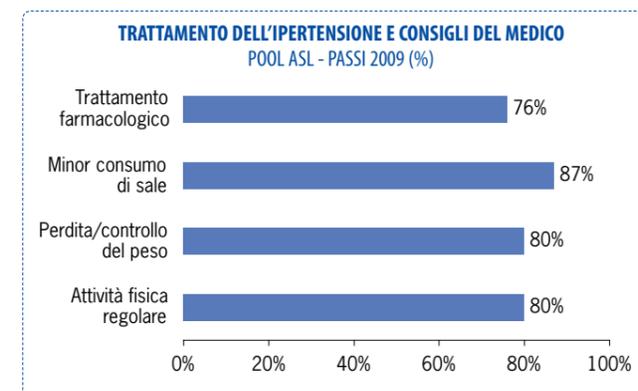
L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. È associata a fattori comportamentali modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica.

La sua insorgenza è quindi prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione. In ogni caso, è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.



La pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, nell'83% della popolazione del pool di Aziende sanitarie.

La mappa rappresenta la situazione nelle Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo: si va dal 65% della Basilicata all'88% Liguria e Asl della Lombardia.



La percentuale di coloro a cui è stata fatta una diagnosi di ipertensione è pari al 20% e varia dal 16% delle Asl della Lombardia e P.A. di Bolzano al 27% della Calabria (Cosenza, Vibo Valentia).

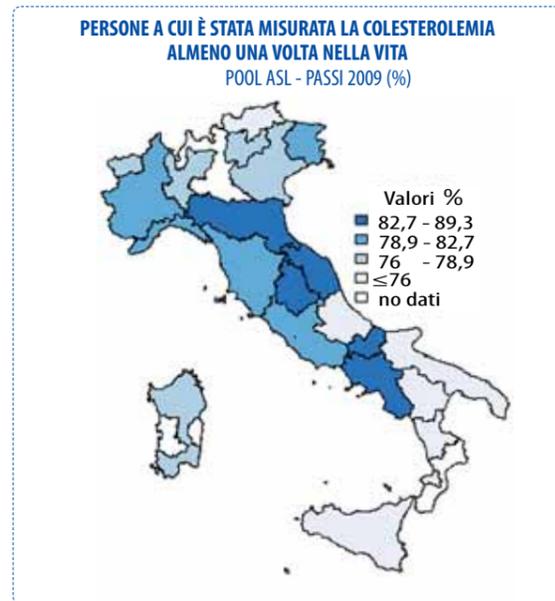
Le differenze interregionali sono statisticamente significative, sia per la diagnosi riferita di ipertensione sia per il controllo della pressione negli ultimi due anni.

Il 76% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

All'87% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, all'80% di controllare il peso corporeo e all'80% di svolgere regolarmente attività fisica.

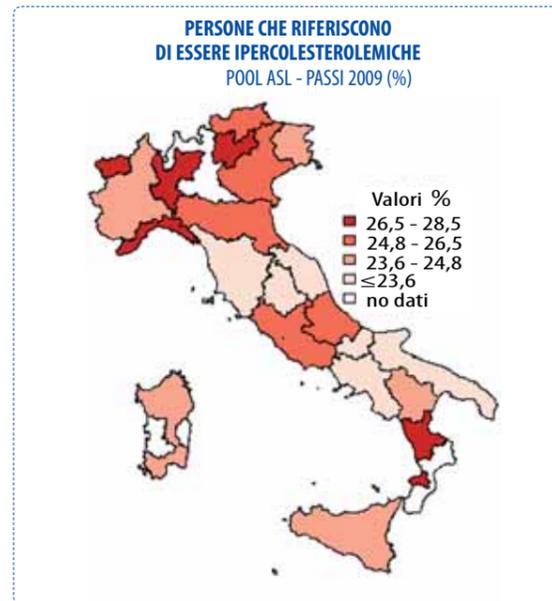
IPERCOLESTEROLEMIA

l'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari sui quali è possibile intervenire con efficacia.



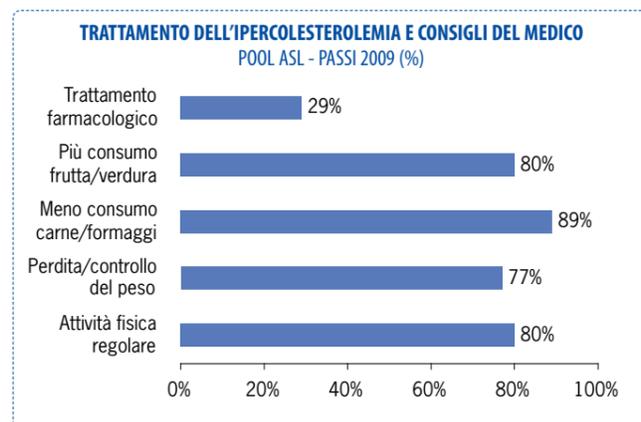
La colesterolemia è stata misurata, almeno una volta nella vita, nel 79% della popolazione del pool di Aziende sanitarie.

La mappa rappresenta la situazione nelle Regioni e nelle Aziende sanitarie che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo: si va dal 67% della Basilicata all'89% Molise.



La percentuale di coloro a cui è stata fatta una diagnosi di ipercolesterolemia, nel pool di Asl, è pari al 24%: si va dal 16% della Campania al 29% delle Asl della Calabria.

Le differenze interregionali sono statisticamente significative, sia per la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita sia per la diagnosi riferita di ipercolesterolemia.



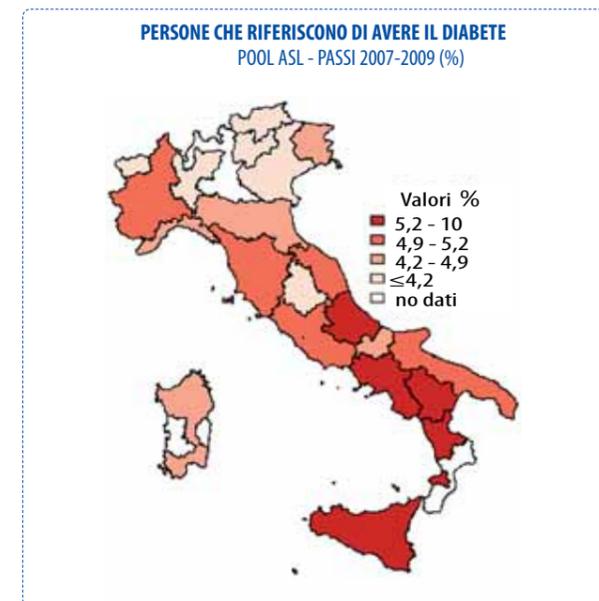
Il 29% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico.

All'80% degli intervistati ipercolesterolemici è stato consigliato maggior consumo di frutta e verdura, all'89% minor consumo di carne e formaggi, al 77% di controllare il peso e all'80% di fare regolare attività fisica.

DIABETE

Il diabete mellito è una patologia che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione e un costo socio-economico molto elevato. Mentre il diabete di tipo 1 (insulina dipendente) colpisce prevalentemente le persone giovani, quello di tipo 2 (molto più diffuso) compare prevalentemente in età adulta ed è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali: la sua insorgenza può perciò essere prevenuta con uno stile di vita adeguato. Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze, particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari.

Nel pool di Asl che partecipano al sistema di sorveglianza Passi la prevalenza del diabete, nel 2009, è risultata pari al 5%. La prevalenza cresce con l'età: nella fascia 50-69 anni quasi una persona su otto (12%) ha dichiarato di avere una diagnosi di diabete. Risulta inoltre più diffuso tra gli uomini (6%), nelle persone senza alcun titolo di studio o con la sola licenza elementare (15%), in quelle con molte difficoltà economiche percepite (9%) e nelle persone sovrappeso (7%) e obese (14%). Un'analisi multivariata, che considera insieme tutte le variabili indicate, ha confermato l'associazione significativa del diabete con ciascuna di queste variabili.



A causa delle esigue numerosità dei campioni annuali di alcune Regioni, la mappa presenta il confronto interregionale riferito all'intero periodo 2007-2009.

Si evidenzia un gradiente Nord-Sud. Nella P.A. di Bolzano si registra il valore più basso (2%), mentre in Basilicata quello più alto (10%), con differenze statisticamente significative tra le Regioni.

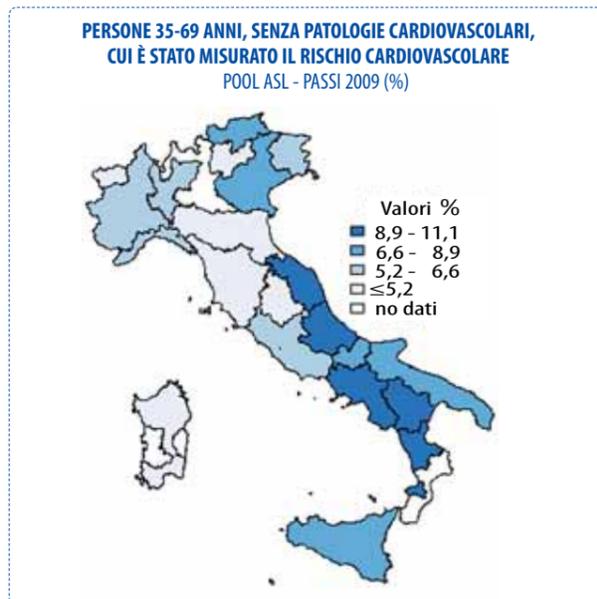
CALCOLO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, in termini assoluti, che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei importanti fattori di rischio, facilmente rilevabili: due non modificabili (sesso ed età), e quattro modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia). Uno degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione è l'estensione dell'uso sistematico della carta del rischio in tutte le persone con 35 anni di età o più come strumento di valutazione clinico-prognostica, utile a formulare adeguati interventi preventivi e terapeutici.

Nel pool di Asl il 7% degli intervistati di età 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale.

La mappa riporta la percentuale di persone cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo.

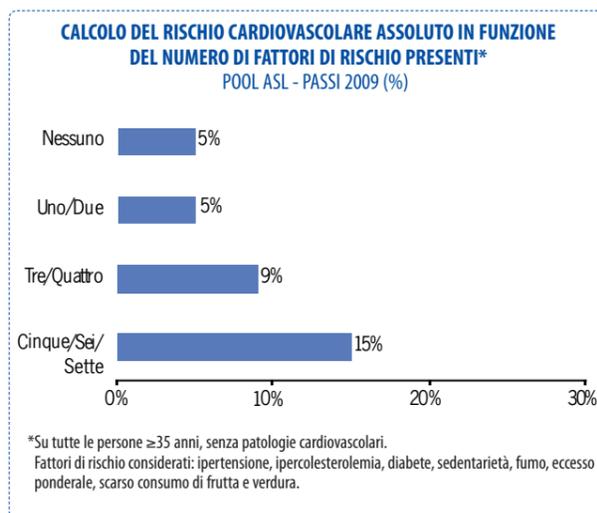
Il range varia dal 3% dell'Umbria all'11% della Basilicata. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.



Il grafico riporta la proporzione di assistiti di età ≥35

anni, senza patologie cardiovascolari, che hanno riferito che un medico ha calcolato il loro rischio cardiovascolare assoluto, in funzione del numero di fattori di rischio presenti.

Il calcolo è stato effettuato più spesso nelle persone con più di due fattori di rischio, con un incremento progressivo, statisticamente significativo. Tuttavia, anche nelle situazioni di maggior rischio, è coinvolta solo una minoranza di assistiti.



FATTORI DI RISCHIO MULTIPLI

Quando più fattori di rischio cardiovascolare sono presenti nelle stesse persone, la loro azione combinata ha un impatto particolarmente grave sullo stato di salute. È perciò importante valutare non solo la diffusione dei singoli fattori nella popolazione, ma anche quella dei diversi profili di rischio multifattoriali.

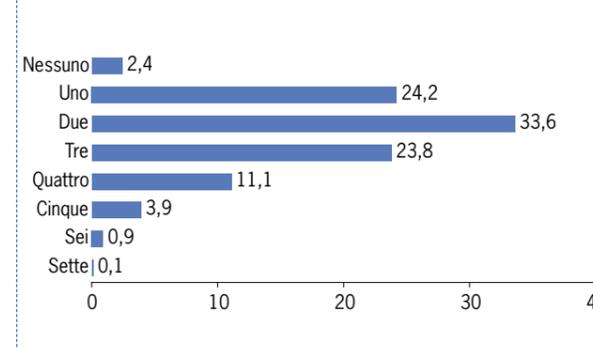
Per questo, sono stati analizzati e vengono qui presentati i più importanti fattori di rischio comportamentali rilevati da Passi: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

La frequente compresenza di questi fattori è dovuta in parte a un'associazione casuale, vista la loro larga diffusione nella popolazione (vedi tabella sotto), ma dipende anche dal fatto che molte di queste condizioni interagiscono e si potenziano reciprocamente. Per 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, a un ridotto consumo di frutta e verdura ecc.

PREVALENZA DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLA POPOLAZIONE 18-69 ANNI - POOL ASL 2009

Ipertensione arteriosa	20%
Ipercolesterolemia	24%
Sedentarietà	30%
Fumo	29%
Eccesso ponderale	42%
<5 porzioni di frutta e verdura al giorno	90%
Diabete	5%

PREVALENZA DEI PROFILI DI RISCHIO MULTIFATTORIALI
POOL ASL - PASSI 2009 (%)



Il grafico mostra la prevalenza dei diversi profili di rischio multifattoriali.

Una esigua percentuale (2%) della popolazione di 18-69 anni è priva di fattori di rischio cardiovascolari, mentre circa quattro persone su dieci ne hanno tre o più.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE: CONCLUSIONI

La prevenzione e il contrasto alle malattie cardiovascolari, per risultare efficace, deve basarsi su un approccio sia individuale sia di popolazione. I dati del pool Passi dimostrano quanto questi fattori di rischio siano diffusi: solo il 2% degli adulti di 18-69 anni ne sono privi e circa il 40% ne ha tre o più. Aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio potrebbe ridurre grandemente il carico di malattia legato alle patologie cardiovascolari.

È perciò importante attivare strategie a livello di popolazione, che promuovano stili di vita salutari e riducano la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio. Per questo sono 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 nazionale Guadagnare Salute.

A fini preventivi sono utili anche 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, vanno adottate in modo sistematico modalità per identificare i soggetti con i profili di rischio più sfavorevoli, su cui concentrare gli interventi più appropriati. Uno strumento idoneo è la carta del rischio cardiovascolare, che può migliorare sia la valutazione clinica sia la consapevolezza dell'assistito. Il suo uso generalizzato dovrebbe essere promosso, secondo quanto prevede il progetto Cuore, coordinato dall'Iss. I risultati del sistema Passi dimostrano che questo strumento, secondo quanto riferiscono le persone intervistate, è poco utilizzato. E inoltre, invece di essere eseguito in tutti gli assistiti, è prevalentemente rivolto a chi ha profili di rischio particolarmente sfavorevoli: sono dunque ancora ampi i margini di miglioramento.

Per contrastare molte delle condizioni a rischio si sono dimostrati in genere efficaci interventi multicomponente, per affrontare in maniera adeguata i diversi aspetti dei problemi connessi con la prevenzione e il trattamento.

Per migliorare la qualità delle cure per le persone con diabete, si è dimostrato appropriato un approccio integrato alla gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici (disease management). Per favorire la riorganizzazione nelle Regioni dell'assistenza ai diabetici secondo questo modello, è stato avviato - per iniziativa del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) - il progetto Igea, coordinato dall'Iss.

SICUREZZA

SICUREZZA STRADALE

44

SICUREZZA IN CASA

50

SICUREZZA STRADALE

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati Istat più recenti a disposizione (2008), ogni giorno in Italia si verificano in media 598 incidenti stradali, che provocano la morte di 13 persone e il ferimento di altre 849. Complessivamente nel 2008 gli incidenti stradali rilevati sono stati 218.963. Essi hanno causato il decesso di 4.731 persone, mentre altre 310.739 hanno subito lesioni di diversa gravità. Gli incidenti più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale e strutturale, esistono azioni di provata efficacia, come l'utilizzo di dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e il controllo da parte delle Forze dell'ordine della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti.

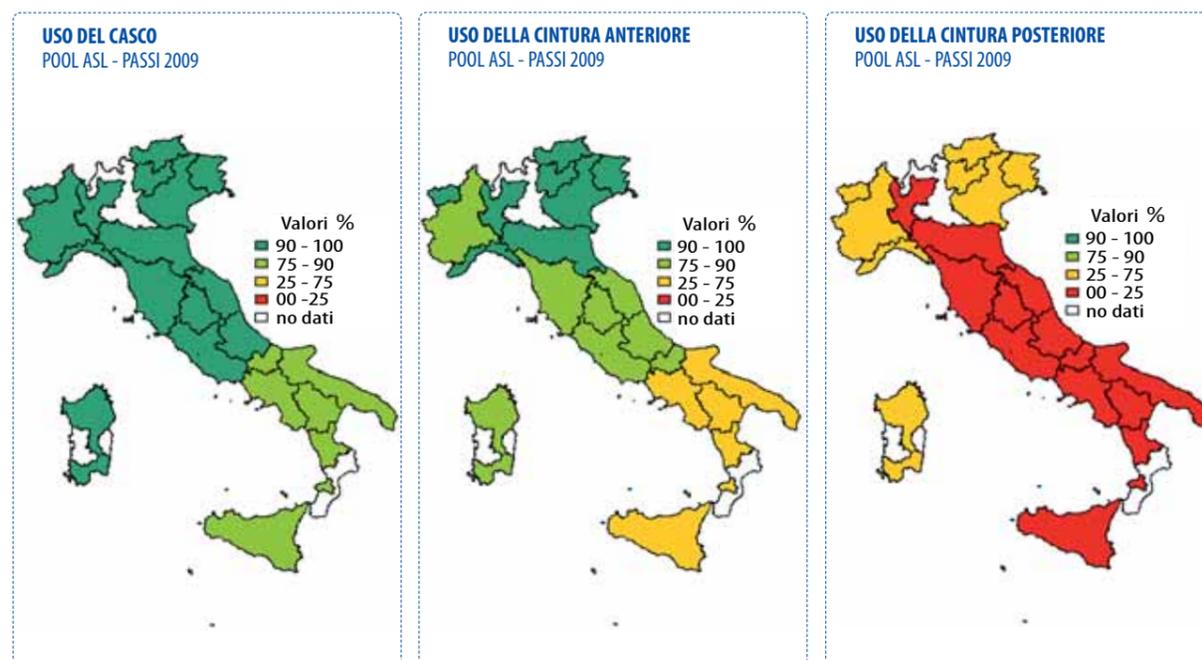
SICUREZZA STRADALE - POOL DI ASL 2009	% (IC 95%)
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza*	
<i>cintura anteriore sempre</i>	82,4 (81,9-82,9)
<i>cintura posteriore sempre</i>	18,9 (18,4-19,4)
<i>casco sempre</i>	94,2 (93,5-94,9)
Guida sotto effetto dell'alcol**	10,5 (10,1-11,1)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	7,1 (6,8-7,4)

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

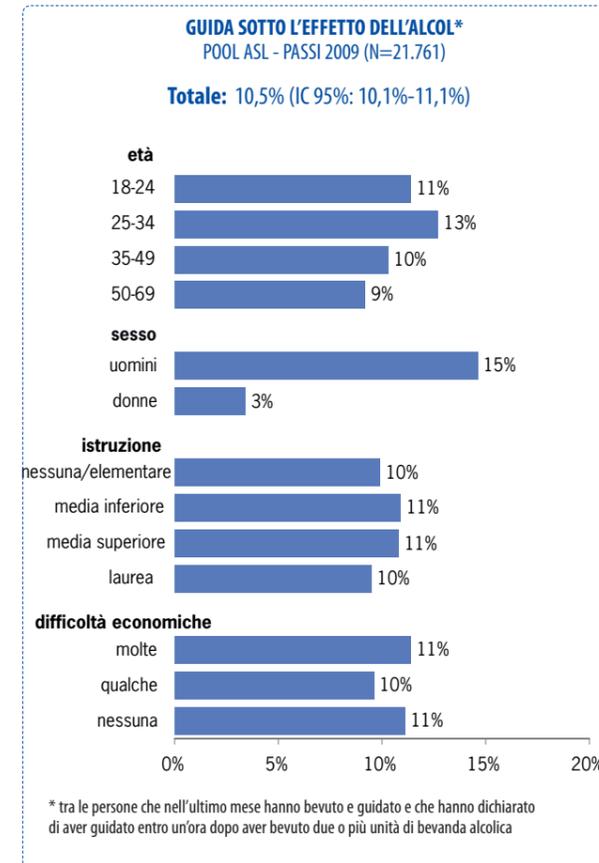
La maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (82%) e il casco (94%). L'uso della cintura posteriore è invece ancora poco frequente: solo il 19% degli intervistati, infatti, la usa sempre. Circa una persona su dieci ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente e il 7% del campione è andato in macchina con un conducente sotto effetto dell'alcol.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

È presente un gradiente territoriale (Nord-Sud) statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza.



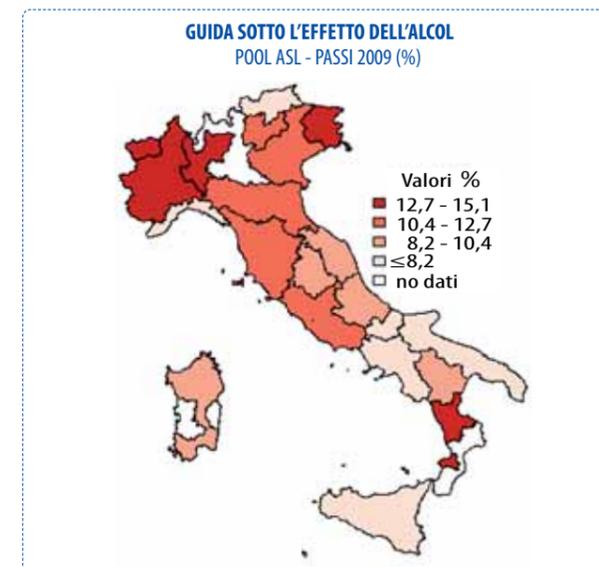
La guida sotto l'effetto dell'alcol



Un intervistato su dieci ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.

L'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne. Piccole differenze al limite della significatività statistica si rilevano anche per età, istruzione e difficoltà economiche.

Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un'analisi multivariata, si conferma una forte associazione tra guida in stato di ebbrezza e sesso; non è confermata invece l'associazione con l'istruzione e con l'età.



La mappa riporta la situazione della guida sotto effetto dell'alcol, nelle Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo.

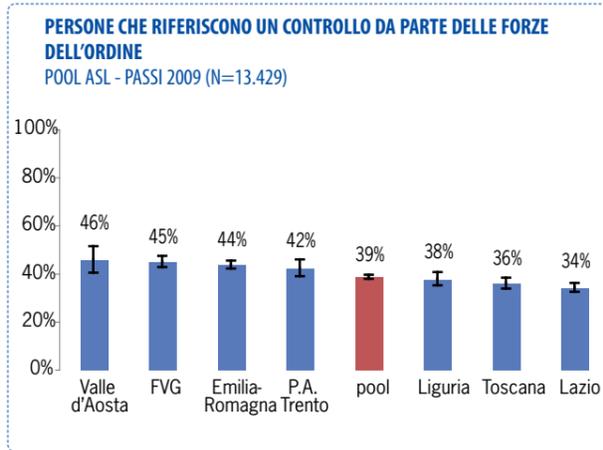
Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali più alte di guidatori in stato di ebbrezza al Nord, al Centro e in Calabria.

I controlli delle Forze dell'ordine

Nel 2009 sette Regioni hanno approfondito il problema degli incidenti stradali: Valle D'Aosta, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio. Dei circa 13.400 intervistati che dichiarano di essere andati in auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 39% ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'ordine, da guidatore o da passeggero.

Tra le persone che sono state fermate, come guidatori o passeggeri, questo controllo è capitato in media più di due volte negli ultimi 12 mesi.

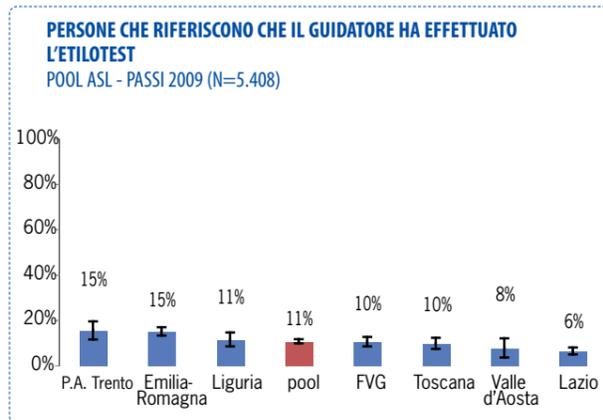
Dal confronto tra le Regioni emergono differenze e Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Lazio si discostano in modo statisticamente significativo dal valore di pool.



Il ricorso all'etilotest

Solo l'11% degli intervistati fermati dalle Forze dell'ordine riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Una percentuale che diminuisce all'aumentare dell'età: dal 25% dei 18-24enni al 4% dei 50-69enni.

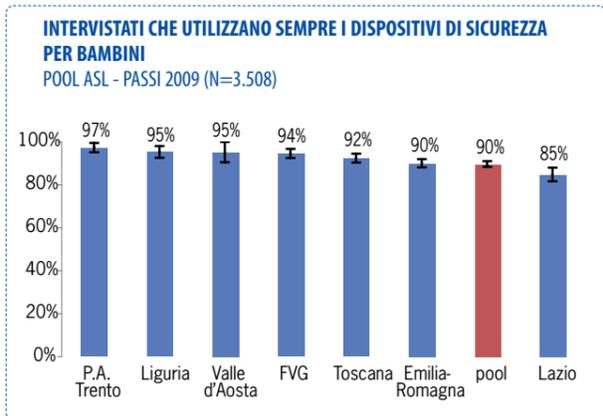
La percentuale più bassa di controlli con etilotest si registra nel Lazio (6%), con una differenza significativa rispetto a Friuli-Venezia Giulia (10%), Liguria (11%), Emilia-Romagna (15%), P.A. Trento (15%) e anche rispetto alla media delle Regioni (11%).



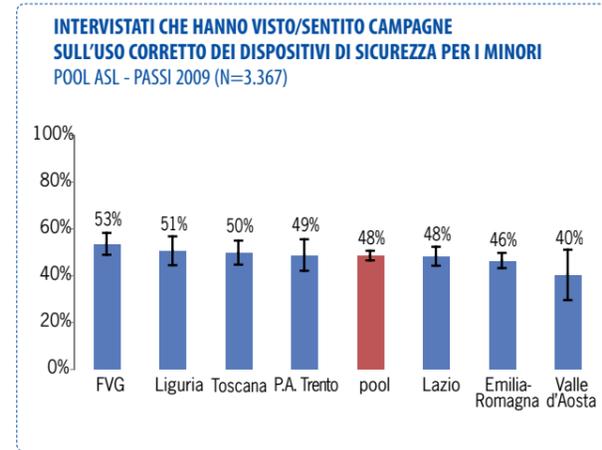
L'uso dei dispositivi di sicurezza per i minori di 14 anni

Nelle sette Regioni che hanno approfondito il problema degli incidenti stradali, circa nove intervistati su dieci, nel cui nucleo familiare è presente un minore al di sotto di 14 anni, hanno riferito di utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini.

C'è molta variabilità tra le diverse Regioni: si passa dall'85% del Lazio al 97% della P.A. di Trento.



Le campagne sull'uso dei dispositivi di sicurezza per i minori



Circa la metà degli intervistati, nel cui nucleo familiare sono presenti minori di 14 anni, ha riferito di aver visto o sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza per bambini.

Dal confronto tra le Regioni non emergono differenze statisticamente significative.

Conclusioni e raccomandazioni

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Non indossare la cintura comporta l'aumento del rischio di morire in caso di incidente, non solo per chi non la mette ma anche per tutti gli altri passeggeri. La maggior parte degli intervistati del pool Passi fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se ulteriori progressi devono essere fatti per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori. Inoltre bisogna ricordare che una minoranza (10% dei guidatori non astemi), piccola ma consistente, mette ancora a rischio la vita – propria e degli altri – guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità per incidenti stradali. Dai dati raccolti in sette Regioni attraverso un modulo aggiuntivo sulla sicurezza stradale, questi controlli risultano però ancora poco diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto.

I comportamenti personali sono fattori di primaria importanza, ma per migliorare la sicurezza stradale sono importanti anche interventi strutturali e ambientali. Occorre infine sottolineare come anche nell'ambito della sicurezza stradale si registri una sinergia tra le esigenze della promozione della salute e quelle della sostenibilità ambientale. L'incremento del trasporto pubblico, car sharing e forme di trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza con piste ciclabili, interventi per la moderazione del traffico come le "zone 30", ecc.) determinano una riduzione del traffico privato con conseguente miglioramento della qualità dell'aria, riduzione degli incidenti stradali e incremento del livello di attività fisica della popolazione.

SICUREZZA IN CASA

Il rischio di incorrere in un incidente domestico è generalmente sottovalutato, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Eppure gli incidenti 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 (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

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

Nel 2009, meno di un intervistato su 10 ha dichiarato di ritenere alto o molto alto il rischio di un incidente domestico: una percentuale simile a quella rilevata nel 2008 e nel 2007.

Un intervistato su 4 ha dichiarato di aver ricevuto informazioni su come prevenire questo tipo di infortuni. Tra coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione, ben il 30% ha riferito di aver modificato comportamenti o adottato misure preventive.

La consapevolezza della possibilità di un incidente domestico è associata alla modifica di comportamenti e all'adozione di misure preventive (OR=1,6; p<0,001), indipendentemente dal sesso, dall'età e dal livello di istruzione.

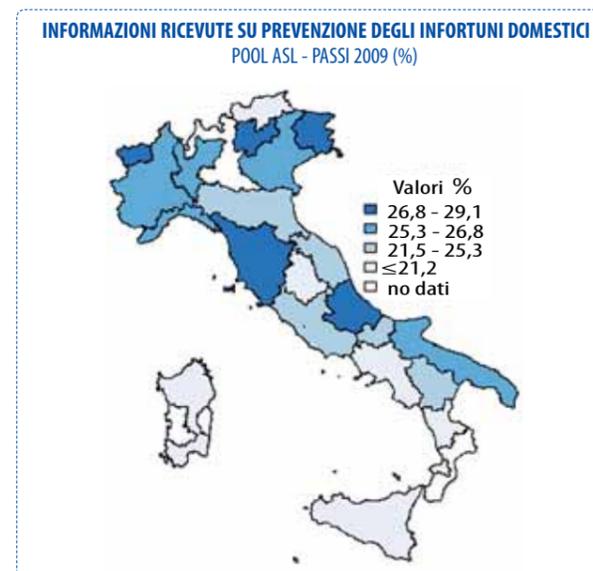
SICUREZZA DOMESTICA - POOL ASL 2009	
	% (IC 95%)
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	7,4 (7-7,7)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	24 (23,5-24,5)
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive (tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni)	30,8 (29,4-32,2)

La consapevolezza del rischio

L'esigenza di prevedere le possibilità di incidente in casa o le competenze per rimuovere le più comuni cause di pericolo e adottare comportamenti protettivi sono maggiori tra i conviventi di bambini, di anziani e tra le persone impegnate nel lavoro domestico (come pulizie, cucina, manutenzione ordinaria). Anche in questi gruppi di persone, però, il livello di consapevolezza è molto scarso: la percentuale di coloro che ritengono elevata la possibilità che si verifichi un infortunio domestico è inferiore al 10%.

CONSAPEVOLEZZA NELLE PERSONE A MAGGIOR RISCHIO DI INFORTUNIO DOMESTICO O NEI LORO CONVIVENTI - POOL ASL 2009	
	% (IC 95%)
Persone ultra 64enni	7,4 (6,4-8,6)
Conviventi con persone ultra 64enni	7,7 (6,8-8,7)
Donne 18-69 anni	9 (8,5-9,4)
Persone con figli o bambini fino ai 14 anni	8,3 (91,1-93)

Informazioni su come si prevengono gli infortuni domestici



Nel pool di Asl che partecipano al sistema di sorveglianza Passi, solo il 24% degli intervistati ha riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici.

Dal confronto interregionale emergono differenze statisticamente significative: si va dal 16% della Calabria (con le Asl di Cosenza e Vibo Valentia) al 29% della P.A. di Trento.

Principali fonti di informazione

Coloro che hanno ricevuto informazioni su come si prevengono gli incidenti domestici hanno dichiarato che le fonti più comuni sono state i mass media (52%) e gli opuscoli (48%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto tecnici (12%), personale sanitario (7%) e parenti o amici (3%).

Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 31% ha poi modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Conclusioni e raccomandazioni

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono essi stessi ultra 64enni: 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. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.

Meno di una persona su quattro, però, riceve informazioni per modificare comportamenti o ambienti pericolosi, anche se poi, una volta informate (prevalentemente tramite mass media e opuscoli), le persone sembrano disponibili ad attuare i cambiamenti consigliati.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE

DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO	54
DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA	60
DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLON-RETTO	66
VACCINAZIONE PER L'INFLUENZA STAGIONALE	72
PANDEMIA DA VIRUS INFLUENZALE A/H1N1	76
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	80

PASSI

DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Nel mondo, quello del collo dell'utero è il secondo cancro della donna per frequenza e, in Italia rappresenta quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili. Secondo le rilevazioni dei Registri tumori, nel periodo 2003-2005 nel nostro Paese si sono verificati 8,6 casi per 100.000 donne: un dato che, rispetto al passato, è in lenta ma continua diminuzione, in parte attenuata dall'invecchiamento della popolazione. Con questa incidenza bisogna attendersi che, nell'arco della propria vita, una donna ogni 147 sarà destinata ad ammalarsi di cancro del collo dell'utero e una ogni 874 a morirne.

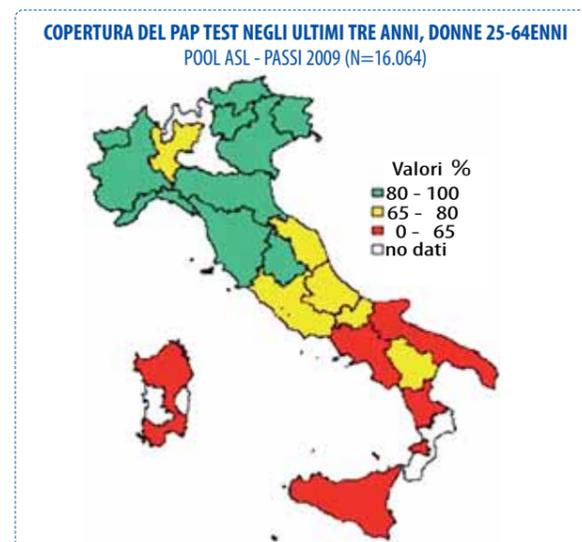
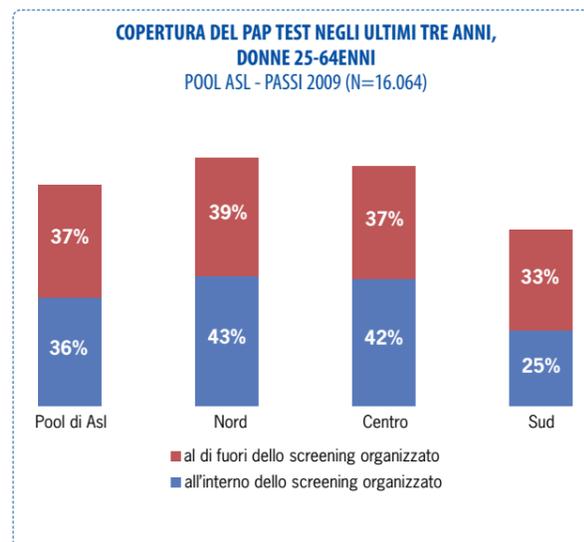
Nel 2007, i decessi per cancro della cervice uterina in Italia sono stati ancora 471. Eppure, almeno teoricamente, la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con Pap test, la cui esecuzione è raccomandata ogni tre anni alle donne, a partire dai 25 anni fino ai 64 anni di età.

In Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari (vedi il documento completo o il vademecum) l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato in cui le donne nella fascia d'età a rischio vengono invitate a intervalli regolari per fare il Pap test. Tuttavia il Pap test viene effettuato anche al di fuori di programmi organizzati, su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

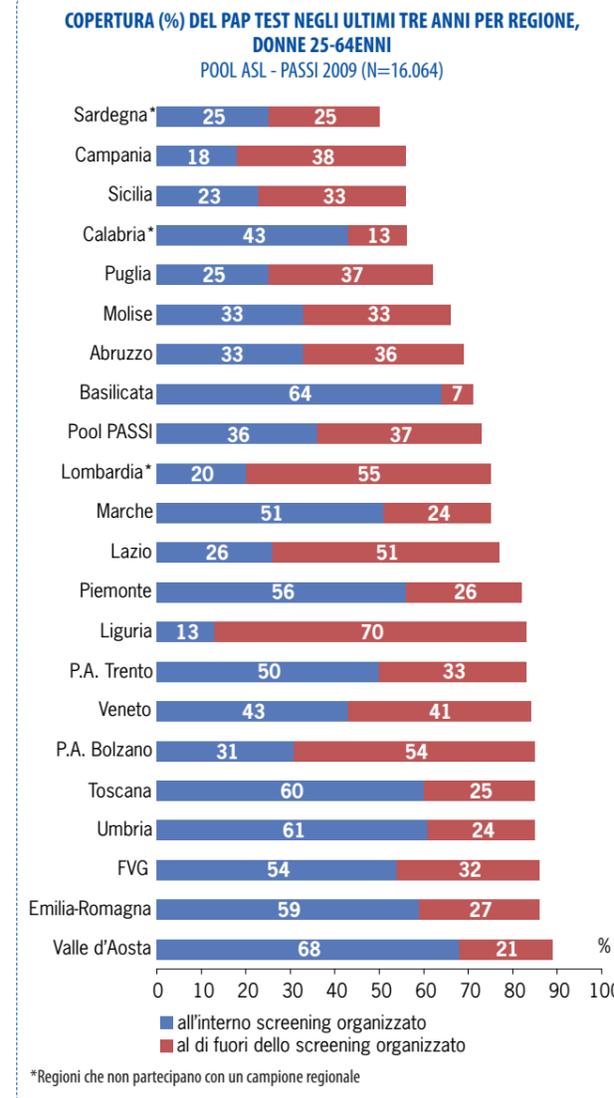
L'Osservatorio nazionale screening svolge il monitoraggio dell'andamento di questi programmi: nel 2008 le donne italiane di 25-64 anni, residenti in aree dove è attivo un programma di screening organizzato, erano circa 12 milioni (75% della popolazione target). L'estensione dei programmi è ormai ampia nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e gradualmente aumenta anche in quelle meridionali.

Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato il Pap test e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

La copertura



Nel 2009, nelle Asl italiane che hanno partecipato alla rilevazione, circa tre donne 25-64enni su quattro (73%) hanno eseguito un Pap test preventivo nel corso dei tre anni precedenti l'intervista. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori elevati al Nord (82%) e al Centro (79%), mentre è più bassa al Sud (58%).



Nello screening cervicale la quota di adesione spontanea è rilevante: a livello nazionale si stima infatti che poco più di una donna su tre (37%) abbia eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato (si va dal 7% della Basilicata al 70% della Liguria).

A livello delle Regioni partecipanti al Passi, sono presenti significative differenze (range: 50% Sardegna - 89% Valle d'Aosta).

Nel triennio 2007-2009¹, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, si osserva come la copertura complessiva al test di screening sia rimasta sostanzialmente stabile:

- ▶ nel 2007 era il 74% (IC 95%: 73-75%)
- ▶ nel 2008 era il 76% (IC 95%: 75-77%)
- ▶ nel 2009 era il 74% (IC 95%: 73-75%).

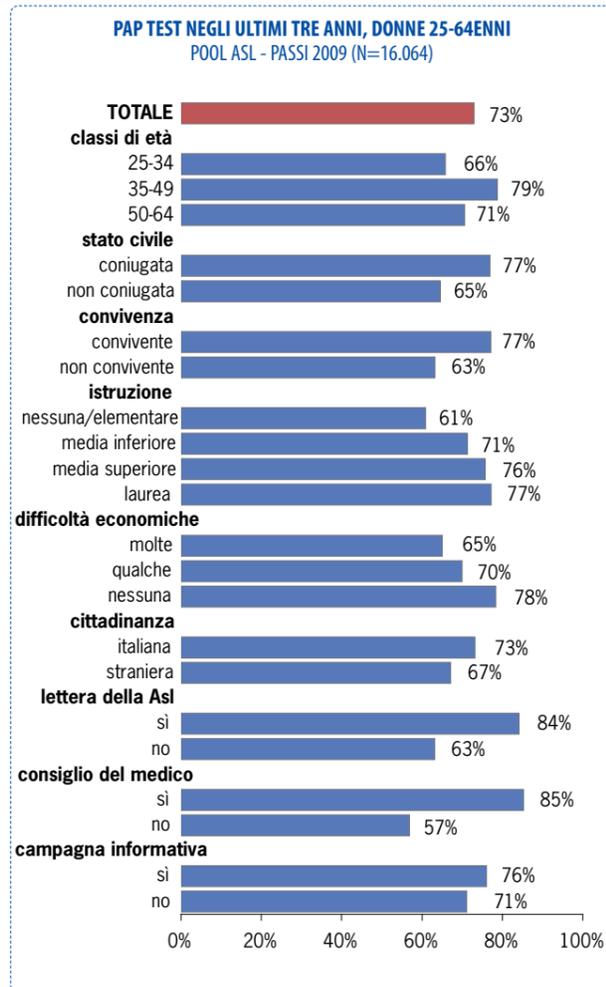
¹ A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie partecipanti al Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.

Fattori predittivi individuali di adesione al test di screening

La copertura al test di screening è maggiore nelle donne di 35-49 anni (79%), in quelle coniugate e conviventi (77%) e nelle italiane (73%).

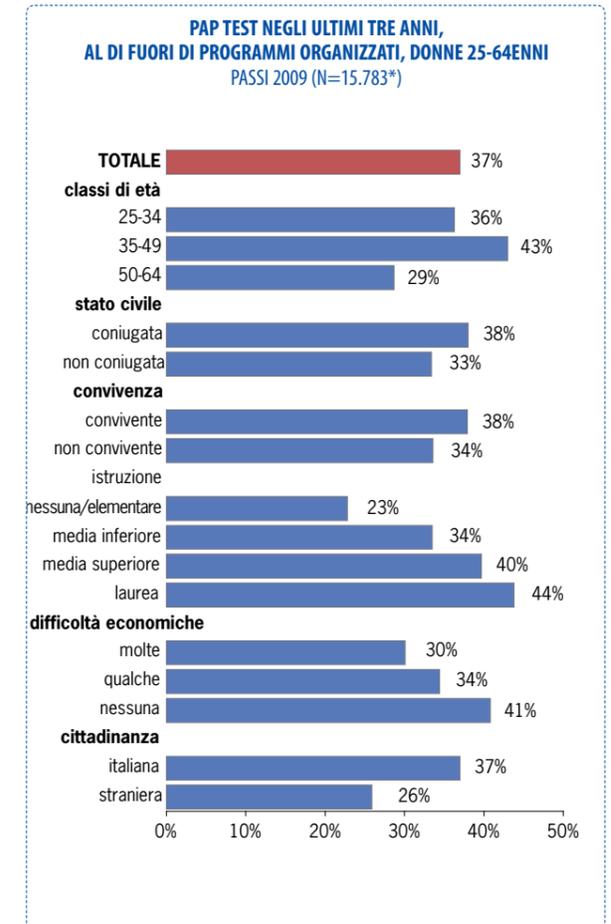
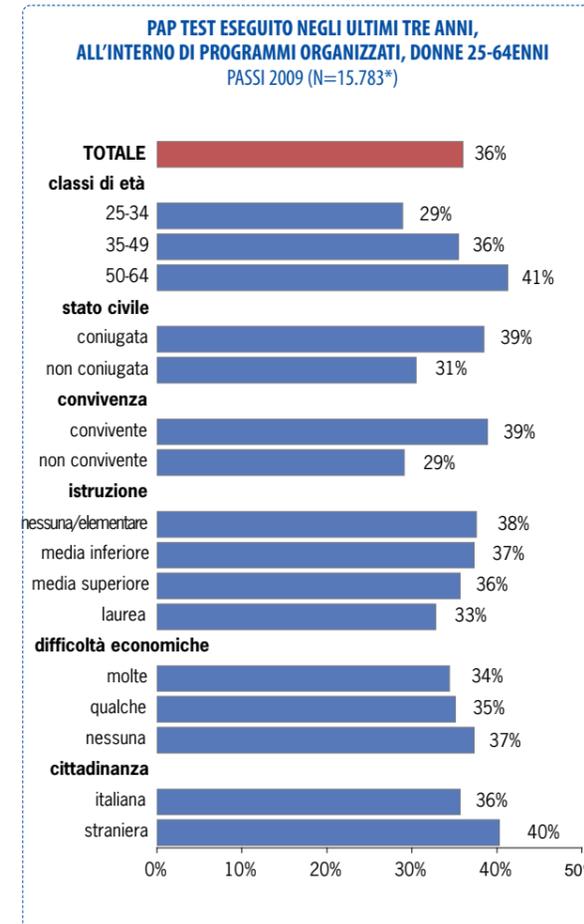
La copertura mostra un gradiente positivo per livello d'istruzione, assenza di difficoltà economiche riferite e ripartizione geografica.

L'analisi multivariata conferma le associazioni rilevate.



Ma, esaminando separatamente le donne che hanno eseguito il test nell'ambito dei programmi di screening organizzati dalla Asl e coloro che lo hanno eseguito di propria iniziativa, emerge che:

- ▶ la percentuale di donne che fanno il test all'interno della campagne di screening è maggiore nella classe d'età 50-64 anni e non mostra gradienti rilevanti per livello d'istruzione, difficoltà economiche riferite o cittadinanza
- ▶ la percentuale di donne che fanno il test al di fuori delle campagne di screening mostra un forte gradiente per livello d'istruzione e difficoltà economiche riferite ed è più elevata nelle cittadine italiane.

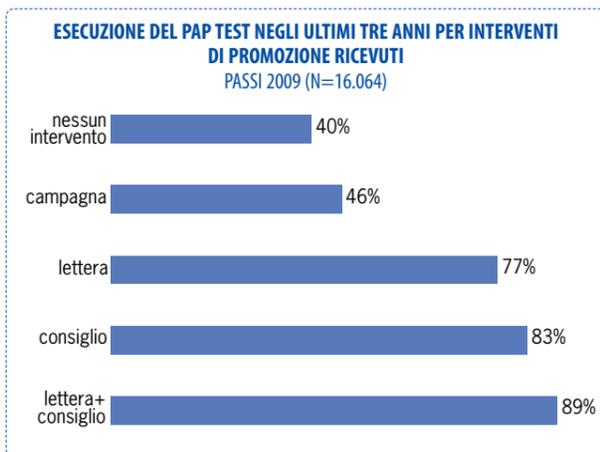


*la differenza nella numerosità è dovuta alla presenza di risposte omesse alla domanda relativa al pagamento del Pap test

Efficacia degli interventi che promuovono l'esecuzione del Pap test: il consiglio del sanitario, la lettera d'invito della Asl e le campagne informative

Il 90% delle donne 24-69enni intervistate è stato raggiunto da almeno un intervento di promozione.

La percentuale di esecuzione del Pap test, nell'intervallo dei tre anni, è più alta nelle donne che, come accade generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati, sono raggiunte da più interventi di promozione. Infatti ha eseguito il test la maggior parte (89%) delle donne che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio, contro il 40% di quelle non raggiunte da alcun intervento di promozione.



Motivi addotti per spiegare la mancata effettuazione del Pap test

Nel 2009, nell'insieme delle Asl che hanno partecipato ai Passi, circa una su quattro (27%) delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (16%) o l'ha effettuato da più di tre anni (11%).

I motivi addotti per spiegare la mancata esecuzione del test sono molteplici. Quello che ricorre con maggior frequenza ("non ne ho bisogno"), solo in minima parte può essere associato a donne che non hanno mai avuto rapporti sessuali. È invece verosimile che la maggior parte delle donne che dichiarano di non aver bisogno del test ignorino o sottovalutino il rischio di cancro e/o l'efficacia del Pap test.



Conclusioni

La copertura complessiva del Pap test preventivo è alta, ma ancora insufficiente in alcune Regioni, soprattutto nell'Italia meridionale e insulare in cui poco più di una donna su due pratica il Pap test nell'intervallo giusto.

La metà delle donne ha praticato il test nell'ambito dei programmi organizzati dalle Asl, mentre l'altra metà lo ha effettuato per iniziativa personale. Questa caratteristica della pratica del Pap test, in Italia, ha alcune importanti conseguenze sul rispetto dell'intervallo raccomandato e sull'equità.

Le donne con minore livello di istruzione e difficoltà economiche, come pure quelle con cittadinanza straniera, raggiungono livelli di prevenzione meno buoni. Tuttavia queste differenze sono molto piccole o addirittura inesistenti nei programmi organizzati, mentre sono più grandi nello screening effettuato su iniziativa personale.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, è lo strumento più efficace per aumentare l'adesione allo screening.

Negli ultimi anni, importanti innovazioni hanno innescato cambiamenti nella prevenzione del cancro del collo dell'utero: l'individuazione della causa virale del cancro cervicale, in alcuni tipi del virus del papilloma umano (Hpv); la messa a punto di un vaccino efficace e di una strategia per prevenire l'infezione con la vaccinazione, l'introduzione dell'offerta vaccinale nel servizio sanitario; l'allestimento di un test per l'Hpv e il suo utilizzo nella diagnostica e nel follow up, ma anche per lo screening basato sul test Hr-Hpv come test primario. È inoltre molto probabile che nei prossimi anni potrà variare l'intervallo raccomandato per il test, man mano che donne vaccinate nell'adolescenza arriveranno all'età di screening (vedi anche le 100 domande sull'Hpv).

Tutto questo impone un potenziamento della sorveglianza per far sì che il ministero della Salute e le Regioni possano disporre dei dati necessari per guidare questi essenziali interventi di prevenzione.

DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Secondo i dati dei registri tumori, il cancro della mammella provoca un quarto di tutti i tumori maligni delle donne. L'Istituto superiore di sanità stima che, nell'arco di tutto il 2010, si siano accumulati 38.286 nuovi casi e che, in virtù di una migliore sopravvivenza, attualmente ben 472.112 donne italiane vivono, dopo aver avuto un cancro della mammella. Tutto ciò grazie alla diagnosi precoce e alla efficacia delle cure.

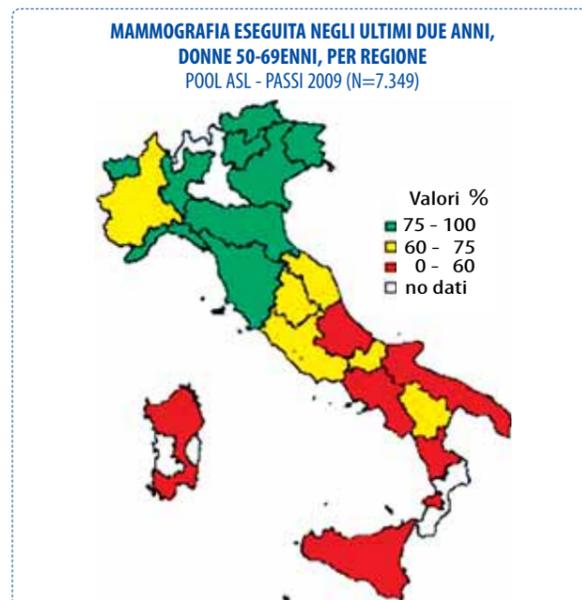
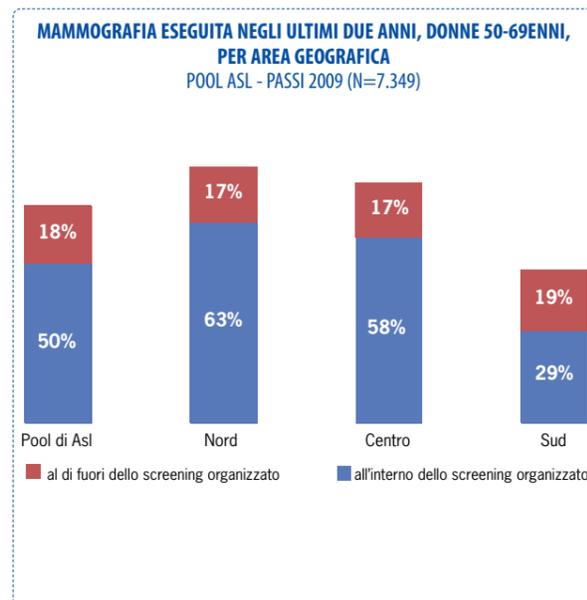
Nonostante la mortalità per cancro della mammella femminile sia in declino in tutte le età, nel 2007 i decessi sono stati ancora 11.916. La mortalità per cancro della mammella si riduce di circa il 35% tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato in cui le donne tra 50 e 69 anni sono invitate regolarmente ogni due anni, per 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. L'Osservatorio nazionale screening, che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, stima che nel 2008 erano circa 2,5 milioni (l'87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato. L'estensione dei programmi è ormai ampia nelle Regioni del Nord e Centro Italia e sta gradualmente aumentando anche in quelle meridionali.

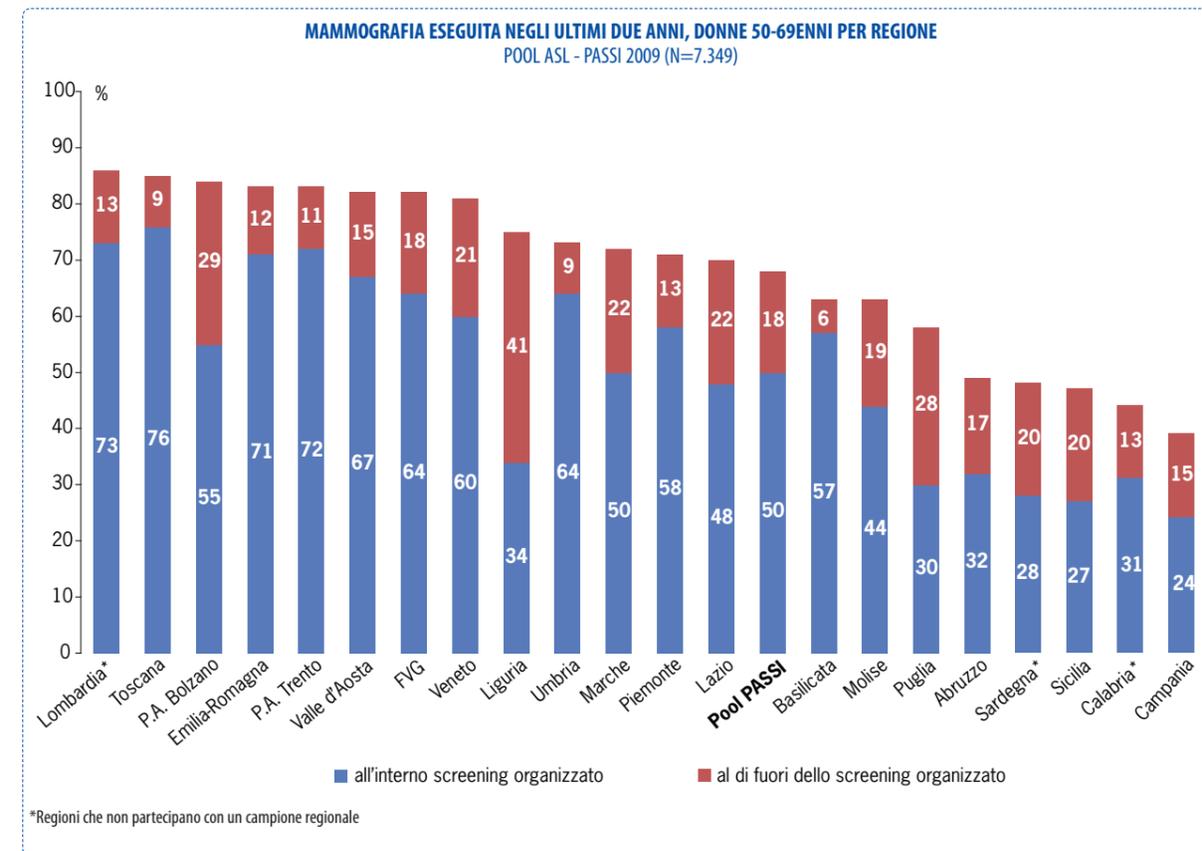
Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

La copertura all'interno e al di fuori dei programmi organizzati

Nelle Asl che hanno partecipato al Passi nel 2009, il 68% delle donne tra 50 e 69 anni di età ha eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori più alti al Nord (80%) e al Centro (75%), mentre è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (48%).



La mammografia viene effettuata in gran parte nell'ambito di programmi organizzati dalla Asl: poco meno di una donna su cinque (18%), infatti, ha eseguito lo screening mammografico su iniziativa personale (si va dal 9% in Umbria al 41% in Liguria). Sono significative le differenze tra le Regioni che partecipano al Passi (range: 39% Campania - 86% Lombardia¹).



Nel triennio 2007-2009², considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, si osserva come la copertura complessiva al test di screening sia rimasta sostanzialmente stabile:

- ▶ nel 2007 era il 69% (IC 95%: 67-70%)
- ▶ nel 2008 era il 70% (IC 95%: 68-71%)
- ▶ nel 2009 era il 68% (IC 95%: 66-69%).

¹ Regione che non ha aderito con un campione regionale, ma in cui partecipano alcune Asl.

² A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie partecipanti al Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.

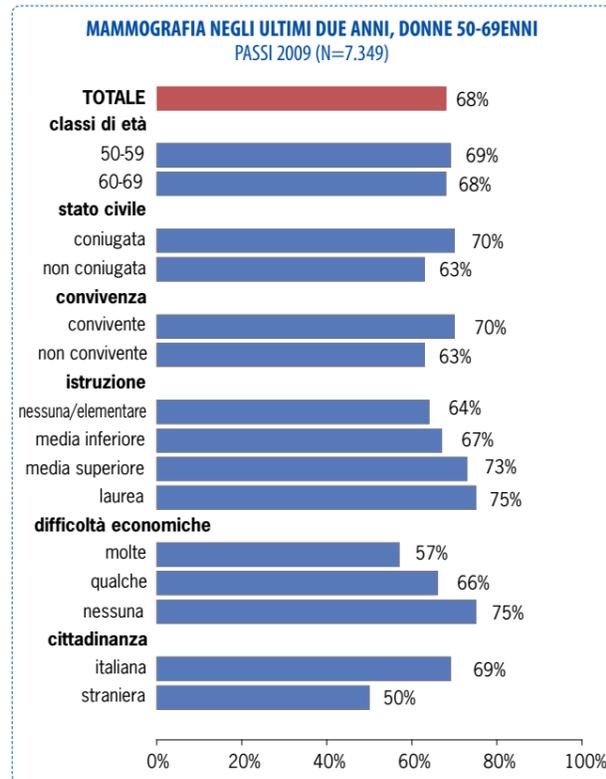
Fattori predittivi individuali di adesione al test di screening

Considerando solo le donne a cui è raccomandata, la mammografia di screening non varia per età, mentre è meno frequente tra le donne:

- ▶ con basso livello d'istruzione (66%)
- ▶ non coniugate o conviventi (63%)
- ▶ con difficoltà economiche (64%)
- ▶ con cittadinanza straniera (50%).

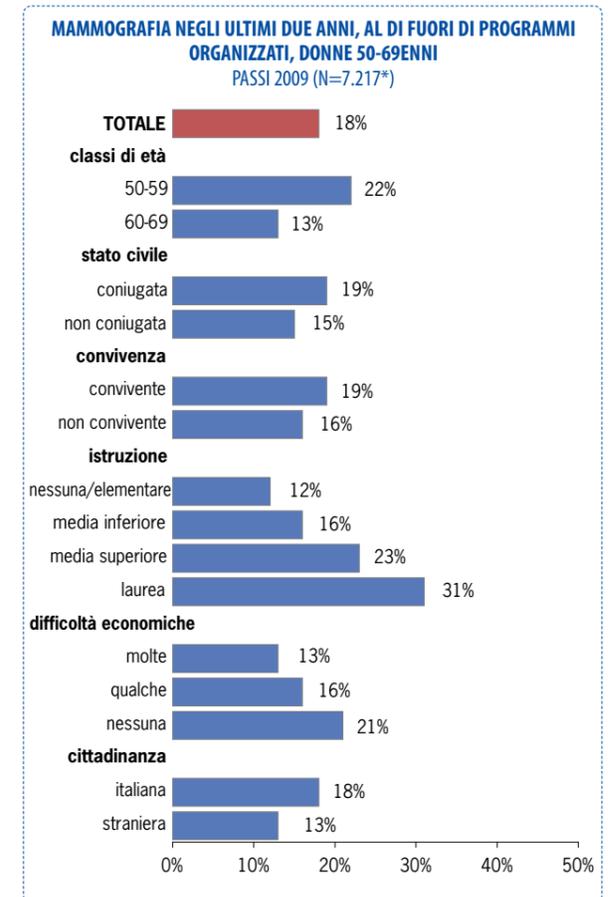
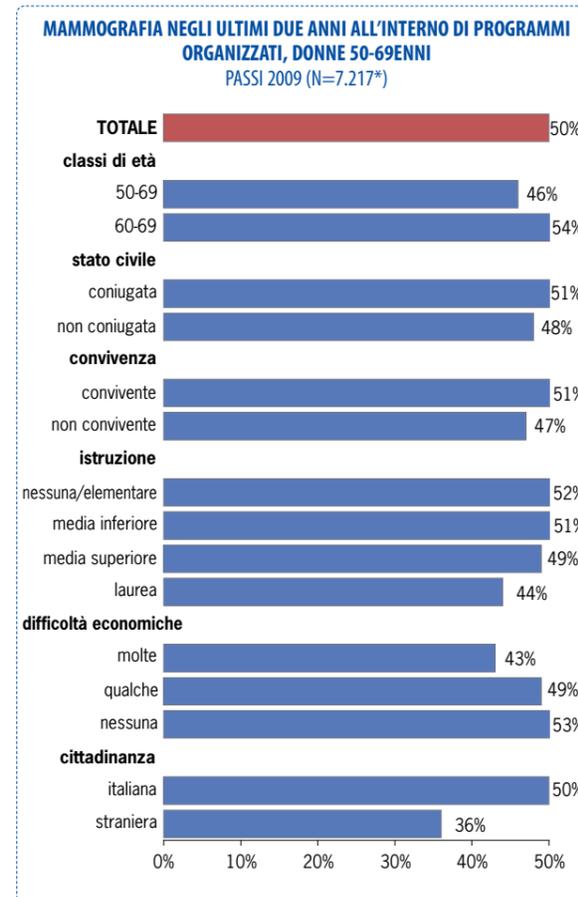
L'analisi multivariata conferma l'associazione con lo status economico e la cittadinanza.

Inoltre, le donne residenti al Sud hanno una probabilità sensibilmente minore di fare la mammografia (48%).



Confrontando le caratteristiche delle donne che hanno eseguito il test di screening nell'ambito di programmi organizzati dalla Asl con quelle delle donne che lo hanno fatto di propria iniziativa, si nota che:

- ▶ la percentuale di donne che praticano l'esame all'interno del programma di screening della Asl è maggiore tra 60 e 69 anni. Al contrario, l'esame su iniziativa personale è effettuato con maggiore frequenza dalle donne un po' più giovani (50-59 anni)
- ▶ le differenze di esecuzione del test, basate su stato civile, convivenza e difficoltà economiche esistono in entrambi i tipi di offerta, ma appaiono ridotte nei programmi organizzati delle Asl
- ▶ le donne italiane praticano lo screening il 28% in più delle straniere, indipendentemente dal fatto che il test sia organizzato o effettuato su iniziativa personale
- ▶ le differenze basate sul livello di istruzione sono capovolte: cioè, nello screening organizzato le donne meno istruite hanno una copertura migliore di quella delle donne più istruite. Nello screening praticato di propria iniziativa, invece, accade esattamente il contrario.



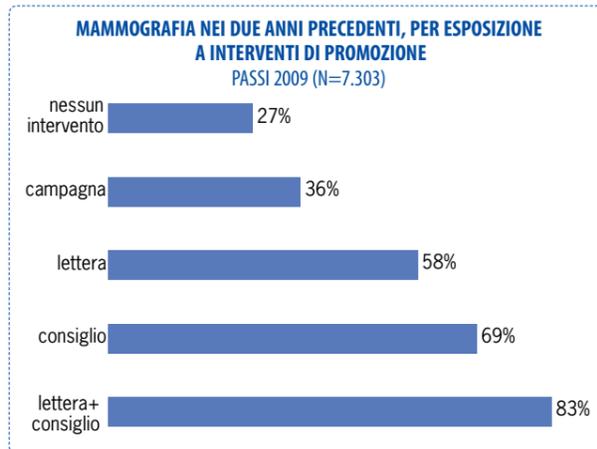
*la differenza nella numerosità è dovuta alla presenza di mancata risposta nella domanda sul pagamento della mammografia

La promozione dello screening mammografico

La maggior parte (91%) delle donne 50-69enni è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening.

La percentuale di esecuzione della mammografia negli intervalli raccomandati è più alta nelle donne raggiunte da più interventi di promozione, come accade generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

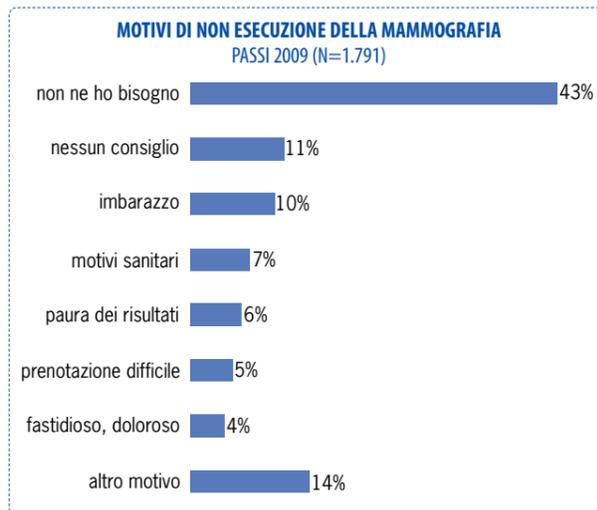
L'esame è stato eseguito, secondo i tempi raccomandati, dall'83% delle donne 50-69enni che hanno ricevuto la lettera di invito associata al consiglio, contro il 27% di quelle che non sono state raggiunte da alcun intervento di promozione.



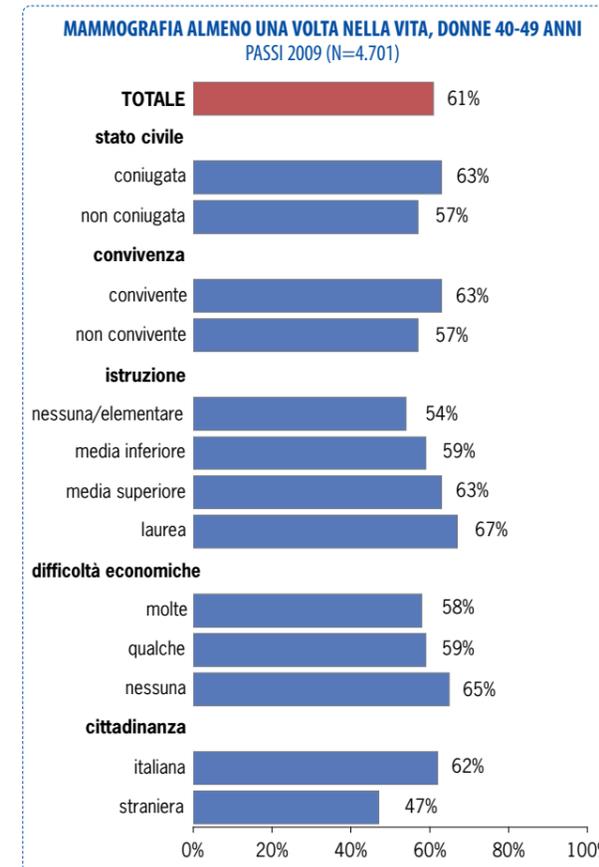
Le motivazioni per la mancata esecuzione della mammografia

Nel 2009, a livello del pool di Asl partecipanti a livello nazionale, il 32% delle donne 50-69enni non ha praticato una prevenzione ottimale per quanto riguarda il cancro della mammella, o perché non ha mai eseguito la mammografia (18%) o perché l'ha eseguita più di due anni prima (14%).

Le motivazioni addotte per spiegare la non esecuzione dell'esame sono molteplici. La risposta più frequente è "non ne ho bisogno", che potrebbe essere interpretata come una errata percezione del rischio.



Esecuzione di mammografia prima dei 50 anni



L'età media della prima mammografia è 45 anni, ma il ricorso allo screening è comunque frequente prima dei 50 anni (limite inferiore della fascia d'età per cui la mammografia biennale è oggi raccomandata in Italia).

Tra 40-49 anni, il 61% delle donne ha dichiarato di aver effettuato almeno una volta la mammografia a scopo preventivo.

L'aver effettuato la mammografia preventiva, almeno una volta nella vita, è meno frequente tra le donne:

- ▶ con basso livello d'istruzione (58%)
- ▶ non coniugate o conviventi (57%)
- ▶ con difficoltà economiche (56%)
- ▶ con cittadinanza straniera (47%).

L'analisi multivariata conferma l'associazione con lo status economico, la cittadinanza e lo stato civile.

Inoltre, sono il 53% le donne tra 40 e 49 anni residenti al Sud, che hanno praticato, almeno una volta la mammografia preventiva. Percentuale che sale al 64% tra le donne che vivono al Centro e al 67% tra quelle che vivono al Nord.

Conclusioni

I dati 2009 relativi alle Asl che partecipano al Passi mostrano come il 68% delle donne tra 50 e 69 anni abbia praticato la mammografia per la diagnosi precoce del cancro della mammella nei due anni precedenti, così come raccomandato. Non si registrano miglioramenti sostanziali di questa percentuale rispetto al 2007 e al 2008.

Tuttavia, sono grandi le disuguaglianze geografiche: se dalla Toscana in su, infatti, tre donne su quattro ricorrono alla mammografia, nelle regioni meridionali – a parte le lodevoli eccezioni di Basilicata e Molise – meno di due donne su fanno correttamente prevenzione, con un record negativo in Campania (38%).

Oltre alle donne che risiedono al Sud, risultano svantaggiate le donne non sposate e non conviventi, quelle meno istruite e con difficoltà economiche e, in modo particolare, le donne straniere.

Rispetto alla diagnosi precoce del cancro del seno, nel nostro Paese c'è un grande dibattito su due questioni rilevanti:

- ▶ l'età a cui iniziare lo 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 (per esempio, l'ecografia), in base alle esigenze della donna.

I programmi organizzati della Asl si confermano correlati a una maggior adesione e a minori disuguaglianze. In particolare, la lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, sembra lo strumento più efficace per aumentare l'adesione e ridurre le disuguaglianze.

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

DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

9 dicembre 2010 - Il cancro del colon-retto provoca in Italia più di 18.000 decessi all'anno, l'11,3% di tutti i decessi per tumore maligno. Secondo i registri tumori, a causa dell'elevata incidenza e della discreta sopravvivenza, più di 296.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale. Il cancro del colon retto oggi in Italia rappresenta, quindi, il secondo cancro dopo quello del polmone per mortalità e il secondo, dopo quello della mammella femminile, per prevalenza (per altre informazioni sull'epidemiologia del cancro, consulta www.tumori.net e www.registri-tumori.it).

La mortalità per cancro del colon retto può essere ridotta di circa il 20% identificando precocemente le forme invasive di tumore con lo screening effettuato con il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di positività, viene poi effettuato un approfondimento con endoscopia. Con questo screening è possibile anche individuare e rimuovere formazioni adenomatose che potrebbero rappresentare dei precursori del cancro.

Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda alle Asl (vedi il documento completo o il vademecum) di organizzare programmi di screening di popolazione, offrendo, ogni due anni, il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci a partire dai 50 anni fino ai 70 o ai 74 anni. Una valida alternativa al sangue occulto, è rappresentata dalla sigmoidoscopia, da effettuare all'età di 58 anni, una volta nella vita.

La ricerca sulla diagnosi del cancro coloretale ha messo a punto diversi metodi di cui viene studiata l'efficacia e le possibilità di impiego nella prevenzione: attualmente i più diffusi sono lo screening a due stadi (sangue occulto ed endoscopia per i positivi) ed endoscopia (rettosigmoidoscopia o colonscopia totale), ma quale di questi sia più efficace ed abbia il miglior rapporto costo efficacia è ancora oggetto di indagine.

Nel nostro Paese la maggioranza delle Asl che offrono lo screening utilizzano come test iniziale la ricerca del sangue occulto, ogni due anni, a partire dai 50 anni. Poche Asl utilizzano la rettoscopia praticata all'età di 58 anni. Tuttavia esami per la diagnosi precoce, frequentemente basati sulla colonscopia totale, sono praticati anche su iniziativa personale, nell'ambito del rapporto con il proprio medico di famiglia, con lo specialista o in altri contesti, come per esempio in condizioni di rischio aumentato nei familiari di primo grado di persone con tumore del colon retto.

L'Osservatorio nazionale screening che ha il compito del monitoraggio dell'andamento dei programmi di screening in Italia, stima che nel 2008 circa la metà dei cittadini di 50-74 anni, risiedevano in aree dove era attivo un programma di screening organizzato. L'estensione dei programmi superava il 70% nelle regioni del Nord, era attorno al 50% nelle regioni del Centro Italia e tra 10 e 20% nelle regioni meridionali.

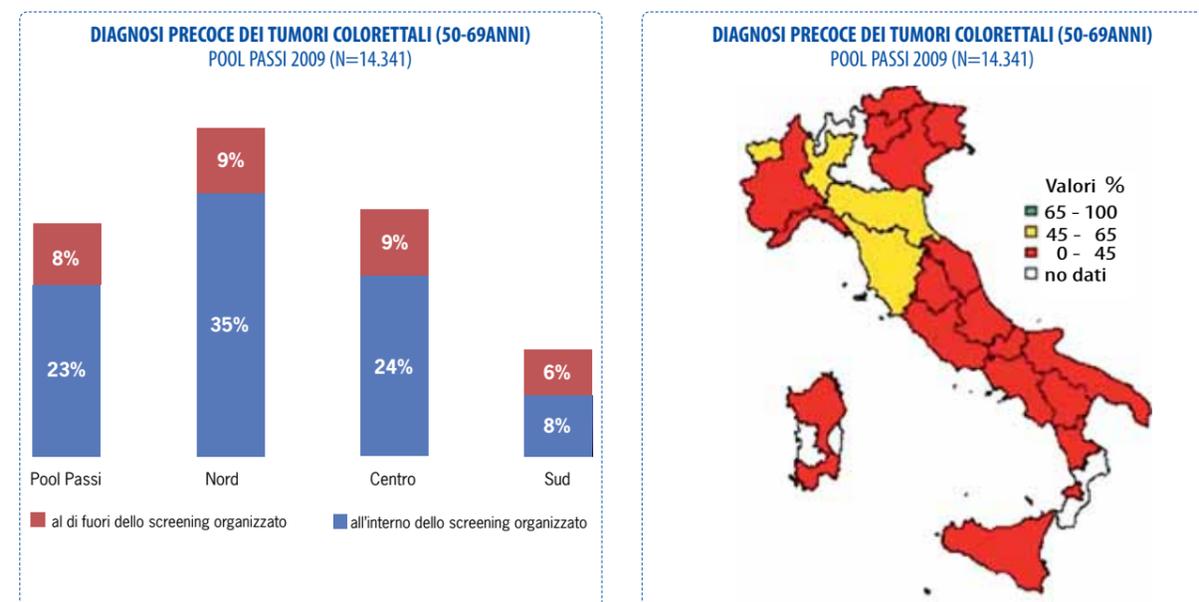
Nel 2008, oltre 2,7 milioni di cittadini sono stati invitati e più di 1,2 milioni hanno effettuato l'esame del sangue occulto nelle feci, come test screening. I programmi che utilizzano la sigmoidoscopia all'età di 58 anni rappresentano una realtà limitata, avendo invitato circa 30.000 persone nel 2008.

Il sistema Passi rileva, richiedendolo direttamente alle persone tra i 50 e 69 anni, se e quando sono stati effettuati gli esami per la diagnosi precoce e se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl (o altre forme di offerta gratuita da parte delle Asl), oppure su iniziativa personale a pagamento.

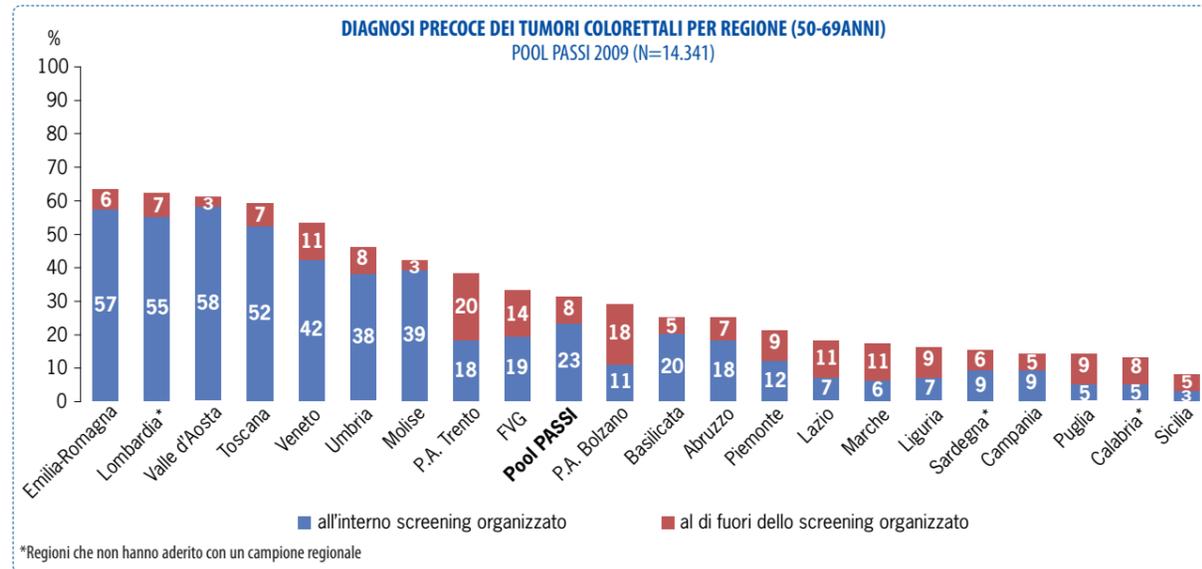
La copertura all'interno e al di fuori dei programmi di screening organizzati

Sulla base dei dati raccolti dal Sistema di sorveglianza Passi, nel 2009, tra gli intervistati di età 50-69 anni, il 29% è stato invitato a eseguire un esame per la diagnosi precoce di un tumore coloretale e una persona su tre (31%) lo ha eseguito nell'intervallo di tempo giusto: in particolare il 23% ha eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni e il 9% una rettoscopia o colonscopia negli ultimi cinque anni.

La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori coloretali raggiunge valori più elevati al Nord (44%) e al Centro (33%), mentre è significativamente più bassa al Sud (14%).



A livello delle Regioni partecipanti al Passi sono presenti differenze significative (range: 8% Sicilia - 63% Emilia-Romagna). Nella figura 3 è possibile osservare, in maggior dettaglio, che la pratica della prevenzione tende a differenziarsi tra Regioni, con un maggior ricorso dello screening all'interno di programmi organizzati o sotto forma di un'offerta gratuita da parte delle Asl in alcune, e una maggiore presenza dell'iniziativa personale a pagamento in altre.



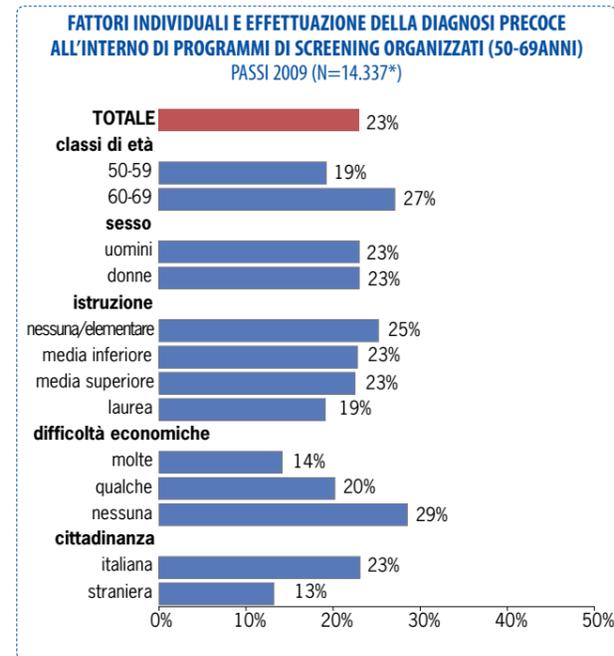
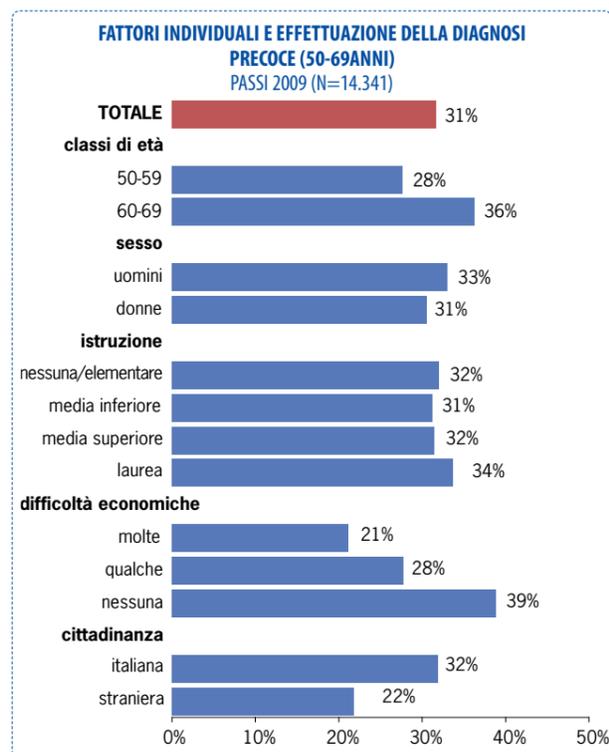
Da un confronto con dati dei due anni precedenti, 2008 e 2007, nel 2009 si osserva che la copertura complessiva del test di screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto è in leggero aumento.

Fattori individuali e effettuazione della diagnosi precoce

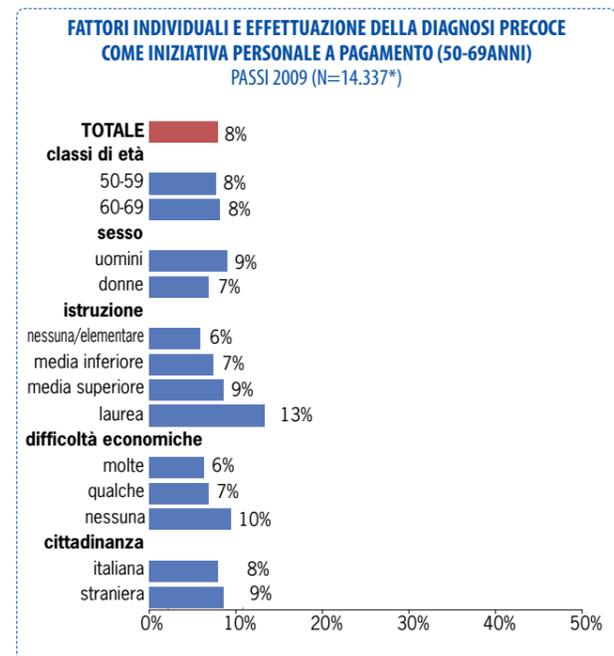
La copertura al test di screening è maggiore nelle persone 60-69enni (36%), in quelle senza difficoltà economiche riferite (39%), con cittadinanza italiana (32%) e residenti al Nord.

Tutte associazioni confermate anche dall'analisi multivariata.

Solo il 29% degli assistiti riferisce di aver ricevuto una lettera di invito, da parte della Asl, per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci o di una colonoscopia a scopo preventivo.



La percentuale di persone che fanno il test all'interno di programmi di screening organizzati o sotto forma di un'offerta gratuita da parte delle Asl è più alta tra gli intervistati di 60-69 anni e tra quelli di nazionalità italiana. Si nota anche un gradiente per livello d'istruzione e difficoltà economiche riferite.



* la differenza nella numerosità è dovuta alla mancata risposta alla domanda sul pagamento degli esami per la prevenzione dei tumori colorettali

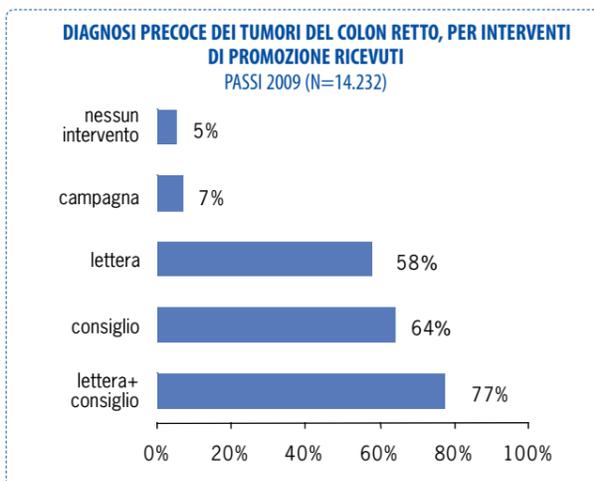
La percentuale di persone che fanno gli esami diagnostici preventivi su iniziativa personale, a pagamento parziale o totale, mostra differenze per genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche riferite.

Promozione dello screening del colon retto

Il 57% delle persone 50-69enni intervistate è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione della diagnosi precoce del cancro del colon retto.

Nella figura si può osservare che più della metà delle persone invitate a praticare lo screening aderisce all'invito. Altrettanto importante è il consiglio di un operatore sanitario, e la maggior parte (77%) delle persone che hanno ricevuto la lettera di invito associata al consiglio, ha eseguito lo screening.

Invece solo una piccola parte (5%) di coloro che non sono stati esposti a interventi di promozione hanno praticato gli esami per la diagnosi precoce.

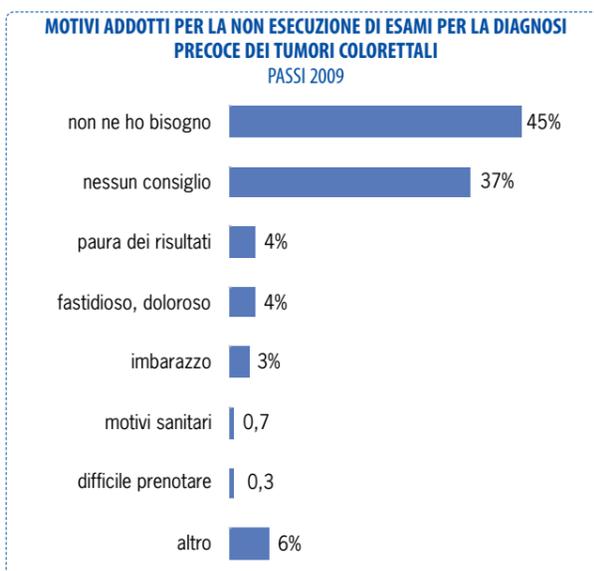


La mancata copertura al test di screening

La figura riporta le motivazioni addotte da chi non ha effettuato gli esami per la diagnosi precoce del cancro coloretale.

I motivi più frequentemente riportati sono stati l'idea di non averne bisogno e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito.

Queste motivazioni possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale ed, infine, una insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.



Conclusioni

Poco meno di un terzo degli assistiti delle Asl italiane che partecipano al Passi, gode delle migliori condizioni attualmente disponibili, relativamente alla diagnosi precoce del cancro del colon retto. Grande è la differenza tra le aree geografiche italiane: 44% nel Nord, 33% nel Centro, 14% nel Sud Italia. Inoltre, nel Nord e nel Centro la copertura è in aumento, grazie soprattutto alla crescita dei programmi organizzati dalle Asl. Nel Sud, invece, la copertura già di per sé bassa, non aumenta.

Un po' meno di un assistito su 10, in età di screening, effettua l'esame per la diagnosi precoce di propria iniziativa a pagamento, mentre più di 2 su 10 lo effettuano all'interno di programmi di screening organizzati o sotto forma di un'offerta gratuita da parte delle Asl.

Oltre alla residenza in diverse aree geografiche, anche le disuguaglianze sociali, relative al livello di istruzione, alle difficoltà economiche ed alla cittadinanza, influenzano l'effettuazione degli esami per la diagnosi precoce. Però, bisogna rilevare che se il basso livello di istruzione rappresenta un fattore associato al minor ricorso agli esami preventivi su iniziativa personale, la relazione funziona in maniera esattamente opposta nello screening organizzato dalla Asl.

Ciò è coerente con i dati di letteratura secondo cui le offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso ai servizi di prevenzione da parte delle persone con svantaggi socio economici.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

In pochi anni, l'offerta dello screening del cancro del colon retto è stata estesa fino al punto che il 31% delle persone in età di screening ha eseguito l'esame per la diagnosi precoce nei tempi giusti. L'offerta non è però ancora generalizzata in tutte le Asl, per cui le opportunità di prevenire o diagnosticare in tempo utile il cancro del colon retto dipendono da dove si risiede. È necessario estendere l'offerta dello screening e migliorare l'adesione da parte della popolazione che può beneficiarne.

VACCINAZIONE PER L'INFLUENZA STAGIONALE

L'influenza costituisce un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche. Conseguenze che hanno forti ripercussioni sanitarie ed economiche in termini di mortalità, ospedalizzazioni, perdita di produttività e altri costi sociali. 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: persone di 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti (per esempio, operatori sanitari) e persone con oltre 64 anni.

L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio sanitario nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno i tre quarti della popolazione target.

Tuttavia, mentre è facile calcolare le coperture vaccinali tra le persone con più di 64 anni (per la presenza di dati affidabili sul numero di persone residenti in questa fascia di età), non esistono invece dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale degli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche, a causa delle difficoltà a stimare il numero complessivo di persone che rientrano in questa definizione e che quindi dovrebbero vaccinarsi. Al momento, Passi è l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti con e senza malattie croniche. Le stime di copertura sono ricavate dalle 13.172 interviste effettuate e registrate dal 31 marzo 2010 al 30 settembre 2010¹.

COPERTURA VACCINALE A SEGUITO DELLA CAMPAGNA ANTINFLUENZALE STAGIONALE 2009-2010 ² - POOL DI ASL	% (IC 95%)
Adulti tra 18 e 64 anni con almeno una patologia cronica	29,8 (27,8-31,8)
Adulti tra 18 e 64 anni senza patologie croniche	9,3 (8,8-9,9)
Totale adulti vaccinati tra 18 e 64 anni	12,4 (11,8-13)

Nella campagna vaccinale stagionale 2009-2010, circa il 30% degli intervistati tra 18 e 64 anni che hanno riferito di essere affetti da una malattia cronica afferma di essersi vaccinato contro l'influenza stagionale. Nel triennio 2007-2009, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo (che contribuiscono per il 91% dell'intero campione Passi), la percentuale delle persone affette da malattie croniche, che dichiarano di essersi vaccinate nei vari anni, è rimasta sostanzialmente stabile³:

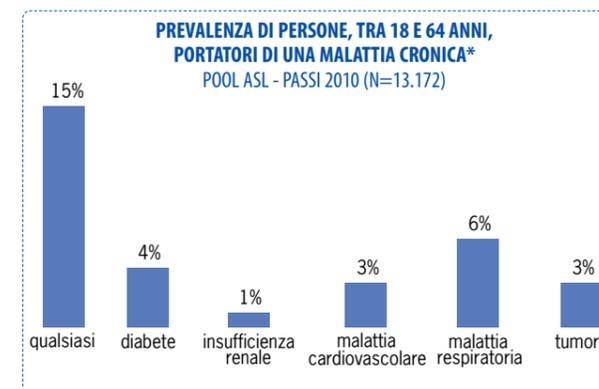
- ▶ a copertura ottenuta nella campagna 2006-2007 era del 31% (IC 95%: 26,7-34%)
- ▶ la copertura ottenuta nella campagna 2007-2008 era del 30% (IC 95%: 27,6-32,7%)
- ▶ la copertura ottenuta nella campagna 2008-2009 era del 31% (IC 95%: 28,7-33,5%).

¹ La domanda sulla vaccinazione stagionale era nettamente distinta da quella sulla vaccinazione contro l'influenza pandemica. Per i dettagli sulla stima, leggi l'approfondimento su come Passi stima la copertura antinfluenzale.

² I dati 2009-2010 sono preliminari, in quanto le stime non sono state ponderate sulla base della popolazione. Tuttavia, sulla base dell'esperienza degli anni precedenti, la differenza tra dati ponderati e dati grezzi dovrebbe essere trascurabile.

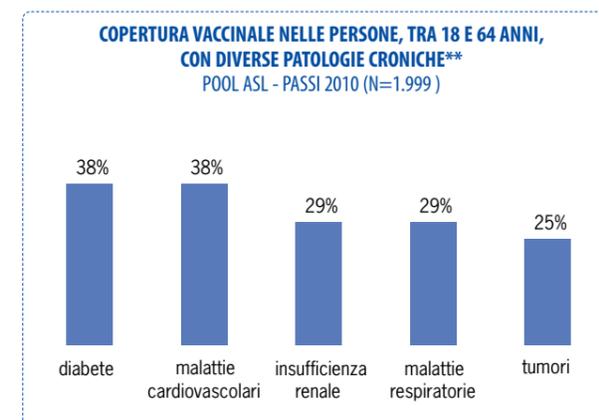
³ A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie partecipanti al Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.

Copertura vaccinale tra portatori di malattie croniche, tra 18 e 64 anni di età



La percentuale di persone che riferiscono di essere affette da malattie croniche (come quelle respiratorie croniche, diabete, malattie cardiache, tumori e insufficienza renale) è pari al 15% (1.999/13.172). Le malattie respiratorie sono risultate le più frequenti.

La presenza di una di queste malattie rende le persone, di qualsiasi età, a maggior rischio di complicanze a seguito dell'influenza. Per questo, anche sotto i 65 anni, la vaccinazione è raccomandata.



Tra i 1.999 soggetti di età inferiore ai 65 anni, portatori di almeno una patologia cronica, la copertura vaccinale nel 2009-2010 è diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:

- ▶ più basse le coperture tra i malati di tumore (25%), malattie respiratorie croniche (29%) e insufficienza renale (29%)
- ▶ valori più elevati tra le persone affette da malattie cardiovascolari e diabete (38%).

Infine, considerando solo le aree con numerosità campionaria sufficiente, si osserva una certa variabilità, con un range che va dal 26% per le Asl del Friuli-Venezia Giulia al 38% delle Asl della Puglia.

* Stime ottenute sulle interviste effettuate e registrate dal 31 marzo 2010 al 30 settembre 2010, del tutto uguali a quelle ottenute sull'intero campione provvisorio 2010.

** Le stime di copertura sono ricavate dalle 1.999 interviste di persone che riferiscono almeno una malattia cronica, effettuate e registrate dal 31 marzo 2010 al 30 settembre 2010.

Conclusioni e raccomandazioni

L'effetto degli interventi di prevenzione sulla comunità è proporzionale alle dimensioni della popolazione raggiunta: è per questo che, per ogni intervento di sanità pubblica, viene definito un obiettivo operativo da raggiungere.

Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute, la copertura minima nelle categorie a rischio per cui la vaccinazione è raccomandata dovrebbe essere del 75%.

Nella campagna 2009-2010 si è raggiunta una copertura del 66% tra gli ultrasessantatrenni mentre, tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura è risultata ancora più bassa: meno di una persona su tre era vaccinata.

Per ottenere un miglioramento della copertura vaccinale in queste categorie a rischio è necessario integrare maggiormente la prevenzione nell'attività assistenziale: gli specialisti, come pneumologi, oncologi, cardiologi e diabetologi e i Medici di medicina generale non dovrebbero sottovalutare il rischio concreto di perdere un paziente a causa di una malattia attenuabile o evitabile come l'influenza e dovrebbero raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione antinfluenzale stagionale.

L'offerta della vaccinazione alle persone affette da malattie croniche potrebbe essere inoltre coordinata e favorita dai servizi di sanità pubblica delle Asl, anche grazie allo strumento delle anagrafi vaccinali collegabili ai registri degli esenti ticket. In questa azione, l'esperienza di vaccinazione per la pandemia 2009, in cui a tutte le Regioni e Province autonome è stato richiesto di identificare e quantificare la numerosità di soggetti a rischio a cui offrire la vaccinazione, può rivelarsi preziosa e dovrebbe essere utilizzata per migliorare l'offerta di vaccinazione nella pratica stagionale.

PANDEMIA DA VIRUS INFLUENZALE A/H1N1

Nel corso del 2009, a partire dal Messico, una nuova forma influenzale dovuta a un ceppo virale conosciuto come virus influenzale A/H1N1v si è diffusa in molti Paesi nei diversi continenti, inducendo l'Organizzazione mondiale della sanità a dichiarare l'11 giugno lo stato di pandemia.

La pandemia era attesa da tempo, da quando si erano andati chiarendo i meccanismi con cui si modifica la composizione antigenica del virus influenzale, che implicano rapporti tra diverse specie animali (volatili, suini e uomo) e si era riconosciuto che nella storia periodicamente, un virus, frutto di mutamento antigenico maggiore, può trovare l'umanità quasi completamente indifesa.

In Italia era stato predisposto un piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale. Regioni, Asl e servizi di prevenzione, con la guida del ministero della Salute e il sostegno dell'Istituto superiore di sanità erano pronti e un'unità di crisi presso il ministero della Salute poteva rapidamente essere messa alla guida di tutte le fasi della risposta all'epidemia (leggi su EpiCentro tutta la cronistoria della pandemia).

Prima che un vaccino mirato diventasse disponibile, le misure raccomandate in Italia per ridurre la diffusione del virus sono state il trattamento antivirale dei casi e l'uso di misure non farmacologiche, in particolare: coprire con un fazzoletto naso e bocca quando si starnutisce, lavare le mani con acqua e sapone specialmente dopo avere tossito o starnutito e dopo aver frequentato luoghi pubblici; evitare contatti con persone che presentano sintomi di influenza, evitare di toccare occhi, naso e bocca; in caso di influenza, rimanere a casa e limitare i contatti con altre persone per evitare di infettarle. A partire dalla metà di ottobre 2009, la vaccinazione è stata offerta gratuitamente, ma non obbligatoriamente, in modo sequenziale ai soggetti a maggior rischio e ai servizi essenziali di assistenza, e poi alla popolazione giovane fino ai 27 anni di età.

Considerato che, all'inizio, l'andamento della pandemia non era esattamente prevedibile, in quanto a diffusione e gravità, le misure di prevenzione e controllo sono state decise su scenari plausibili, costruiti in base alle precedenti esperienze pandemiche e aggiornati in base ai dati di sorveglianza provenienti da tutto il mondo e dall'Italia.

D'altra parte, dato che le prime misure di controllo erano essenzialmente comportamentali e non obbligatorie, l'adesione della popolazione alle raccomandazioni e all'offerta vaccinale era un fattore cruciale, ai fini della loro efficacia. Per questi motivi il contributo di Passi, nell'ambito della sorveglianza sull'andamento della pandemia, è consistito nel raccogliere e diffondere stime tempestive sulle opinioni della popolazione adulta relativamente a contagiosità della malattia, livello di preoccupazione, conoscenza delle principali misure comportamentali valide per evitare la diffusione del virus, propensione a limitare le attività sociali per ridurre le occasioni di contagio, disponibilità a vaccinarsi e al giudizio sull'adeguatezza delle informazioni ricevute. Infine, Passi ha rilevato il giudizio su quali sono le fonti che i cittadini considerano più autorevoli quando hanno bisogno di acquisire informazioni per proteggere la salute propria e dei propri cari.

I dati sono stati rilevati utilizzando un modulo aggiuntivo al questionario Passi, adottato da 70 Asl sentinella che hanno effettuato – tra il 2 novembre 2009 e il 7 febbraio 2010 – un numero complessivo di 4.047 interviste. Infine, nelle interviste effettuate nel 2010, sono stati inseriti quesiti relativi all'effettuazione della vaccinazione contro l'influenza pandemica per stimare la copertura vaccinale nella popolazione generale, da affiancare alle rilevazioni effettuate durante la pandemia.

Nel complesso, la distribuzione per età e sesso del campione intervistato per la pandemia è risultata sovrapponibile a quella del campione Passi 2009 e alla popolazione residente italiana del 2008. Al contrario, il campione della pandemia è sbilanciato per quanto riguarda la distribuzione geografica delle Asl partecipanti, a causa di una minore rappresentazione del sud e delle isole (16% contro il 25% del campione Passi 2009 e il 35% della popolazione residente italiana). Per ovviare a questo problema, è stato creato uno specifico sistema di pesatura dei dati che ha tenuto conto, oltre che del sesso e dell'età, anche dell'area di residenza: in questo modo, le interviste effettuate nelle aree meno rappresentate hanno un peso maggiore rispetto a quelle delle aree più rappresentate.

OPINIONI E COMPORTAMENTI NEI CONFRONTI DELL'INFLUENZA PANDEMICA (PERIODO DI RILEVAZIONE: 2 NOV 2009 - 7 FEB 2010; N=4.047)

	%
Infezione ritenuta probabile per i componenti della famiglia	33,1 (IC 95%) (31,4-34,9)
Preoccupazione per la pandemia	26,4 (24,8-28,1)
Limitazione di attività, fuori casa, che implicano contatti sociali	16,2 (14,9-17,7)
Conoscenza dei comportamenti per evitare la diffusione del virus	93,3 (92,3-94,1)
Informazioni ricevute ritenute sufficienti	82,9 (81,4-84,2)
Disponibilità a vaccinarsi	22,3 (20,8-23,8)

Complessivamente una persona su tre, durante la pandemia, riteneva probabile che qualcuno della famiglia potesse contrarre l'infezione. Di fronte a questa situazione, uno su quattro (26% degli intervistati) si è dichiarato preoccupato.

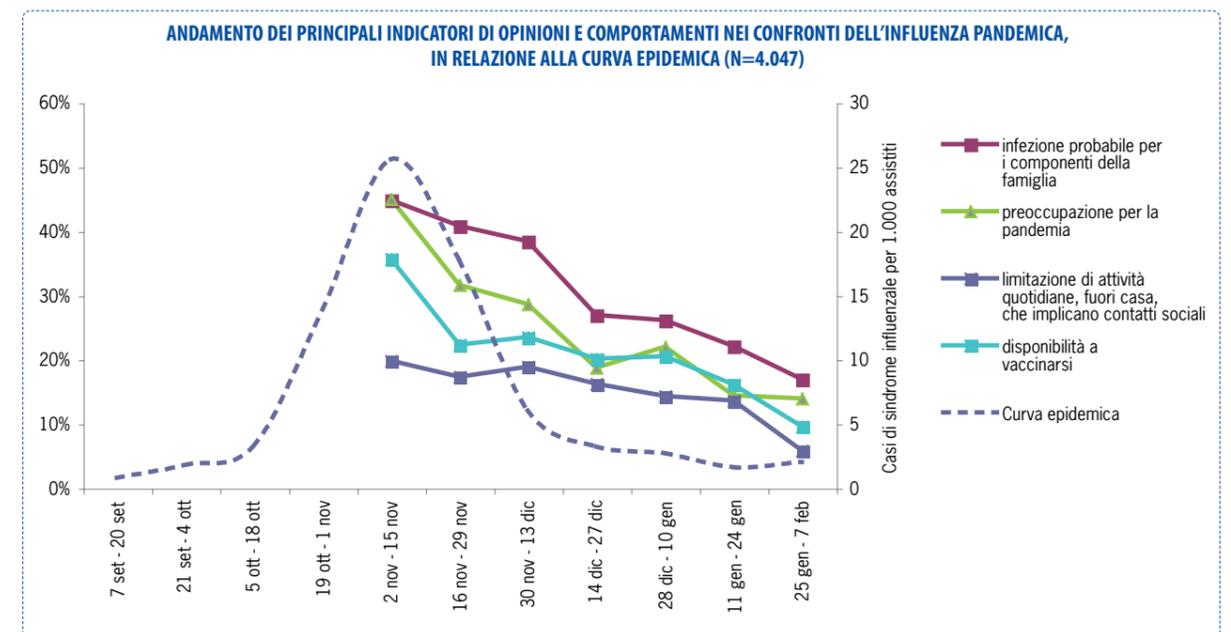
Una quota pari al 16% ha riferito di aver limitato le attività sociali fuori casa, ma costoro salivano al 37% tra quelli preoccupati della pandemia, mentre erano solo il 9% degli intervistati non preoccupati.

La maggior parte (93%) era a conoscenza dell'importanza delle misure igieniche di base raccomandate per limitare la diffusione del virus e l'83% riteneva sufficienti le informazioni ricevute su come prevenire la nuova influenza.

Infine, la percentuale di persone disposte a vaccinarsi, tra chi non l'aveva ancora fatto e riteneva di non aver avuto l'influenza era pari al 22%.

Il fatto che Passi effettui interviste in modo continuo ha consentito di valutare l'andamento degli atteggiamenti della popolazione in una situazione molto fluida, come quella che si è verificata durante l'epidemia, sotto la pressione informativa creata da fonti istituzionali, mezzi di informazione di massa, nuovi media come quelli operanti su internet, medici e operatori sanitari e consulenti informali o improvvisati.

Il grafico mostra l'andamento nel tempo dei quattro principali atteggiamenti e comportamenti nei confronti dell'influenza da virus A/H1N1v.



Dal momento dell'inizio della rilevazione, in corrispondenza del picco epidemico, fino all'ultima data di rilevazione, la frequenza di tutti gli indicatori rilevati si è ridotta.

Più in dettaglio, la percentuale di persone che ritenevano probabile che qualcuno della famiglia potesse ammalarsi della nuova influenza è scesa dal 45% al 17%.

La quota di intervistati che si sono dichiarati preoccupati è passata dal 45% al 14%. Le persone che hanno limitato le attività quotidiane fuori casa che implicassero contatti sociali sono diminuite dal 20% al 6%. E la percentuale di intervistati disposti a vaccinarsi nella popolazione generale è scesa dal 36% al 10%.

FONTI DI INFORMAZIONE PIÙ AUTOREVOLI SULL'INFLUENZA PANDEMICA
(PERIODO DI RILEVAZIONE: 2 NOV 2009 - 7 FEB 2010; N=4.047)

	% (IC 95%)
Medico o pediatra di famiglia	81,2 (79,7-82,6)
Internet	12,2 (11,1-13,5)
Altri medici/operatori sanitari	11,1 (10-12,4)
Servizio di prevenzione della Asl	8,7 (7,7-9,9)
Radio/tv	3,8 (3,1-4,6)
Giornali/riviste	3,3 (2,6-4,1)
Numero verde	2,6 (2-3,3)

La maggior parte degli assistiti adulti delle Asl considerava medici e pediatri di famiglia le fonti più autorevoli per ricevere informazioni volte alla riduzione dei rischi per la salute propria e dei propri cari (81%). Con minore frequenza era riferito il ruolo di internet (12%), altri medici/operatori sanitari (11%) e i servizi di prevenzione delle Asl (9%). Infine, altri mezzi di informazione come radio e tv, giornali e numeri verde sono stati citati da meno del 4% degli intervistati.

La vaccinazione

A partire dal termine della campagna vaccinale, è stato possibile rilevare non più la disponibilità, ma la avvenuta vaccinazione.

COPERTURA VACCINALE* PER IL VIRUS A/H1N1 (INFLUENZA PANDEMICA) DI GIOVANI E PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE

Categorie per cui la vaccinazione contro l'influenza pandemica era raccomandata	Vaccinati	Totale	% (IC 95%)
Giovani tra 18 e 27 anni	46	2.332	2 (1,4-2,7)
Persone 18-69 anni con malattie croniche	238	2.763	8,6 (7,6-9,7)
Totale persone intervistate tra 18 e 69 anni	479	15.964	3 (2,7-3,3)

* secondo quanto riferito dagli intervistati dal 1 aprile 2010 al 30 ottobre 2010. Dati preliminari, non ponderati.

La copertura vaccinale è stata bassa, sia tra i giovani che tra le persone affette da malattie croniche, come stimato anche dai dati ufficiali. Si tratta comunque di un dato inferiore alla proporzione di coloro che si erano dichiarati orientati a vaccinarsi.

Conclusioni

Nonostante l'estesa preparazione a una pandemia influenzale, l'esperienza del 2009 ha messo in evidenza la capacità dei virus influenzali di discostarsi dalle previsioni, sia per quanto riguarda la gravità di cui erano stati colti alcuni segnali iniziali, che della forza di trasmissione.

I comportamenti dell'Oms e delle autorità nazionali dei principali Paesi, orientati a un principio di precauzione, sono stati quindi messi in discussione.

Nonostante il clamore mediatico e le indicazioni dell'Oms, in Italia come nel resto del mondo, solo una minoranza di adulti ha avvertito A/H1N1v come una minaccia per la salute personale e dei propri familiari. Il livello di preoccupazione è andato calando assieme alla riduzione dell'incidenza. Contemporaneamente, e forse come conseguenza, la disponibilità a vaccinarsi è stata limitata (in base ai dati Passi, anche al picco della curva epidemica non raggiungeva il 40%). Si comprende quindi che la copertura vaccinale dei malati cronici e dei giovani, per cui la vaccinazione era raccomandata, sia risultata bassa.

Anche se i media hanno giocato un ruolo molto importante nell'informare sull'andamento dell'epidemia, secondo i dati rilevati dal Passi, quando gli adulti devono ricercare informazioni per proteggere la salute propria e dei propri familiari, la fonte più autorevole resta il medico di fiducia. Questo potrebbe essere un insegnamento utile da tenere a mente per il futuro.

La gestione di un evento come la pandemia è molto complessa perché le autorità sanitarie, che hanno l'onere delle decisioni per una risposta rapida, non possono essere certe della evoluzione e dell'impatto dell'epidemia né del comportamento dei cittadini, la cui partecipazione è fondamentale per il funzionamento delle misure di prevenzione. In questo senso, disporre di una rete di sorveglianza come Passi, in grado di raccogliere direttamente dagli utenti del Servizio sanitario nazionale, in modo sistematico e tempestivo, percezioni, atteggiamenti e pratica della popolazione, misurandone le variazioni nel corso del tempo, rappresenta un vantaggio.

VACCINAZIONE ANTIROSOLIA

Il Piano strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione mondiale della sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita.

La strategia adottata nel nostro Paese prevedeva il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età utilizzando il vaccino combinato contro rosolia, morbillo e parotite (MPR), la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero, e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, i dati routinari di copertura vaccinale rilevati dal Ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura per MPR nei bambini a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%.

Il Piano prevedeva inoltre azioni mirate ad aumentare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile, oltre che interventi finalizzati a potenziare i sistemi di sorveglianza e migliorare la formazione degli operatori sanitari sui benefici e i rischi della vaccinazione antirosolia.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

VACCINAZIONE ANTIROSOLIA (12.335 DONNE DI ETÀ COMPRESA TRA 18- 49 ANNI) - POOL ASL - PASSI 2009

	% (IC 95%)
Donne tra 18 e 49 anni vaccinate	33,4 (32,4-34,4)
Donne tra 18 e 49 anni, non vaccinate con rubeotest positivo	23,6 (22,7-24,6)
Donne tra 18 e 49 anni, non vaccinate, con rubeotest negativo	2,7 (2,3-3,1)
Donne tra 18 e 49 anni, non vaccinate, con stato immunitario non noto	40,3 (39,2-41,5)

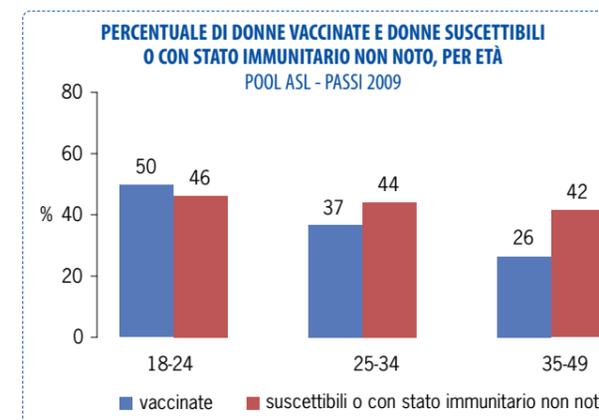
Passi segnala: che una donna su tre riferisce di essere stata vaccinata, che quelle che riferiscono di non essere state vaccinate, ma ricordano di aver fatto il rubeotest sono il 26%, nove su 10 con esito positivo e che il restante 40% delle donne risulta non vaccinata e non a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

In totale, quindi, il 43% delle donne risulta o suscettibile (circa il 3%) o ignara del proprio stato immunitario (40%).

Nel triennio 2007-2009¹ considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, si osserva come la prevalenza di donne in età fertile vaccinate sia rimasta stabile. Nel 2007: il 33% (IC95%: 32-34%), nel 2008: il 32% (IC95%: 31-33%), nel 2009: il 33% (IC95%: 32-34%).

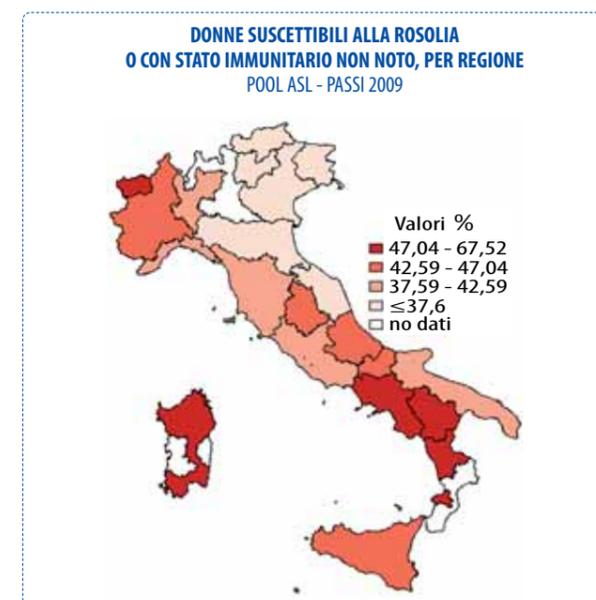
Anche la prevalenza di donne suscettibili o con stato anticorpale non noto non varia nel triennio.

Donne vaccinate e donne suscettibili o con stato immunitario non noto, per età



- ▶ La percentuale di donne vaccinate è maggiore nelle generazioni più giovani
- ▶ Tra le ragazze di 18-19 anni, che avrebbero potuto ricevere l'offerta della vaccinazione nell'adolescenza, in base al recupero straordinario previsto dal piano di eliminazione, la percentuale di vaccinate è del 59%
- ▶ Nelle generazioni successive la percentuale di vaccinate per la rosolia diminuisce gradualmente fino a raggiungere il 13% nelle 49enni

Donne suscettibili alla rosolia o con stato immunitario non noto, per Regione



La proporzione di donne in età fertile il cui stato immunitario nei confronti della rosolia è negativo o non noto è variabile nelle diverse Regioni:

- ▶ nelle Asl del Veneto questa percentuale è pari al 31%
- ▶ nelle ASL della Basilicata questa percentuale è pari 67%

¹ A causa di accorpamenti e cambiamenti dei confini amministrativi, le Aziende sanitarie partecipanti ai Passi sono variate nel triennio. Tuttavia, le Asl che hanno effettuato la sorveglianza in modo continuo nel triennio corrispondono al 91% della popolazione osservata, per un totale di 89.043 interviste nel periodo 2007-2009.

Conclusioni e raccomandazioni

L'informazione più importante che emerge dall'indagine Passi è che oltre il 40% delle donne italiane in età fertile, pur non essendo vaccinate, non è a conoscenza del proprio stato immunitario verso la rosolia. Questa osservazione evidenzia una scarsa consapevolezza in questa popolazione del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza.

Le differenze tra Regioni sono grandi e dovrebbero suscitare una riflessione da parte dei responsabili dei servizi di prevenzione.

Complessivamente il 2,7% delle donne risulta suscettibile e il 40,3% non è al corrente del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

La rosolia si caratterizza spesso per un quadro clinico aspecifico o lieve per cui può non essere diagnosticata, si presume quindi che molte donne con stato immunitario ignoto abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale e che la proporzione effettiva di suscettibili sia di conseguenza molto inferiore.

Secondo gli studi di sieroprevalenza più recenti, condotti su sieri raccolti nel 2003-4, solo il 10% delle donne in età fertile risultava 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.

Non è da meravigliarsi, quindi, che i dati di sorveglianza della rosolia congenita evidenzino che nel periodo 2005-08, si sono verificati circa 110 casi sospetti di rosolia in gravidanza, di cui 48 confermati, e 37 casi sospetti di rosolia congenita di cui 8 classificati come confermati o probabili, con conseguenti interruzioni di gravidanza e difetti congeniti.

Sarà possibile raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione entro il 2015?

Un dato confortante è che la proporzione di donne vaccinate è maggiore nelle generazioni più giovani, grazie alle strategie aggiuntive specifiche per la rosolia previste dal piano di eliminazione e alla campagna di recupero che ha coinvolto la scuola elementare e la scuola media. È presumibile che nel futuro le più giovani avranno coperture ancora migliori. Ma per eliminare la rosolia congenita entro il 2015 è necessario migliorare l'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 migliorare grazie a una maggiore integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale condotta dagli operatori sanitari più vicini alle donne in età fertile (medici di medicina generale e pediatri, ginecologi ed ostetriche) con la vaccinazione delle donne trovate suscettibili quando ospedalizzate per una IVG, un aborto o un parto, ed anche con interventi di *catch-up* promossi dai servizi vaccinali.

APPENDICI

METODI	85
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE	88
IL NETWORK PASSI	93

METODI

Tipo di studio

Passi è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Asl tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale. Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione, e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie, aggiornate al 31 dicembre 2008, delle 126 su 148 Aziende sanitarie locali partecipanti a Passi. In queste Asl risiede oltre l'85% della popolazione italiana. Criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio della Asl e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per Passi si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle Asl. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna Asl è di 25 unità. A livello nazionale, tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza Passi. Nel 2009 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, per un totale di 39.231 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale è al "pool Passi", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza. In alcune Regioni, non c'è la copertura di tutte le Asl. In particolare:

per la Lombardia contribuiscono le Asl di Bergamo, Lecco, Milano Città, Pavia e Varese

per la Sardegna le Asl di Cagliari, Carbonia, Nuoro, Olbia

per la Calabria le Asp di Cosenza e Vibo Valentia

per l'Abruzzo manca la Asl de L'Aquila, a causa del terremoto dell'aprile 2009

per la Basilicata manca la Asl di Venosa

per il Veneto mancano le Asl di Adria, Arzignano e Chioggia.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di medicina generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'Asl di appartenenza. I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di prevenzione durante tutto l'anno 2009, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

Gli intervistatori hanno usufruito di una formazione specifica, condotta secondo linee guida appositamente elaborate, centrata sulle modalità del contatto e il rispetto della riservatezza delle persone, sul metodo dell'intervista telefonica basata sul questionario standard progettato allo scopo.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; nel 2009, il 27% degli intervistatori ha utilizzato il metodo Cati (*Computer Assisted Telephone Interview*). 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.

Il dataset del pool di Asl partecipanti a Passi è stato consolidato dopo verifiche rivolte a garantire qualità, uniformità e confrontabilità dei risultati.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori, implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web, sul sito di servizio www.passidati.it.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software Stata 11. Per garantire idonea rappresentatività, i dati delle singole Asl sono stati aggregati in ciascuna Regione e opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando di regola le stime puntuali e, solo per le variabili principali, gli intervalli di confidenza al 95%.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica con dati pesati; la significatività statistica è stata riportata nel testo.

Per rappresentare i confronti tra le Regioni sono state predisposte mappe che evidenziano in modo immediatamente percepibile, tramite scale di colori, la situazione nelle Regioni. Per definire le soglie, la differenza tra valore minimo e massimo è stata generalmente suddivisa in quartili, tranne nei casi, come gli screening, in cui esistono livelli soglia desumibili da raccomandazioni nazionali o internazionali.

Alcune stime riguardano solo porzioni limitate della popolazione, e ciò comporta la riduzione della numerosità dei casi su cui viene eseguita l'analisi. Di conseguenza, per alcune Regioni, non è stato possibile produrre stime pienamente attendibili, con i soli dati disponibili relativi al 2009: in tali casi i relativi valori non sono stati riportati nella mappa.

Etica e privacy

Il sistema Passi agisce secondo le norme tese a garantire il rispetto dei principi etici e della privacy dei cittadini.

Il protocollo è stato valutato dal comitato etico dell'Istituto superiore di sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

Le operazioni previste dalla sorveglianza Passi in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate tramite lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il coordinatore aziendale. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Il personale dell'Asl, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali. La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente sul computer. Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc) si adottano adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

I dati del monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio, disponibili in tempo reale sul sito internet di servizio della sorveglianza Passi (www.passidati.it) e riportati nella tabella 1. Gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali. Si riportano qui sotto le principali definizioni.

Popolazione indagata: persone residenti nell'Asl, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano, o in altra lingua ufficiale della Regione o Provincia Autonoma.

Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la Asl, in grado di sostenere un'intervista telefonica. *Risposta:* proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.

Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).

Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età). Maggiori informazioni sugli aspetti metodologici e tecnici, insieme con altri materiali sul progetto, sono contenute nel rapporto Istisan 07/30.

TAB. 1 MISURE DI MONITORAGGIO DELLA RILEVAZIONE PASSI 2009.

Regione	Tasso di risposta	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Piemonte	84,5	12,7	2,8	96,6
Valle D'Aosta	70,8	18,4	10,8	97,3
Lombardia	90,0	7,5	2,5	96,1
P. A. Bolzano	84,1	12,2	3,7	95,5
P. A. Trento	85,6	8,5	5,9	94,9
Veneto	88,6	7,7	3,7	96,0
Friuli-Venezia Giulia	85,8	9,0	5,2	95,3
Liguria	85,9	10,3	3,8	95,7
Emilia-Romagna	89,2	8,1	2,7	95,7
Toscana	81,0	14,2	4,8	95,5
Umbria	95,9	3,4	0,7	97,2
Marche	86,9	11,1	2,0	96,1
Lazio	87,3	8,2	4,5	94,5
Abruzzo	95,9	3,3	0,8	97,8
Molise	70,7	19,9	9,4	95,9
Campania	93,2	6,2	0,6	95,9
Puglia	88,3	9,8	1,9	92,9
Basilicata	89,8	10,2	0,0	96,4
Calabria	91,3	6,2	2,5	91,0
Sicilia	94,9	3,4	1,7	96,1
Sardegna	94,8	3,2	2,1	96,5
Pool di Asl	87,6	9,2	3,2	95,7

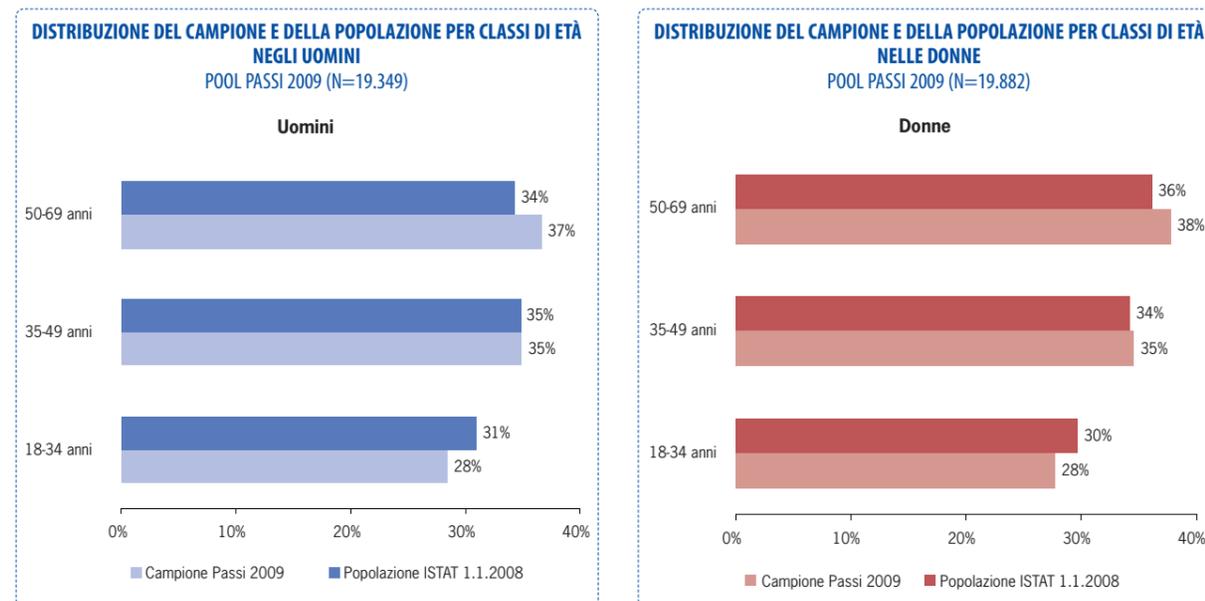
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

La popolazione in studio è costituita da 41 milioni di residenti tra i 18 e i 69 anni iscritti al 31/12/2008 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 126 Asl su 148 delle 21 Regioni partecipanti, che corrisponde all'85% delle Asl italiane e l'85% della popolazione totale 18-69 anni.

Da gennaio 2009 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 39.231 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle anagrafi sanitarie di Asl o di Regione.

Rappresentatività del campione per età e sesso

La distribuzione per sesso e classe di età del campione di pool di Asl (dati non pesati), confrontata con la popolazione residente nelle stesse ASL, appare molto simile.

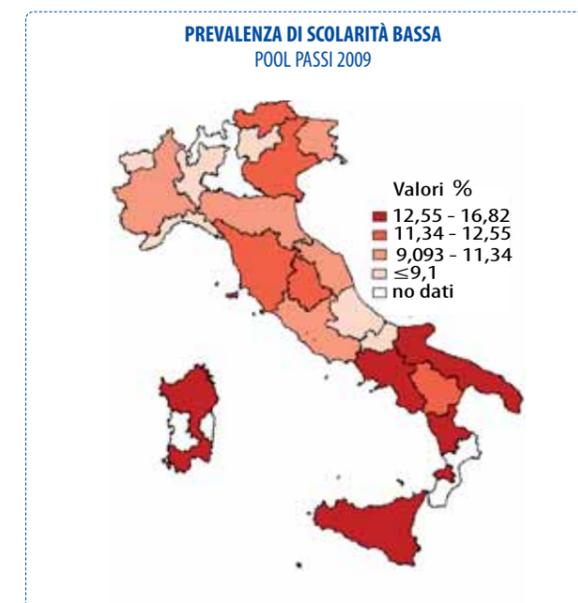
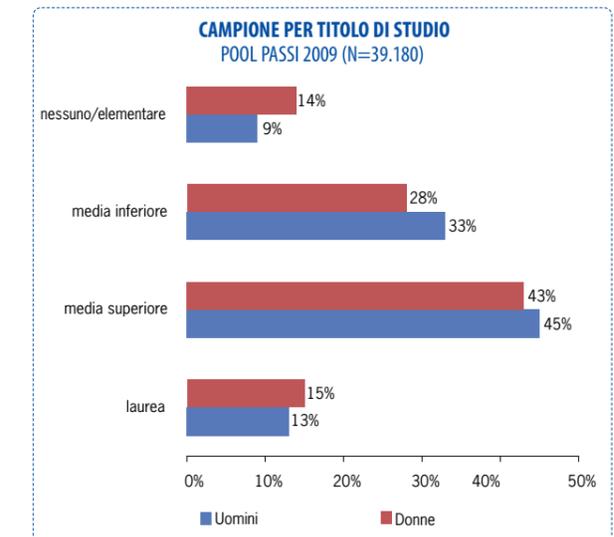
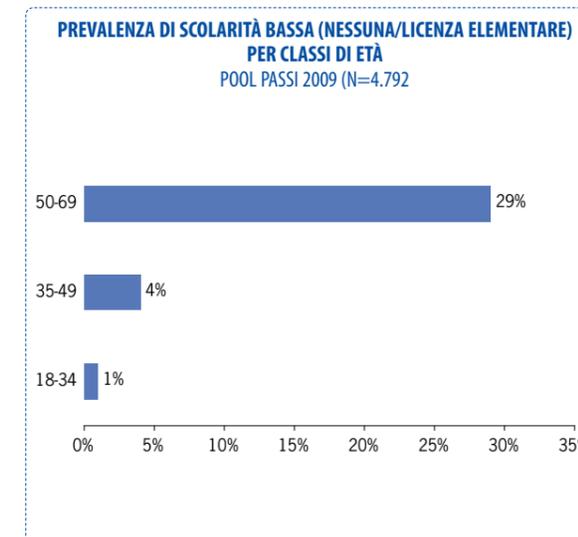


PROFILO SOCIALE

Titolo di studio

Nel pool di Asl, il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 14% è laureato.

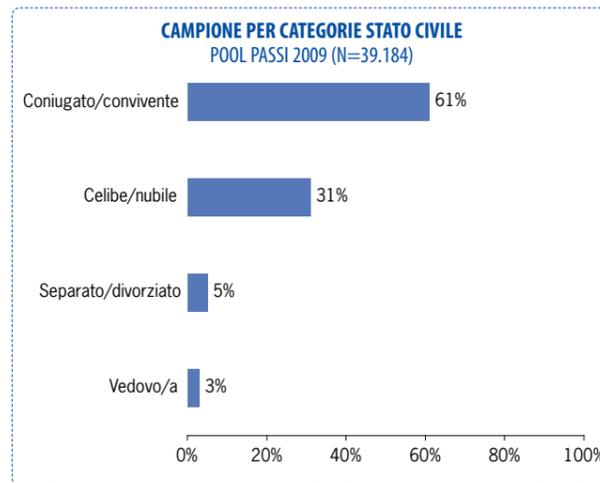
- L'istruzione è legata al sesso, come è possibile vedere nella figura sulla destra: tra le donne, rispetto agli uomini, sono più frequenti i livelli di scolarità bassi e quelli alti.
- Il livello di istruzione dipende fortemente anche dall'età: al crescere dell'età, la frequenza di bassi livelli di istruzione aumenta significativamente.



- La prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare), inoltre, varia tra le regioni e si osserva un gradiente Nord/Sud.

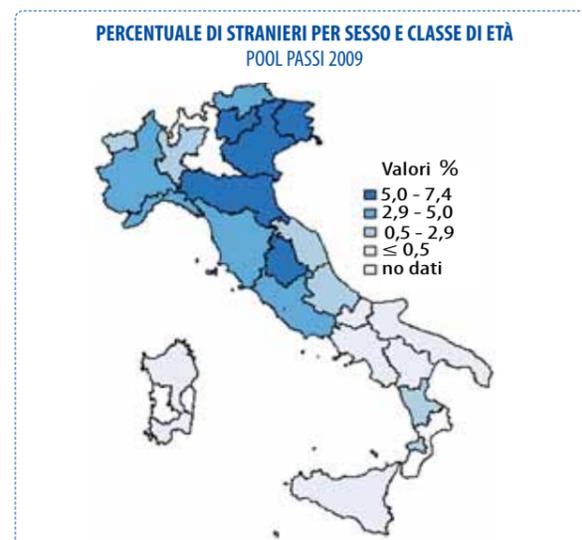
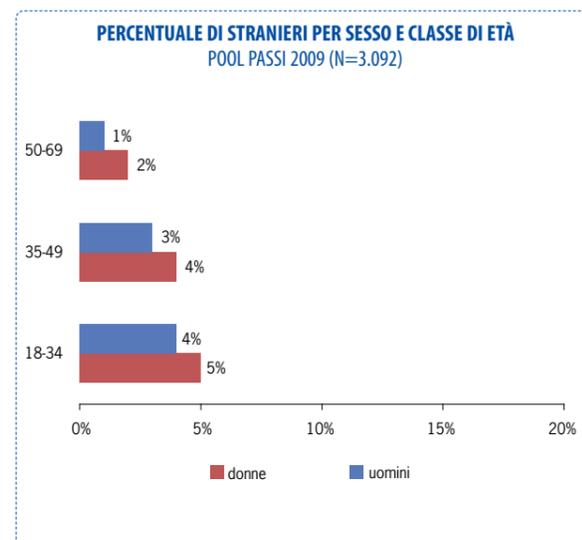
Stato civile

Nel pool di Asl, coniugati o conviventi rappresentano il 61% del campione, i celibi o le nubili il 31%, i separati o divorziati il 5% e i vedovi il 3%.



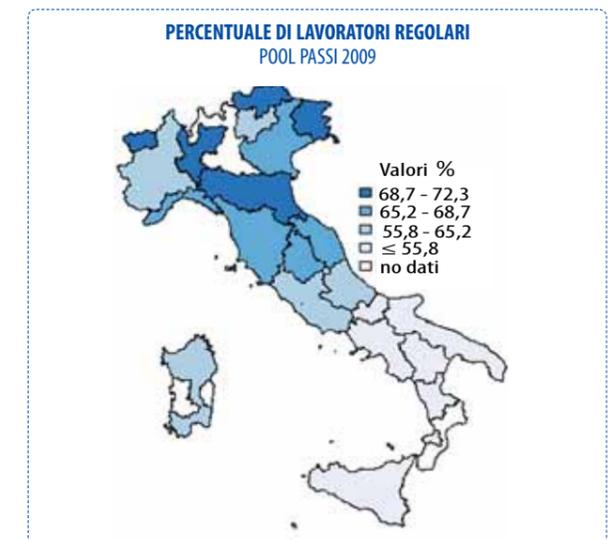
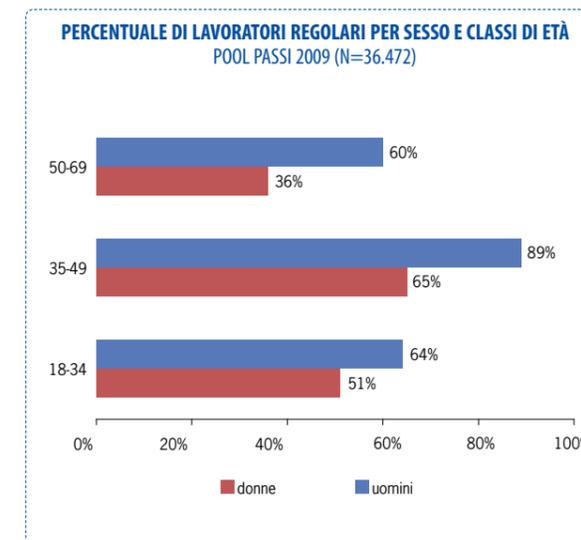
Cittadinanza

- ▶ Circa il 3% degli intervistati è costituito da stranieri, che sono maggiormente rappresentati nelle classi di età più giovani e tra le donne.
- ▶ La percentuale di stranieri è anche superiore al 5% in alcune regioni del Centro-nord, mentre è minore nelle regioni meridionali e nelle isole.



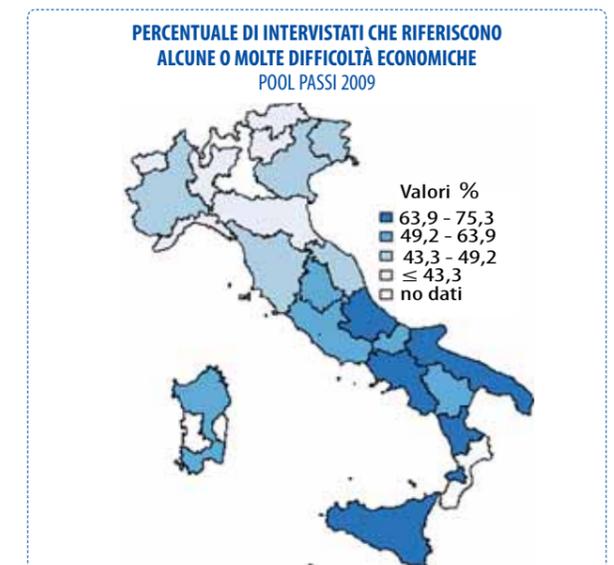
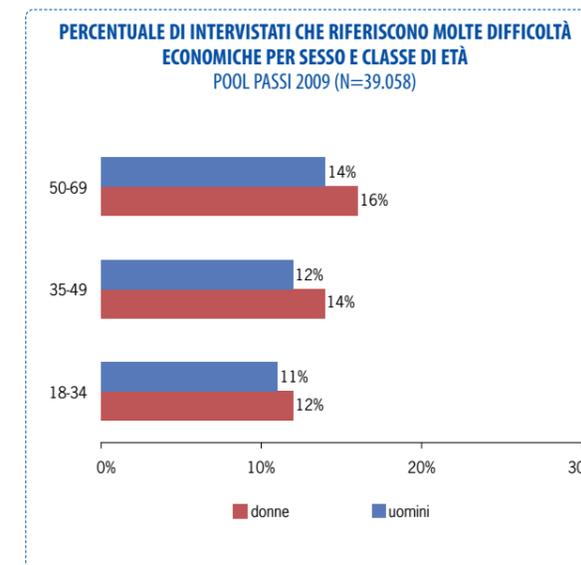
Lavoro

- ▶ Il 62% del campione di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- ▶ In tutte le fasce di età, la frequenza di donne con una occupazione regolare è minore rispetto a quella degli uomini (complessivamente il 51% contro il 72%).
- ▶ Il lavoro regolare è più frequente nell'età di mezzo: tra 35 e 49 anni.
- ▶ Il divario di genere per quanto riguarda il lavoro si attenua nelle giovani generazioni.



Difficoltà economiche

- ▶ Il 46% del campione ha riferito di non avere nessuna difficoltà economica, il 41% qualche difficoltà e il 13% molte difficoltà economiche.
- ▶ La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche:
 - aumenta passando dal Nord al Sud
 - aumenta con l'età.



IL NETWORK PASSI

Il network che conduce il sistema di sorveglianza e ha prodotto le informazioni riportate nel rapporto, è composto da:

Team aziendali. Operano, di norma, nell'ambito dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl. Ciascun team aziendale è composto da operatori che rilevano le informazioni direttamente dalla popolazione assistita e lavora sotto la guida di un Coordinatore e un vice Coordinatore aziendale.

Referenti, Coordinatori e vice Coordinatori regionali.

Gruppo tecnico nazionale. Ha redatto il rapporto, è composto da coordinatori regionali ed esperti in sorveglianza di popolazione, in statistica e in comunicazione, e da uno staff che opera nell'ambito del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, con il supporto economico del Centro nazionale per il controllo delle malattie- Ccm.

La sorveglianza sui comportamenti connessi alla salute (Passi) si svolge sotto l'egida di **istituzioni sanitarie** centrali, regionali e locali:

- ▶ Ministero della Salute
- ▶ Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - Ccm
- ▶ Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità
- ▶ Assessorati alla salute delle Regioni e Province autonome
- ▶ Direzioni Generali e Sanitarie delle Asl
- ▶ Dipartimenti di prevenzione

Ringraziamenti

Un vivo ringraziamento va:

ai medici di medicina generale che hanno cooperato con le ASL per la sorveglianza ai numerosi colleghi che hanno dato indicazioni e suggerimenti preziosi a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Gruppo Tecnico nazionale 2009/2010

Responsabile scientifico: Stefania Salmaso (Cnesps)

Staff presso la Direzione del Cnesps: Paolo D'Argenio, Sandro Baldissera, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni.

Gruppo di esperti in sorveglianza, statistica e comunicazione (in ordine alfabetico)

Nicoletta Bertozzi - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena

Stefano Campostrini - Dipartimento di statistica, Università degli studi Ca' Foscari Venezia

Giuliano Carrozzi - Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena

Angelo D'Argenio - Dipartimento di prevenzione, Asl Caserta

Barbara De Mei, Unità Formazione e Comunicazione (Cnesps)

Pirous Fateh-Moghadam - Promozione ed educazione alla salute, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

Giada Minelli - Ufficio di Statistica (Cnesps)

Alberto Perra - Unità Formazione e Comunicazione (Cnesps)

Massimo Oddone Trinito - Dipartimento di prevenzione, Ausl Roma C

Stefania Vasselli - Ministero della salute, Roma

Zadig (Agenzia di editoria scientifica): Eva Benelli, Stefano Menna

Referenti e coordinatori regionali Passi 2009/2010

Abruzzo

Referente regionale T. Agostini

Vice-Referente regionale V. Cofini

Coordinatore regionale G. Diodati

Vice-Coordinatore regionale C. Turchi

Basilicata

Referente regionale G. Cauzillo/G. Sorrentino

Coordinatore regionale M. Gallo/G. Ammirati

Bolzano P. A.

Referente regionale C. Melani

Coordinatore regionale A. Fanolla

Vice-Coordinatore regionale S. Weiss

Calabria

Referente regionale T. Pelaggi. A. De Luca

Coordinatore regionale F. Sconza

Vice-Coordinatore regionale M.B. Grasso

Campania

Referente regionale R. Pizzuti

Coordinatore regionale A. D'Argenio

Coordinatore regionale G. De Lorenzo

Emilia-Romagna

Referenti regionali: A.C. Finarelli, P. Angelini

Coordinatori regionali: N. Bertozzi, G. Carrozzi

Friuli-Venezia Giulia

Referente/Coordinatore regionale T. Gallo

Vice-coordinatore regionale I. Osquino

Lazio

Referente regionale E. Turi. A. Perria

Vice-referente regionale A. Capon

Coordinatore regionale M.O. Trinito

Vice-coordinatori regionali S. Iacovacci e A. Lancia

Liguria

Referente regionale R. Carloni

Coordinatore regionale C. Culotta

Vice-coordinatore regionale R. Cecconi, R. Baldi

Lombardia

Referente e Coordinatore regionale C. Zocchetti

Vice-coordinatore regionale M.E. Pirola

Coordinatori aziendali: A. Silvestri (Asl Milano Città); G. Rocca (Asl 2 Bergamo); R. Salaroli (Asl 3 Lecco); L. Camana (Asl

4 Pavia); R. Bardelli (Asl 5 Varese)

Marche

Referente regionale G. Tagliavento

Coordinatore regionale F. Filippetti

Vice-coordinatore regionale R. Passatempo

Molise

Referente regionale A. D'Alò

Coordinatore regionale G. Di Giorgio

Vice-coordinatore regionale S. Rago

Piemonte

Referente regionale D. Tiberti

Coordinatore regionale M.C. Antoniotti

Vice-coordinatore regionale P. Ferrari

Puglia

Referente regionale V. Pomo

Coordinatore regionale V. Aprile

Vice-coordinatore regionale C.A. Germinario

Sardegna

Referente regionale R. Masala/A. Antonelli

Coordinatore regionale M. Melis/F. Macis

Sicilia

Referente regionale M.A. Bullara.

Coordinatore regionale S. Scondotto

Vice-coordinatori regionali P. Miceli, G. Dardanoni

Toscana

Referente regionale E. Balocchini.

Vice-referente regionale M.L. Duratorre/A. Pasquariello

Coordinatore regionale G. Garofalo

Vice-coordinatori regionali F. Mazzoli Marradi, R. Cecconi

Trento P. A.

Referente regionale L. Pontalti/M. Parnasso
Coordinatore regionale P. Fateh-Moghadam
Vice-coordinatore regionale L. Ferrari

Umbria

Referente regionale A. Tosti
Coordinatore regionale C. Bietta
Vice-coordinatore regionale M. Cristofori

Valle d'Aosta

Referente regionale E. Rovarey/G. Furfaro
Coordinatore regionale S. Bongiorno
Vice-coordinatore regionale R.M. Cristaudo

Veneto

Referente regionale F. Michieletto
Coordinatore regionale S. Milani
Vice-coordinatore regionale M. Ramigni

