

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2010

Calabria





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Rapporto a cura di:

Francesco Sconza (*U.O.C. Epidemiologia e Statistica Sanitaria - Dipartimento di Prevenzione ASP Cosenza*)
Beatrice Grasso (*U.O. Epidemiologia ed Educazione alla salute - Staff Direzionale ASP Vibo valentia*)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Gruppo tecnico nazionale PASSI

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

Referenti regionali

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

Gruppo di lavoro ASP Cosenza:

Coordinamento: Francesco Sconza, Vilmerio Gigli, Nello Guccione, Claudia Zingone,
Intervistatori: Maria Carmina Ammirati, Francesca Bonadio, Maria Capua, Miranda Cariati, Erminia Cicirelli, Letizia Cimminelli, Domenica Delia, Elvira Ferraro, Maria Concetta Giannace, Marisa Liguori, Adriana Lisco, Rosanna Mauro, Angela Ponzetta, Pia Porcelli, Roberta Rende, Rossella Rotondaro, Teresa Scalise, Anna Scialla, Anna Chiara Tomaselli, Giorgio Tripicchio.

Gruppo di lavoro ASP Crotone:

Coordinamento: Alessandro Bisbano

Gruppo di lavoro ASP Catanzaro:

Coordinamento: Antonella Sutera, Raffaele Di Lorenzo.
Intervistatori: Carmela Silipo, Teresa Talarico.

Gruppo di lavoro ASP Vibo Valentia:

Coordinamento: Giuseppe Paduano, Beatrice Grasso
Intervistatori: Nicolina Bosu, Paolo Antonio Ceraso, Valeria Di Grillo, , Maria Luisa Manfrida, Maria Rosa Tigani,

Gruppo di lavoro ASP Reggio Calabria:

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

Revisione del testo e impaginazione:

Federica Sconza, Massimo Ferrise

Si ringraziano per la disponibilità e la preziosa collaborazione fornita:

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

i Sindaci dei comuni calabresi;

i Medici di Medicina Generale.

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

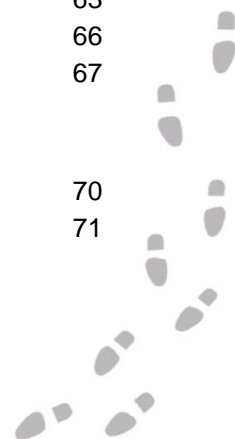
Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)





Indice

Il sistema di sorveglianza PASSI in breve	4
Salute e stili di vita: sintesi di dati 2010	5
Profilo socio-demografico	
Il campione 2010	7
Benessere	
Salute percepita	12
Depressione	14
Guadagnare Salute	
Attività Fisica	18
Situazione nutrizionale	21
Consumo di alcol	25
Abitudine al Fumo	29
Fumo passivo	32
Rischio cardiovascolare	
Rischio cardiovascolare	37
Iperensione arteriosa	38
Ipercolesterolemia	40
Fattori di rischio multipli	42
Calcolo del rischio cardiovascolare	43
Sicurezza	
Sicurezza stradale	46
Alcol e guida	49
Sicurezza domestica	52
Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce del tumore della mammella	55
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	59
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	63
Vaccinazione antinfluenzale	66
Vaccinazione antirosolia	67
Appendice	
Metodi	70
Monitoraggio	71



Il sistema di Sorveglianza PASSI in breve

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

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

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

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

Con la sorveglianza continua assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni: è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, con una regolare e assidua manutenzione.

Il sistema di sorveglianza PASSI indaga aspetti relativi a:

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

Ogni mese un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato per sesso ed età dagli elenchi delle Anagrafi Sanitarie; personale delle ASL specificamente formato effettua interviste telefoniche sulla base di un questionario standardizzato.

Successivamente i dati vengono trasmessi in forma anonima tramite Internet e registrati in un archivio unico nazionale.

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

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

Sintesi di dati 2010 (%)

	Campione Regione Calabria	Campione Nazionale
Stato sociale e benessere		
Livello di istruzione elevato (diploma superiore o più)	63 %	58 %
Lavoro regolare, tra le persone in età 18-65 anni	49 %	60 %
Nessuna difficoltà economica	26 %	46 %
Giudica la propria salute positivamente	57 %	68 %
Presenta sintomi di depressione	8 %	7 %
Condizioni che incidono sullo stato di salute		
È completamente sedentario	39 %	31 %
È in eccesso ponderale	49 %	42 %
Mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	6 %	10 %
Fuma	26 %	28 %
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	63 %	79 %
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	74 %	83 %
Riferisce che il medico lo ha informato sul proprio rischio cardiovascolare	18 %	7 %
Consumo di alcol a maggior rischio	22 %	19 %
Sicurezza stradale e domestica		
Ha guidato sotto l'effetto dell'alcol	9 %	10 %
Usa la cintura di sicurezza anteriore	74 %	83 %
Usa la cintura di sicurezza posteriore	12 %	19 %
Usa il casco	80 %	95 %
Ha avuto un infortunio domestico che ha richiesto l'intervento medico (ultimo anno)	4 %	4 %
Prevenzione		
Ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	50 %	70 %
Ha effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni	53 %	76 %
Ha effettuato un test preventivo del sangue occulto negli ultimi 2 anni	15 %	29 %
Ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	10 %	12 %
Ha effettuato la vaccinazione antiinfluenzale (solo malati cronici)	23 %	28 %
Ha effettuato la vaccinazione antirosolia (solo donne in età fertile)	33 %	36 %

= Significativamente diverso, ma peggiore del valore del campione nazionale

= Non significativamente diverso del valore del campione nazionale

= Significativamente diverso, ma migliore del valore del campione nazionale

profilo socio demografico

il campione 2010

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Il campione 2010

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

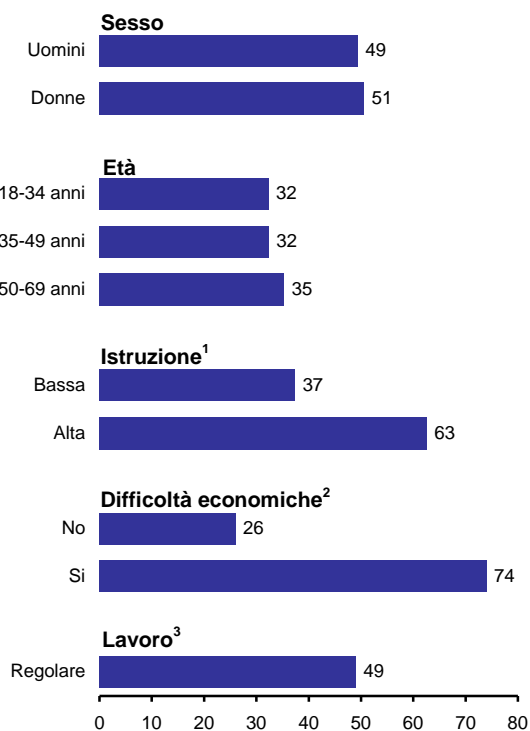
Nel corso del 2010 sono state intervistate 648 persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età, dalle anagrafi sanitarie delle suddette ASP.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 78 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta¹ è risultato del 93%, quello di sostituzione² del 16% e quello di rifiuto³ del 4% (ulteriori dettagli su questi indicatori sono riportati in Appendice).

Il 51% della popolazione è rappresentato da donne, la classe d'età 50-69 anni è la più rappresentata, il 63% ha conseguito la licenza media superiore o la laurea, il 74% lamenta difficoltà economiche e solo il 49% lavora con regolarità.

Caratteristiche demografiche intervistati

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



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

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

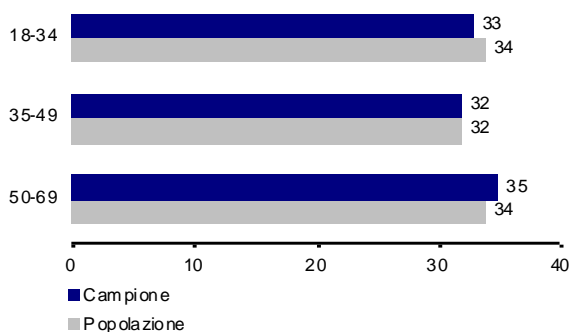
³Campione compreso tra 18 e 65 anni

L'età e il sesso

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

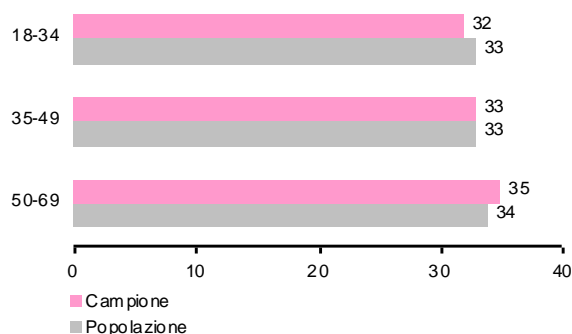
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli Uomini

Pool ASP - Calabria - PASSI 2010 (%)



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

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



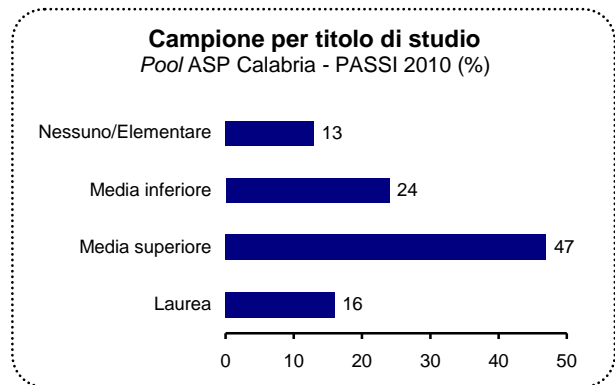
1 Tasso di risposta = intervistati / (intervistati + rifiuti + [non reperibili * tasso di eleggibilità nei contattati] + [senza telefono * 0,5])

2 Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili + non eleggibili + senza telefono) / (intervistati + rifiuti + non reperibili + non eleggibili + senza telefono)

3 Tasso di rifiuto = numero di rifiuti / (intervistati + rifiuti + [non reperibili * tasso di eleggibilità nei contattati] + [senza telefono * 0,5])

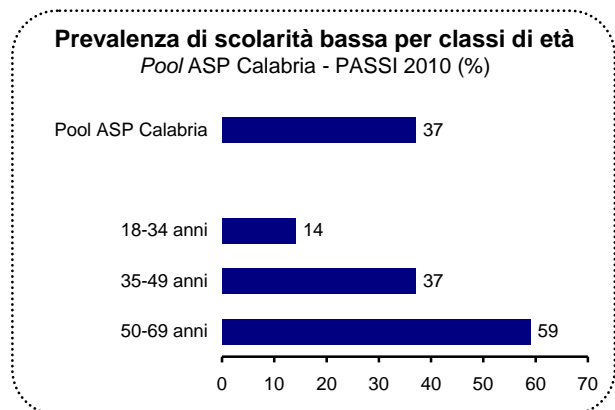
Il titolo di studio

In Calabria oltre un terzo della popolazione (37%) esibisce un basso livello di scolarità: il 13% del campione non possiede alcun titolo di studio o ha conseguito la licenza elementare, il 24% la licenza media inferiore, il 47% la licenza media superiore, il 16% un titolo di Laurea.



L'istruzione è correlata con l'età: la classe d'età più avanzata mostra infatti livelli di bassa scolarità (59%) superiori rispetto alle classi dei 18-34enni (14%) e dei 35-49enni (37%).

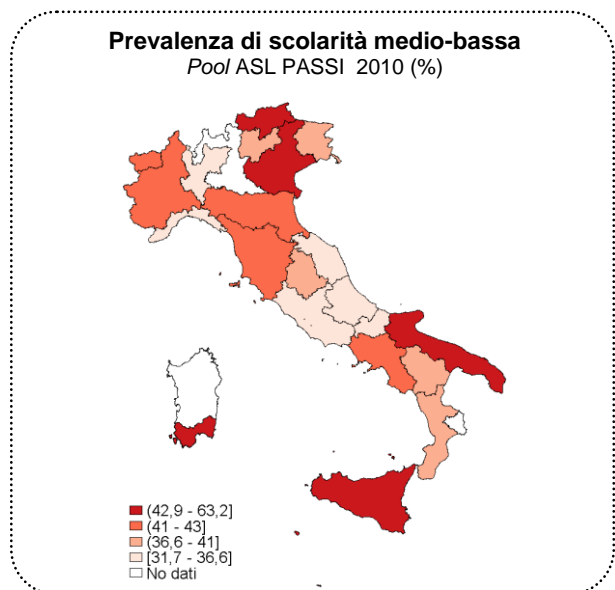
Dal punto di vista metodologico, pertanto, i confronti per titolo di studio devono tener conto dell'effetto dell'età ed essere condotti mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



Il confronto interregionale

Nel pool di ASL PASSI 2010 la scolarità medio-bassa (nessun titolo, licenza elementare o licenza media inferiore) è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

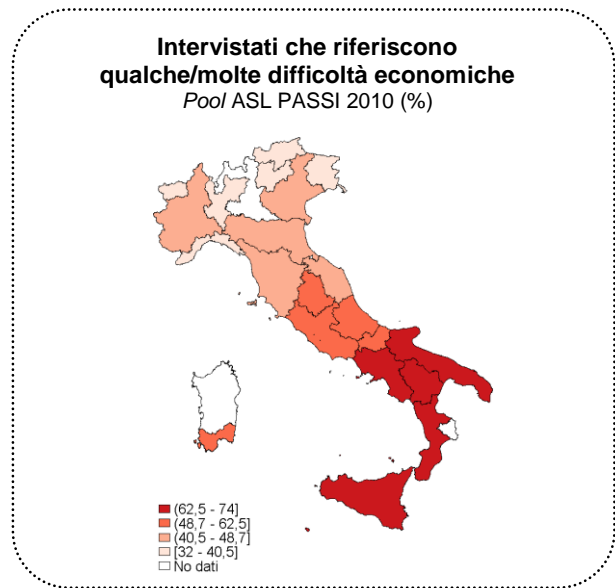
In Calabria si registra una prevalenza di scolarità medio-bassa inferiore alla media nazionale.



Il confronto interregionale

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

Nel *pool* di ASL PASSI 2010 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. La prevalenza di persone con qualche/molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.



La cittadinanza

Le persone con cittadinanza straniera costituiscono l'1% del campione. Gli stranieri sono più rappresentati nella classe d'età di 18-34 anni e in quella di 50-69 anni. Le donne sono presenti in maggior percentuale (1,5%) rispetto agli uomini (0,4%). È opportuno precisare che, prevedendo il protocollo la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazioni sugli stranieri maggiormente integrati o residenti da più tempo nel nostro Paese.

Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, segno di interesse e gradimento.

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

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate; nonostante la presenza di un buon numero di cittadini istruiti, la bassa percentuale di persone che lavorano stabilmente e in particolare le difficoltà economiche influenzano negativamente la salute dei calabresi.

benessere

percezione dello stato di salute
depressione

Percezione dello stato di salute

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

Percezione dello stato di salute - Pool ASP Calabria		% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute		56,8 (50,8-62,8)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica:		
0 giorni		64,9 (59,4-70,4)
1-13 giorni		25,6 (19,7-31,4)
≥14 giorni		9,5 (4,3-14,7)

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

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

Il 38% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 5% ha risposto in modo negativo (male o molto male).

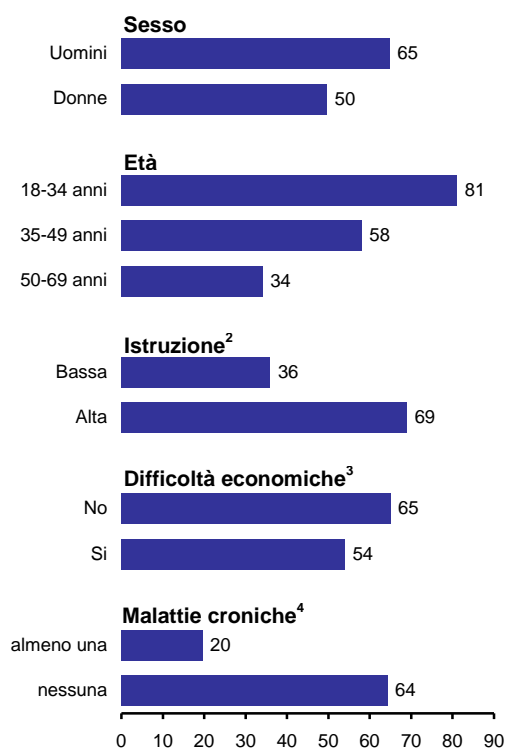
In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

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

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

Il 35% degli intervistati riferisce di aver dovuto limitare la propria attività abituale per problemi di salute fisica o psicologica: il 25% per un periodo compreso tra uno e tredici giorni, il restante 10% per oltre 13 giorni.

Stato di salute percepito positivamente¹ Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



¹ Persone che giudicano buona o molto buona la propria salute

² Bassa: nessuno/elementi/media inferiori; ³ Alta: media superiore/laurea

³ No: nessuna difficoltà; Si: qualche/molte difficoltà

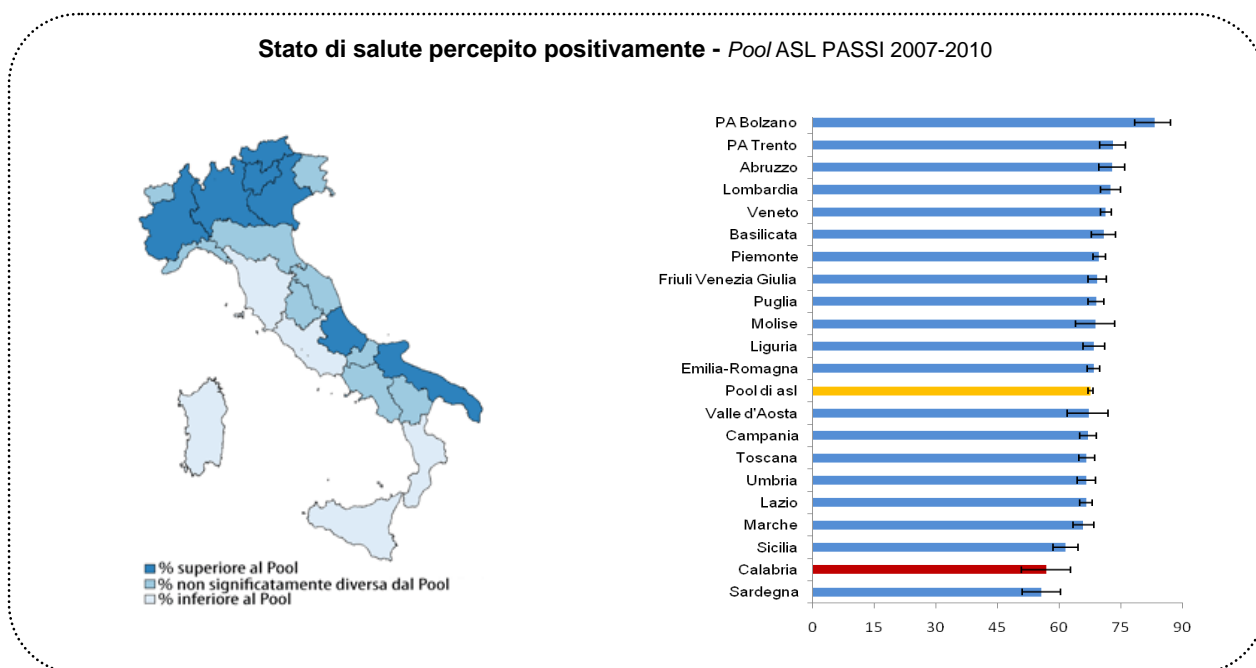
⁴ Infarto e altre malattie cardiovascolari; diabete; malattie respiratorie croniche; tumori; insufficienza renale, malattie del fegato.

Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile, la percentuale di persone che percepisce positivamente (bene/molto bene) il proprio stato di salute è stata calcolata sul *pool* quadriennale 2007-2010.

La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di *pool* (differenza non significativa dal punto di vista statistico), quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore rispetto al dato medio di *pool* 2007-2010 (differenza significativa dal punto di vista statistico).

Nel successivo diagramma sono riportati i dati regionali del 2007-2010 con i relativi intervalli di confidenza al 95%, riguardanti la percezione positiva del proprio stato di salute: la Calabria figura al penultimo posto con il 57% contro il 68% rilevato nel *pool* di ASL nazionali.



Conclusioni e raccomandazioni

Meno di sei intervistati su dieci hanno riferito di essere in buona salute: il dato calabrese risulta tra i più bassi tra quelli registrati nelle regioni italiane, in perfetta rispondenza con le informazioni desunte dalle indagini ISTAT riguardo gli anni vissuti in buona salute in Calabria e più in generale nel Meridione.

La percezione negativa del proprio stato di salute è maggiormente diffusa tra i meno giovani, le donne, i meno istruiti, i meno abbienti, gli affetti da patologie severe. Misura e monitoraggio dello stato di salute percepito possono fornire indicazioni utili alla programmazione: il "sentirsi" più che lo "star male" è spesso determinante per la richiesta di accesso al sistema sanitario.

Depressione

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's), la prima nei paesi ad alto reddito. In Italia, secondo le stime dello studio Esemmed, 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.

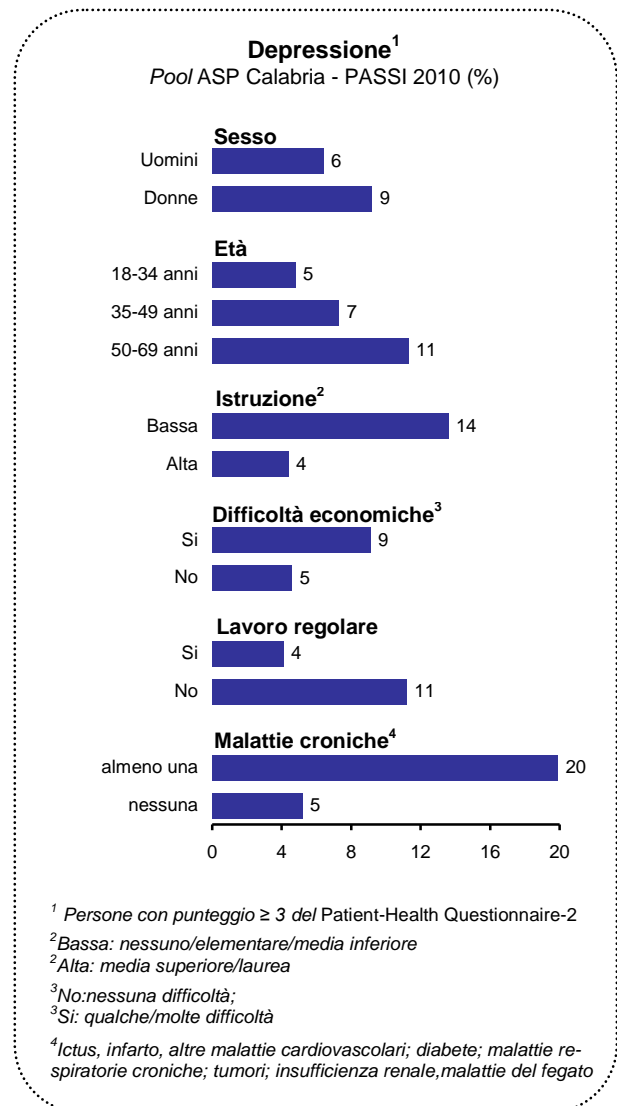
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

L'8% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.

A essere più colpite dai sintomi della depressione sono le donne (circa un terzo in più rispetto agli uomini), le persone con bassa istruzione, con difficoltà economiche, senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica severa.

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

Non è confermata, viceversa, l'associazione con il sesso e l'età.

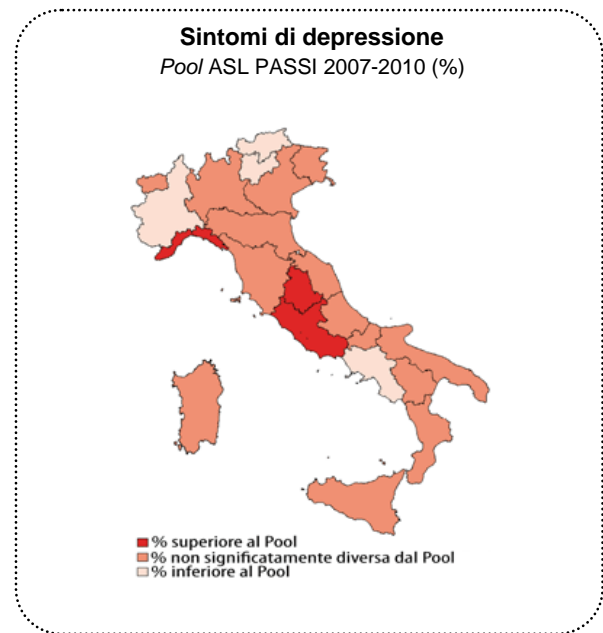


Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile, la percentuale di persone che riferisce sintomi di depressione è stata calcolata sul pool quadriennale 2007-2010.

La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di pool (differenza non significativa dal punto di vista statistico), quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore rispetto al dato medio di pool 2007-2010 (differenza significativa dal punto di vista statistico).

I dati regionali del 2007-2010 relativi ai sintomi di depressione sono riportati nel diagramma. Nel *pool* di ASP calabresi l'8% degli intervistati ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo a fronte del 7% relativo al *pool* di ASL nazionali.

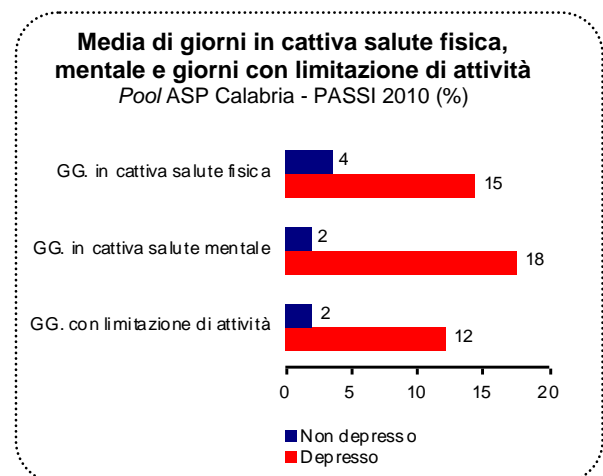


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione?

Il 23% di coloro che hanno riferito sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono", contro il 58% delle persone non depresse.

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

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



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Tra le persone con sintomi di depressione, quasi il 30% non richiede aiuti, mentre il 16% ha chiesto aiuto a familiari e/o amici, il 54% si è rivolto al medico o a un Operatore Sanitario e il restante 2% si è rivolto sia a un medico sia ai familiari. Nel *pool* di ASL nazionali non ricorre ad alcun aiuto circa il 40%, mentre il 19% ricorre a parenti o amici e il 34% al medico o a un Operatore Sanitario.

Sintomi di depressione - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane ¹	7,9 (5,4 - 10,4)
Ha cercato aiuto da qualcuno ²	71,7 (60,5 - 82,9)
Figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>Nessuna</i>	28,2 (17,0 - 39,4)
<i>medico/Operatore Sanitario</i>	53,6 (42,6 - 64,6)
<i>famiglia/amici</i>	15,9 (6,9 - 24,9)
<i>Entrambi</i>	2,3 (0,1 - 4,4)
¹ <i>Classificazione basata su un punteggio ≥ 3 del Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime due settimane durante i quali gli intervistati hanno provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si sono sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.</i>	
² <i>La domanda è stata rivolta a un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.</i>	

Conclusioni e raccomandazioni

I sintomi depressivi nella Regione Calabria riguardano quasi una persona su dieci; sono più frequenti negli adulti, soprattutto tra le donne e nelle 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. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una quota rilevante del carico complessivo di malattia (perdita di anni di vita in buona salute) nei Paesi industrializzati, colpisce il limitato ricorso, da parte delle persone con sintomi di depressione, all'assistenza del servizio sanitario.

Poiché una rilevante quota della popolazione affetta da sintomi depressivi non richiede alcun aiuto, qualora i servizi Asl per persone con sintomi di depressione siano presenti e accessibili, si raccomanda che medici di famiglia e altri Operatori Sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o condizioni disagiate. In tal senso, sarebbe necessario promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità sulla depressione perché chi ne è affetto possa giovare delle informazioni e del supporto utili a risolvere il problema.

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

guadagnare salute

attività fisica

situazione nutrizionale

consumo di alcol

abitudine al fumo

fumo passivo

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di: ipertensione, malattie coronariche e *ictus* cerebrale, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, cadute (specie degli anziani), alcune neoplasie come il cancro del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione anche del rischio 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. Il livello di attività fisica raccomandato alla popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari ad almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per non meno di 5 giorni alla settimana, oppure ad attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni. È importante che gli Operatori Sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in sinergia con altri interventi, possono essere molto utili a incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

Attività fisica - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Livello di attività fisica:	
<i>attivo</i> ¹	35,5 (30,8-40,2)
<i>parzialmente attivo</i> ²	25,8 (21,9-29,7)
<i>sedentario</i> ³	38,7 (34,0-43,4)

¹ Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni).

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

³ Non svolge un lavoro pesante e non pratica nessuna attività fisica nel tempo libero.

Quanti svolgono attività fisica?

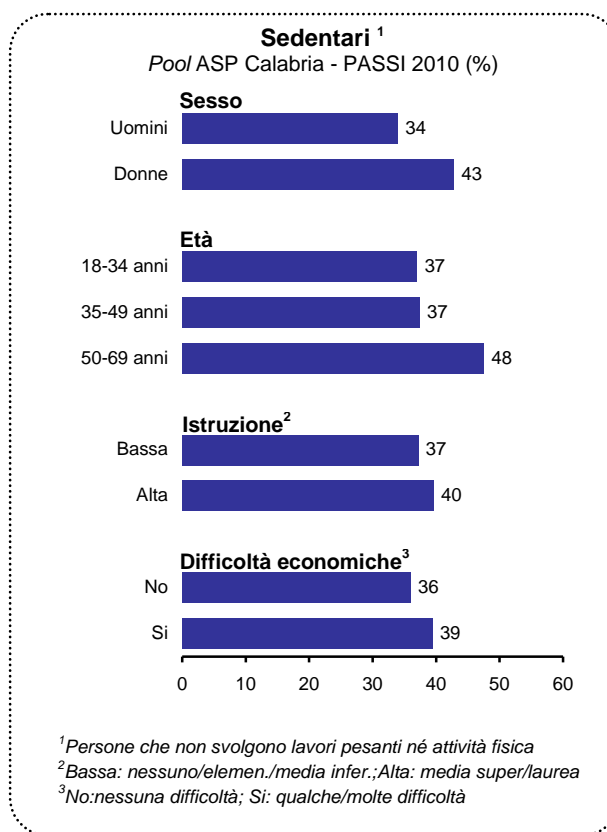
In Calabria circa il 35% delle persone intervistate ha riferito di svolgere un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo (*pool* di ASL nazionali 32%).

Circa il 26% non svolge un lavoro pesante e pratica attività fisica in misura inferiore a quanto raccomandato e può quindi essere definito parzialmente attivo (*pool* di ASL nazionali 37%).

Caratteristiche dei sedentari

Circa il 39% del campione può definirsi completamente sedentario. Si osservano percentuali maggiori di completamente sedentari tra i 50-69enni, tra le donne, tra le persone che attestano un livello d'istruzione più elevato e tra coloro che dichiarano di versare in serie difficoltà economiche.

Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si conferma significativa la sola associazione tra sedentarietà e sesso.

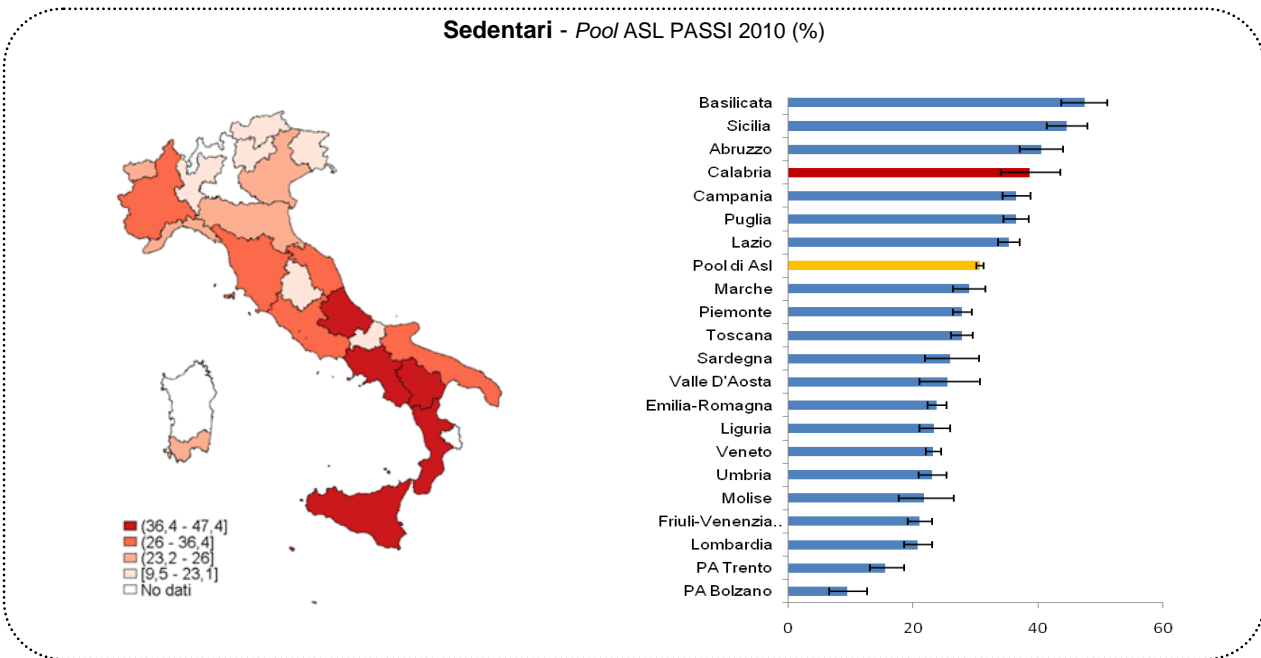


Il confronto interregionale

La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che praticano scarsa attività fisica nelle Regioni e ASL che nel 2010 hanno raccolto 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 (9%), quello più alto in Basilicata (47%).

In Calabria la percentuale di sedentari raggiunge il 39% e risulta significativamente superiore al dato registrato nel *pool* di ASL italiane (31%)



L'autopercezione del livello di attività fisica

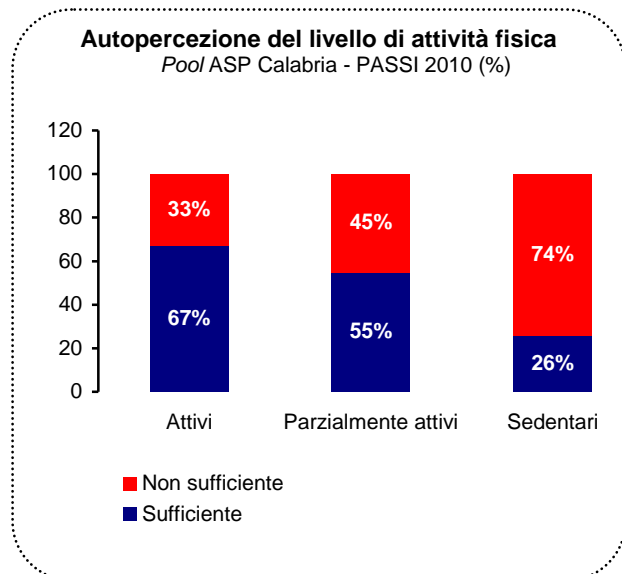
La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti rivolti a uno stile di vita più attivo.

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quello dell'attività effettivamente svolta.

Tra le persone attive, il 33% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.

Quasi la metà (55%) delle persone parzialmente attive e ben un sedentario su quattro (26%) hanno percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

I dati regionali sono parzialmente in linea con quelli rilevati dalle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi; 49% dei parzialmente attivi; 20% dei sedentari).



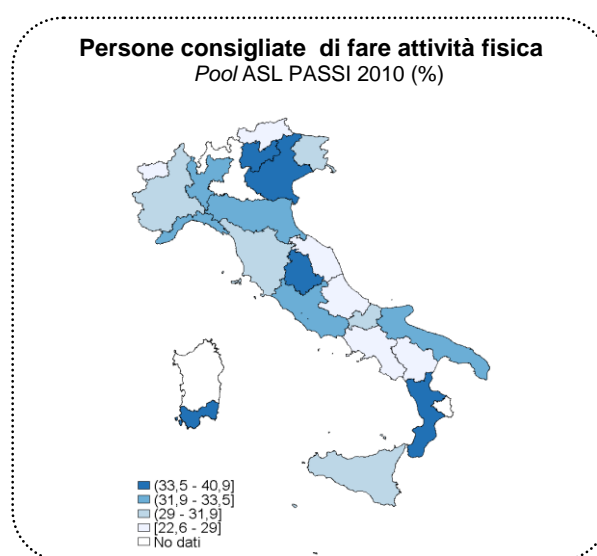
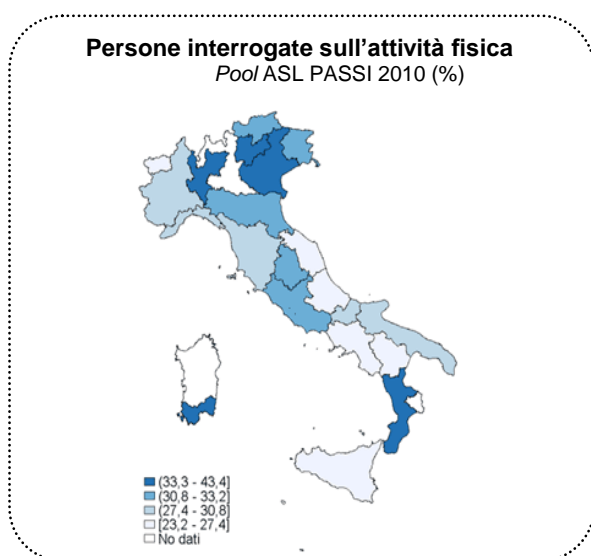
La promozione dell'attività fisica da parte degli Operatori Sanitari

Promozione dell'attività fisica - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Riferisce che un medico/Operatore Sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ¹	33,4 (28,1 - 38,7)
Riferisce che un medico/Operatore Sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ¹	36,6 (29,7 - 43,5)

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

In Calabria il 33% degli intervistati ha riferito che un medico/Operatore Sanitario gli ha chiesto se svolge regolare attività fisica, contro il 31% registrato a livello nazionale; il 37% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica (31% pool di ASL nazionali).

Emergono differenze nel confronto interregionale. La Basilicata registra il valore più basso (23%), la Sardegna quello più elevato (43%)



Conclusioni e raccomandazioni

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

Solo tre intervistati su dieci riferiscono che medici e Operatori Sanitari si sono informati e hanno consigliato loro di svolgere regolare attività fisica, nonostante i benefici per la salute che derivano dalla riduzione della sedentarietà e dal movimento. A livello nazionale è diminuita dal 2007 l'attenzione degli Operatori Sanitari; pur tuttavia è diminuito il numero di sedentari che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente. 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. L'attività fisica rappresenta uno dei punti cardine dei Piani Regionali della Prevenzione 2010-2012 ed è oggetto di progetti specifici in numerosi ambiti territoriali, tra cui la nostra Regione. La sorveglianza è in grado di misurare i progressi nella pratica dell'attività fisica anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate in questo ambito.

Assume rilevanza l'obiettivo del programma "Guadagnare Salute" di rendere facile al cittadino la scelta del movimento, a partire dall'attenzione alla realizzazione di un ambiente che non lo ostacoli ma che, anzi, lo favorisca. Possono incentivare la pratica dell'attività fisica iniziative quali campagne di informazione, promozione dell'uso delle scale, programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti, interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali).

Situazione nutrizionale

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

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Ciò spiega l'insistenza sul monitoraggio dell'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Sovrappeso e obesità

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

Situazione nutrizionale - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Popolazione in eccesso ponderale	48,7 (42,9-54,5)
sovrappeso ¹	35,9 (29,4-42,4)
obeso ²	12,8 (9,0-16,6)

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

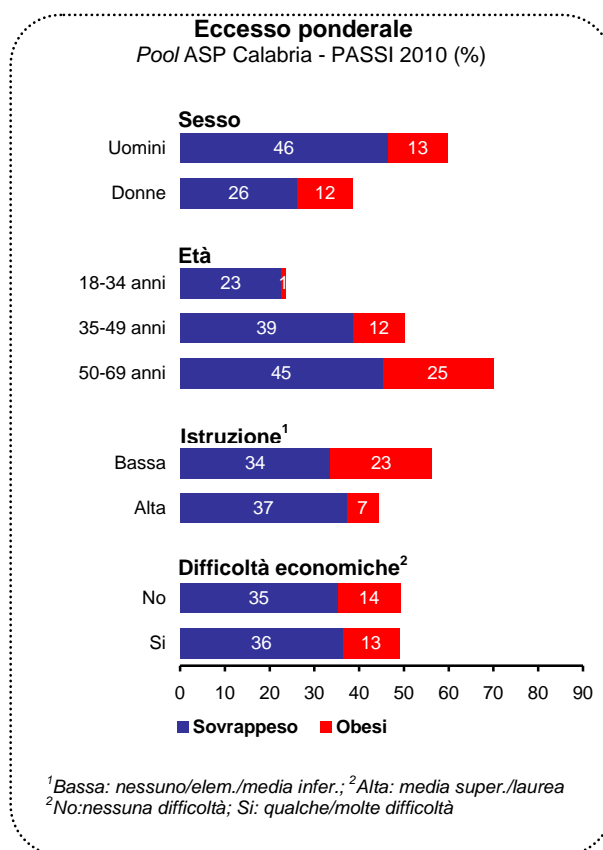
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

Nel pool di ASP calabresi circa il 49% degli intervistati è in eccesso ponderale: in particolare il 36% è in sovrappeso e addirittura il 13% è obeso.

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è più frequente al crescere dell'età, negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione, mentre non si apprezzano differenze relativamente alla posizione economica.

Analizzando tutte le variabili della tabella con un modello logistico multivariato, si conferma che l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa soltanto all'età e al sesso.

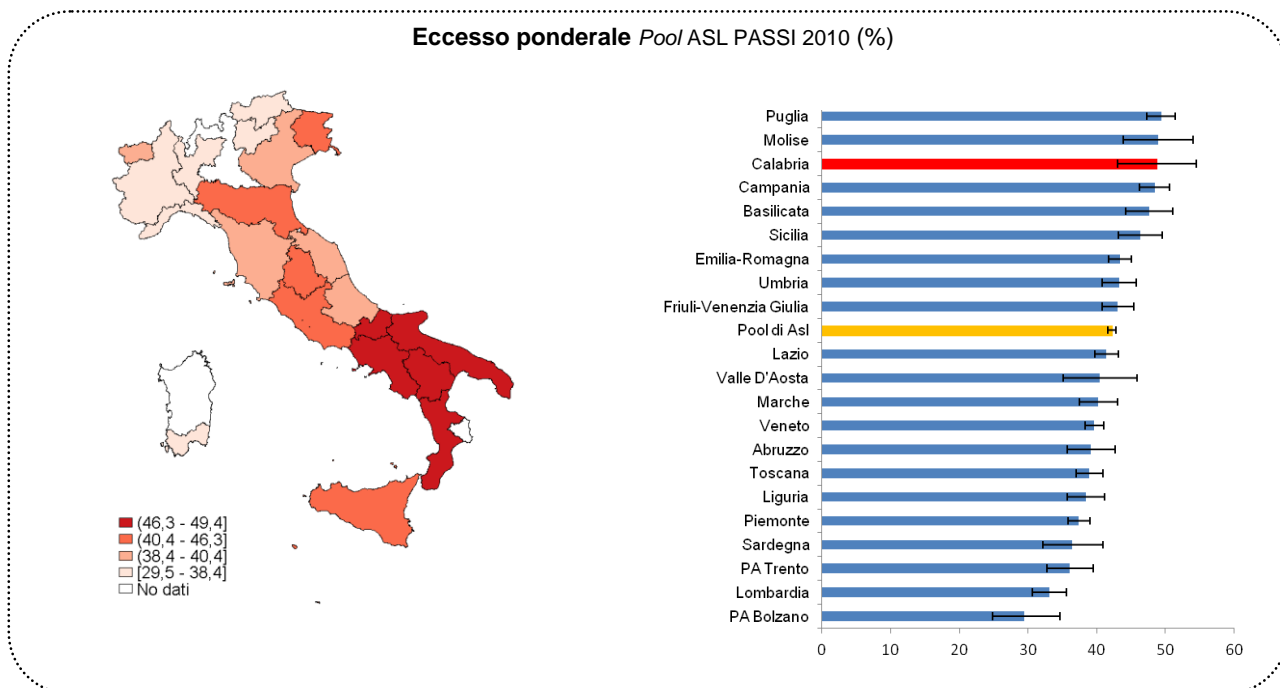
Nel pool di ASL nazionali il 42% degli intervistati è in eccesso ponderale: il 31% è in sovrappeso e ben l'11% è obeso. L'eccesso ponderale si associa all'età, al sesso, al livello d'istruzione e alle difficoltà economiche.



Il confronto interregionale

La mappa riporta la situazione dell'eccesso ponderale (sovrappeso/obesi) per le Regioni e ASL che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un gradiente Nord-Sud.

La P.A. di Trento è il territorio con la percentuale più bassa di persone in sovrappeso/obese (29%), mentre la Puglia è la regione con la percentuale più alta (49%), seguita a ruota da Molise e Calabria (v. grafico).

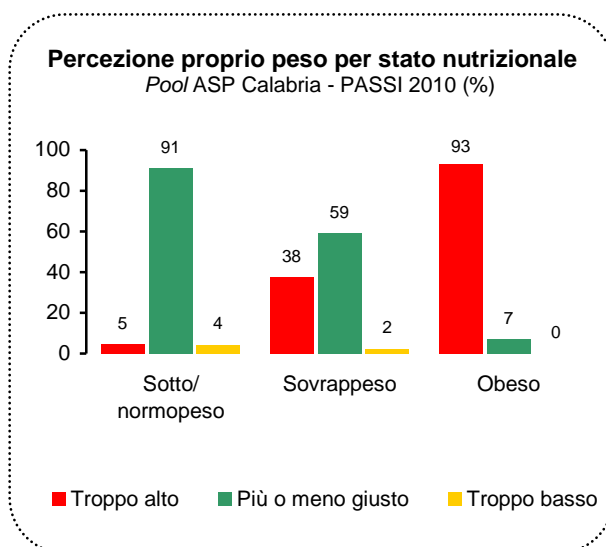


Percezione dell'adeguatezza del peso corporeo

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

Nel campione del *pool* Calabria, la percezione di essere in sovrappeso non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: tra le persone in sovrappeso ben il 59% ritiene il proprio peso appropriato e addirittura il 2% troppo basso; tra gli obesi il 7% considera il proprio peso giusto.

Nel campione del *pool* PASSI 2010 il 49% dei sovrappeso e il 9% degli obesi ritiene il proprio peso congruo.



I consigli degli Operatori Sanitari di perdere peso e fare attività fisica

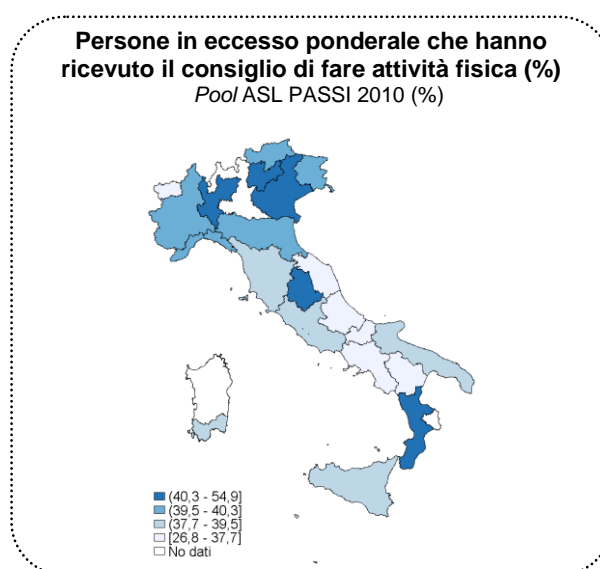
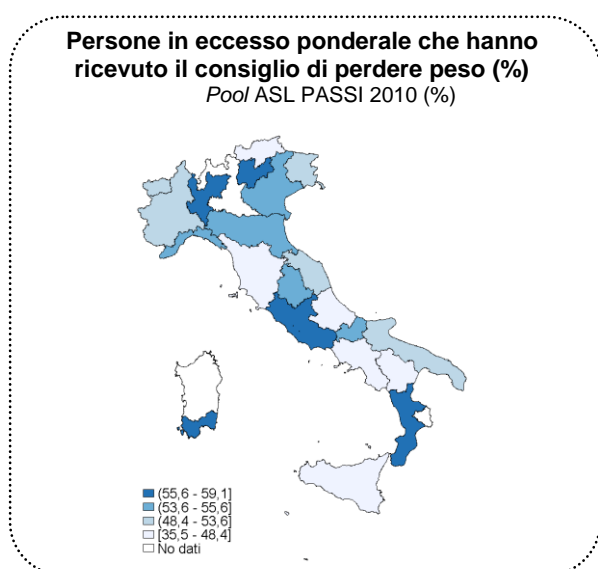
In Calabria il 60% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) dichiara di aver ricevuto da un medico o altro Operatore Sanitario il consiglio di perdere peso (51% dei sovrappeso; 86% degli obesi). Il 49% ha ricevuto il consiglio di praticare regolarmente attività fisica (44% dei sovrappeso; 61% degli obesi)

Consigli degli Operatori Sanitari ai sovrappeso/obesi - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Riferisce che un medico/Operatore Sanitario gli ha consigliato di perdere peso ¹	60,6 (52,2 - 69,0)
Riferisce che un medico/Operatore Sanitario gli ha consigliato di praticare attività fisica	48,7 (41,3 - 56,1)

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

Il confronto interregionale

Nel pool di ASL nazionali il 52% delle persone in eccesso ponderale (44% dei sovrappeso e 77% degli obesi) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico/Operatore Sanitario. Il 39% delle persone in eccesso ponderale ha attestato di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica.



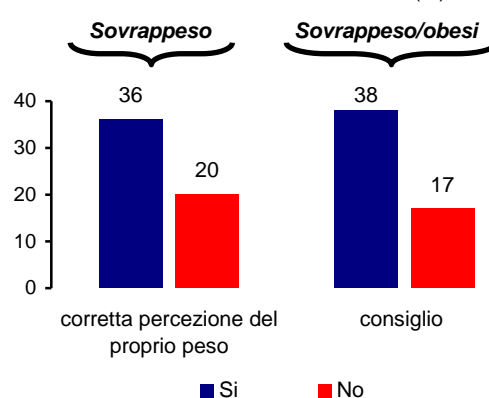
Effetti della corretta percezione del proprio peso e dei consigli degli Operatori Sanitari

Tra coloro che sono in sovrappeso, quelli che percepiscono il proprio peso come troppo elevato attuano più spesso una dieta per perdere peso (36% vs 20%).

Tra tutte le persone in eccesso ponderale, quelle che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un Operatore Sanitario seguono più frequentemente una dieta (38% vs 17%).

Nel pool di ASL nazionali si registrano i seguenti dati: rispettivamente 31% vs 14% e 38% vs 11%.

Persone che seguono una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso o ai consigli degli Operatori Sanitari



Il consumo di frutta e verdura

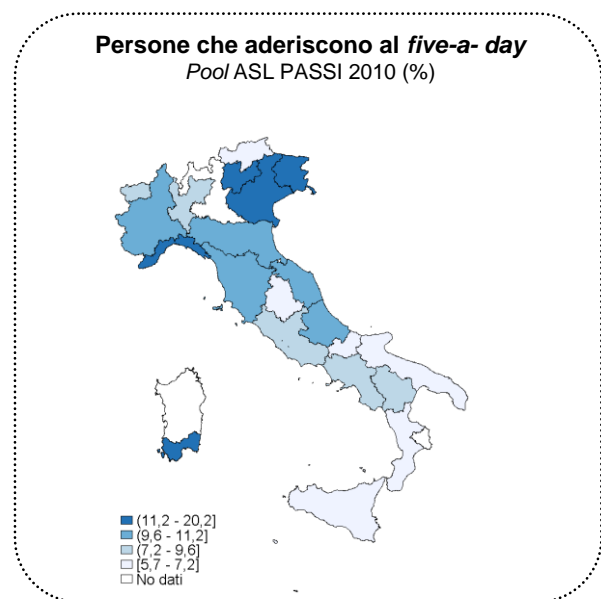
Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'*ictus* cerebrale (OMS) lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% degli *ictus* cerebrali. Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

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

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

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

I Calabresi che dichiarano di aver consumato nel corso del 2010 almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ammontano ad appena il 6%. Il consumo è minore tra i giovani e tra i meno istruiti. Nel *pool* di ASL nazionali solo il 10% degli intervistati consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. La mappa riporta la distribuzione geografica dell'adesione alle 5 porzioni al giorno. Il valore più basso si registra nelle Asl della Calabria (6%), il più alto in Liguria (20%).



Conclusioni e raccomandazioni

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

Il consumo di alcol

Il consumo dannoso di alcol ha effetti cronici, rappresentati da malattie come la cirrosi del fegato, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori, ed effetti acuti rappresentati da incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e comportamenti sessuali a rischio. Inoltre il consumo di alcol può produrre una grave forma di dipendenza.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società.

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

Il consumo di alcol e le 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 e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali non sono rilevabili rischi per la salute. La soglia del consumo moderato adottata da PASSI è pari a due unità alcoliche per gli uomini (un'unità per le donne) bevute in media al giorno. Al di sopra di questo limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

In base ai limiti definiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai *pattern* di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che consumano bevande alcoliche si classificano in gruppi a rischio per le conseguenze sfavorevoli dell'alcol: forti consumatori, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e consumatori che indulgono a grandi bevute (*binge drinking* [1]).

Il consumo di alcol in Calabria

Consumo di alcol - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	56,4 (49,5-63,3)
Bevitori a rischio ¹ :	21,5 (15,8-27,2)
<i>bevitori solo o prevalentemente fuori pasto</i>	8,1 (3,6-12,6)
<i>forti bevitori*</i>	8,8 (5,5-12,1)
<i>bevitori binge**</i>	8,9 (5,2-12,6)
¹ Bevitori fuori pasto o bevitori binge o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti. * più di due unità di alcol per gli uomini (più di una per le donne), in media, al giorno (riferito agli ultimi 30 giorni) ** almeno una volta 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in singola occasione (riferito agli ultimi 30 giorni)	

In Calabria la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (bevitori) è risultata del 56%, in linea con il *pool* di ASL nazionali (55%).

Nel complesso il 22% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio, in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa: in particolare l' 8% degli intervistati consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto; l'8% ricade nella categoria dei forti bevitori, poiché consuma mediamente in un giorno più di due (uomini) o una (donne) unità alcoliche (dato riferito all'ultimo mese); il 9% è classificabile come bevitore *binge* (modalità di consumo dell'alcol ritenuta ad alto rischio), dato che dichiara di aver assunto negli ultimi 30 giorni almeno una volta, in una singola occasione, 5 o più unità alcoliche (uomini) o 4 o più unità alcoliche (donne).

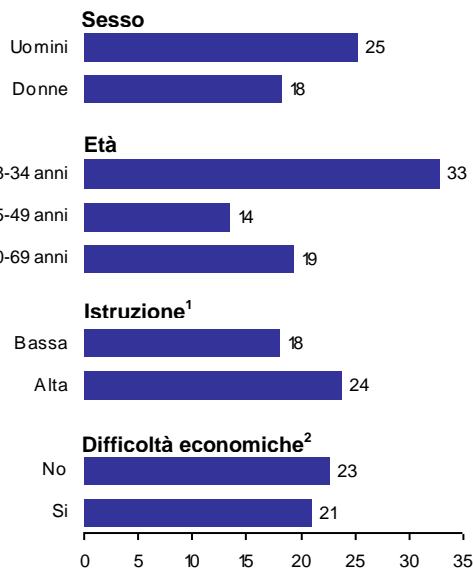
Le caratteristiche dei bevitori a rischio

Il consumo a rischio riguarda circa il 22% della popolazione e risulta più frequente tra i giovani (in particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e quanti non dichiarano difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili con un modello logistico multivariato, si confermano associate in maniera statisticamente significativa con il consumo a rischio solo la giovane età e il sesso.

Consumo a rischio (ultimi 30 gg.)

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



¹Alta: media superiore/laurea

¹Bassa: nessuno/elementare/media inferiore

²No: nessuna difficoltà;

²Si: qualche/molte difficoltà

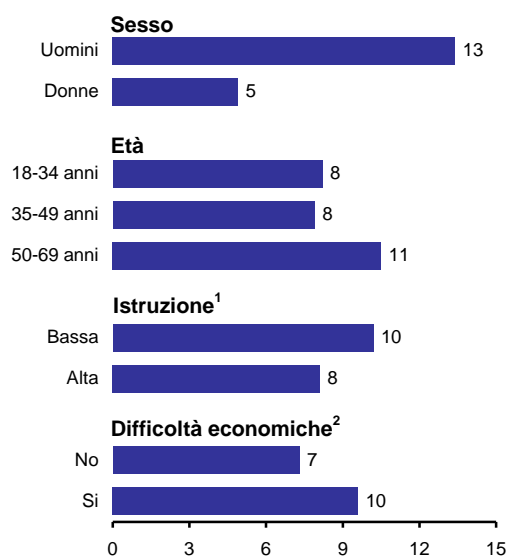
Le caratteristiche dei bevitori binge

Il 9% degli intervistati attesta la modalità di consumo del *binge drinking*, ritenuta ad alto rischio. Esso risulta più frequente tra gli uomini, tra i meno istruiti e tra le persone che lamentano gravi difficoltà economiche.

Analizzando tutte le variabili con un modello logistico multivariato, si conferma associato in maniera statisticamente significativa con tale modalità di consumo solo il sesso.

Consumo Binge (ultimi 30 gg.)

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



¹Bassa: nessuno/elementare/media inferiore

¹Alta: media superiore/laurea

²No: nessuna difficoltà;

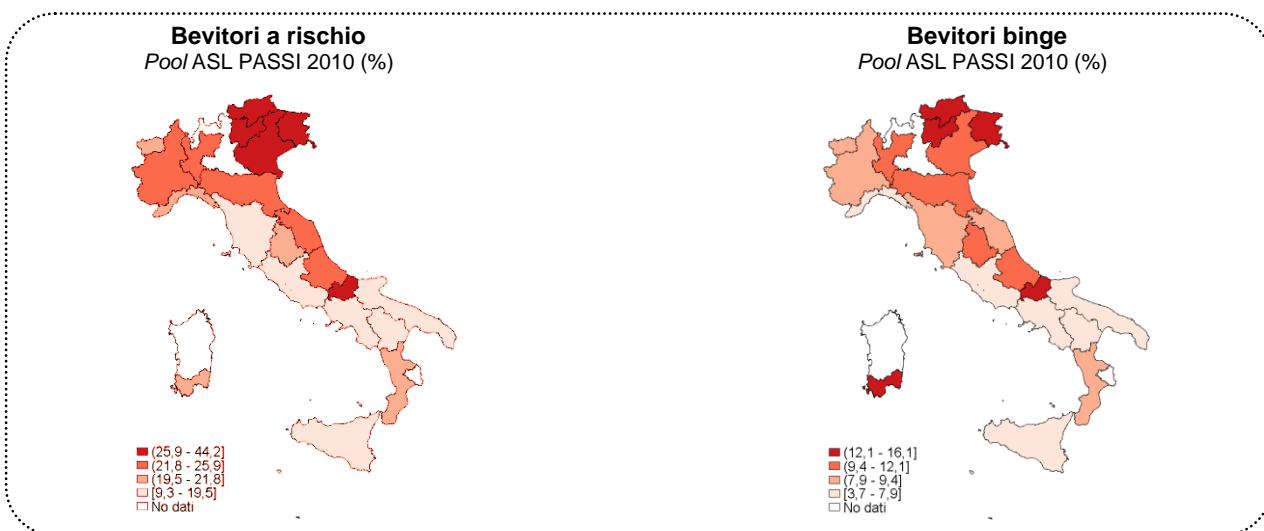
²Si: qualche/molte difficoltà

Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19% (9% consumo forte, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto). Nelle Regioni e ASL che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo il *range* varia dal 9% della Campania al 44% della P.A. di Bolzano. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Sud-Nord.

Nel *pool* di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 7%.

Nelle Regioni e ASL che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo il *range* varia dal 4% di Sicilia e Campania al 16% del Friuli-Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Sud-Nord.



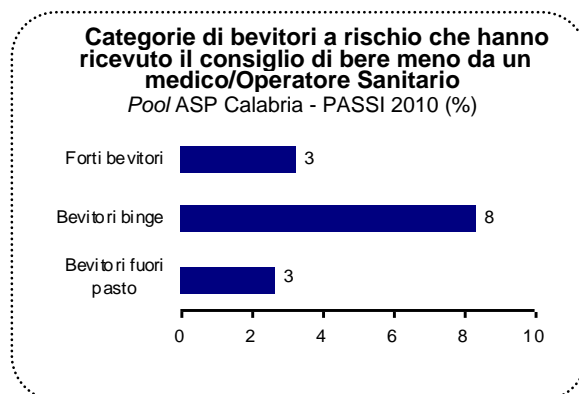
L'attenzione degli Operatori Sanitari al consumo di alcol

Medici di medicina generale e altri Operatori Sanitari dovrebbero ricercare sistematicamente, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un rischio. Dalla voce degli assistiti PASSI rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Informazioni e consigli sul consumo di alcol - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Informazioni richieste da un medico/Operatore Sanitario sul consumo di alcol	11,4 (7,8-15,0)
Consigliato da un medico/Operatore Sanitario - ai bevitori a rischio - di ridurre il consumo	3,1 (0,2-6,0)

In Calabria solo l'11% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro Operatore Sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Solo il 3% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro Operatore Sanitario il consiglio di bere meno (in particolare: l'8% dei bevitori *binge*, poco più del 3% dei forti bevitori e meno del 3% dei bevitori fuori pasto).

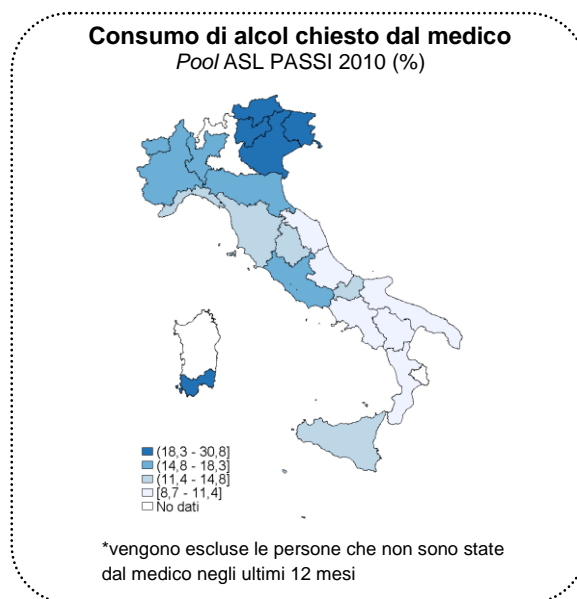


Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL partecipanti al sistema solo il 15% 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 dal 9% delle Asl della Basilicata, Campania e Marche al 31% della Sardegna. Questa frequenza rimane sostanzialmente stabile dal 2007.

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: in particolare, tra coloro che bevono alcol solo o prevalentemente fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 4%, mentre nel caso dei forti bevitori e dei bevitori *binge* sale all'8%.

La frequenza dei bevitori a rischio che dichiarano di aver ricevuto consigli dal medico è stabile dal 2007.



Conclusioni

La maggioranza dei calabresi non beve alcol (44%) o beve moderatamente (35%). Tuttavia, si stima che più di un adulto su cinque abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini i bevitori a rischio sono uno su quattro e tra i giovani uno su tre.

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.

La capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti risulta efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, ma i dati PASSI mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri Operatori Sanitari rispetto a possibili problemi dei loro pazienti associati al consumo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno. È questa dunque un'area di intervento prioritario per la possibilità di ottenere notevoli benefici.

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, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

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 sollecitano una sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo. Nell'ottica del programma "Guadagnare Salute" è infatti fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, gli interventi che registrano il miglior rapporto costo-efficacia per la riduzione dei danni provocati dall'alcol risultano l'aumento dei costi dell'alcol, il renderne più difficoltosa la reperibilità e la riduzione o eliminazione di spot che pubblicizzano le bevande alcoliche.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco rientra tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, e rappresenta il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. Si stima che in Italia siano attribuibili all'abitudine al fumo fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno e circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (DALYs). Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori si è progressivamente ridotta negli uomini, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È in aumento, inoltre, la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Non fumatori	59,0 (53,1-64,9)
Ex fumatori	15,1 (10,1-20,1)
Fumatori ¹	25,9 (22,5-29,3)
quotidiani ²	23,6
occasional ³	0,5
in astensione ⁴	1,8

¹ Chi ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o ha smesso da meno di sei mesi.
² fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno
³ fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni
⁴ fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi

Nel 2010, tra gli intervistati calabresi di 18-69 anni, il 59% dichiara di non fumare, il 15% è classificabile come ex fumatore e il 26% è fumatore. Tra i fumatori, la media di sigarette fumate al giorno è pari a 18. Il 24% degli intervistati ha dichiarato di fumare tutti i giorni e i forti fumatori, cioè coloro che hanno dichiarato di fumare più di 20 sigarette al giorno, sono il 3%.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori ?

L'abitudine al fumo misurata da PASSI nel 2010 nella popolazione calabrese di 18-69 anni è pari al 26%.

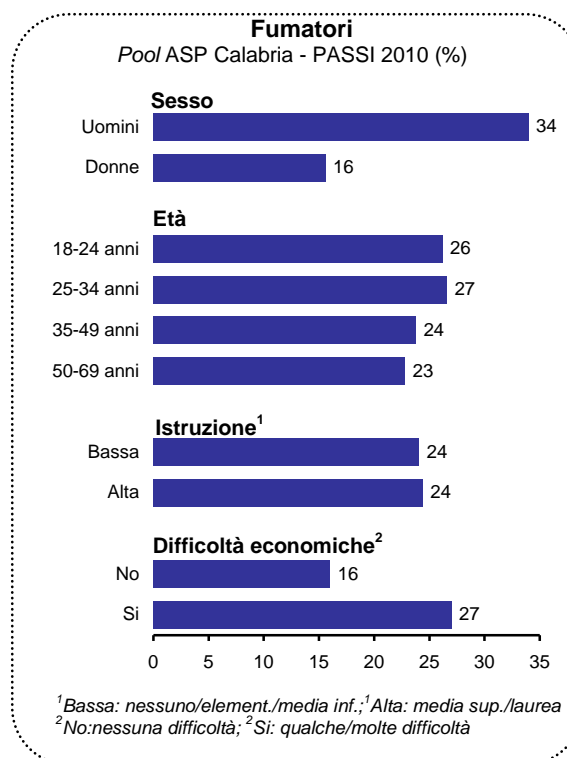
L'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 25-34enni, per decrescere gradualmente nelle classi di età più mature.

Persiste ancora una sensibile differenza tra uomini (34%) e donne (16%), alle quali va riconosciuta una sorta di resistenza alla dipendenza da fumo non parimenti riscontrabile negli uomini.

La prevalenza aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche, mentre risulta sovrapponibile in relazione al livello di istruzione.

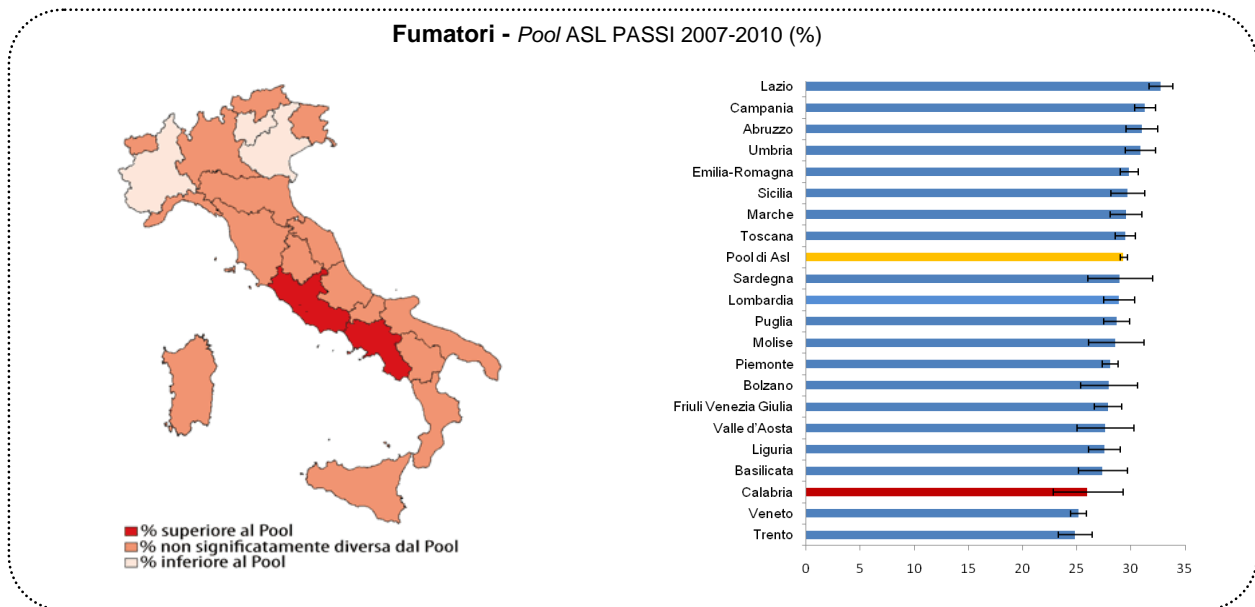
Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, risultano significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e le variabili età e difficoltà economiche.

L'abitudine al fumo misurata da PASSI nel 2010 sull'intero pool di ASL è pari al 28% nella popolazione 18-69 anni.



Il confronto interregionale

Ai fini di un confronto interregionale più attendibile, la prevalenza dei fumatori è stata calcolata sul *pool* quadriennale (2007-2010). Nella mappa sottostante le Regioni sono distinte a seconda che la prevalenza dell'indicatore sia in linea (differenza non statisticamente significativa) o superiore o inferiore rispetto al dato medio del *pool* 2007-2010 (differenza statisticamente significativa). I dati regionali del 2007-2010 relativi ai fumatori sono riportati nel diagramma: non si registrano differenze significative tra Calabria e *pool*.

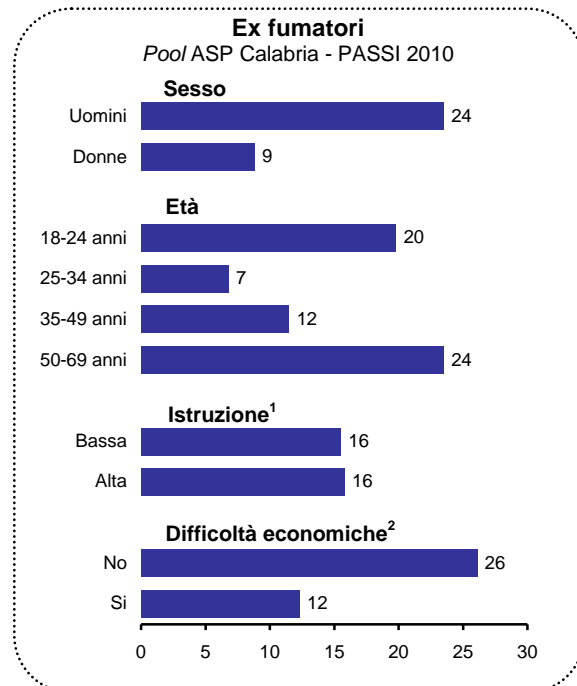


Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori ?

Si è osservata una prevalenza più elevata di ex fumatori:

- tra le persone sopra i 50 anni e tra i 18-24enni (classi d'età, rispettivamente, meno e più giovani);
- tra gli uomini;
- tra le persone che dichiarano di non trovarsi in difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, si confermano associate significativamente allo *status* di ex fumatore il sesso e le condizioni economiche.



L'attenzione di medici e Operatori Sanitari riguardo l'abitudine al fumo

Nel 2010, tra i calabresi che si sono rivolti a un medico o a un Operatore Sanitario negli ultimi 12 mesi, il 38% ha dichiarato di aver ricevuto domande circa il proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo: in particolare le domande sono state indirizzate al 71% dei fumatori, al 49% degli ex fumatori e al 22% dei non fumatori.

Tra i fumatori, il 55% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare: in particolare, al 18% dei fumatori il consiglio è stato dato a scopo preventivo, al 23% per specifici problemi di salute, al restante 14% per entrambi i motivi.

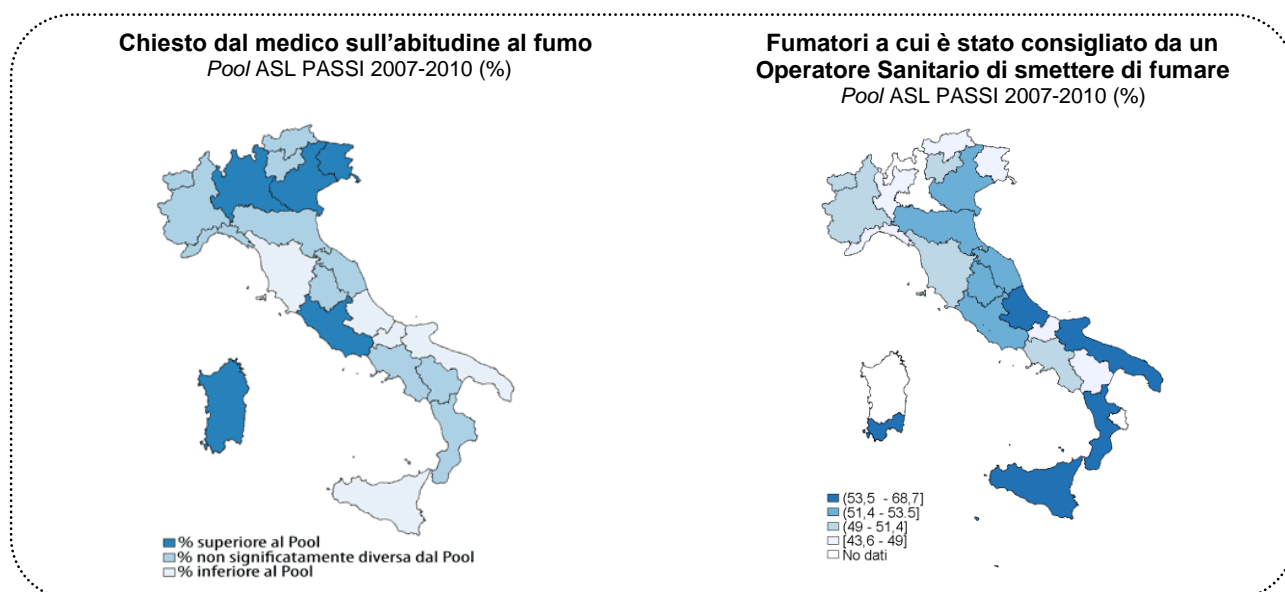
Le domande e l'attenzione di medici e Operatori Sanitari- Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo:	38,1 (32,8 - 43,4)
<i>ai fumatori</i>	71,4 (61,5 - 81,4)
<i>agli ex fumatori</i>	49,5 (28,5 - 70,4)
<i>ai non fumatori</i>	22,1 (14,5 - 29,8)
Consigliato dal medico – ai fumatori attuali – di smettere:	55,4 (45,3 - 65,5)
<i>a scopo preventivo</i>	17,8 (9,8 - 25,8)
<i>per specifici problemi di salute</i>	23,3 (15,8 - 30,8)
<i>per entrambi i motivi</i>	

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

Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile, la percentuale di intervistati che riferiscono che un Operatore Sanitario si è informato sull'abitudine al fumo è stata calcolata anche sul *pool* quadriennale (2007-2010) e i risultati sono stati riportati nella mappa secondo le modalità già utilizzate per i fumatori.

Il consiglio di smettere di fumare da parte del medico/Operatore Sanitario è dato più frequentemente nelle Regioni meridionali e nelle isole. Poiché il dato del 2010 non è confrontabile con quello degli anni precedenti, a causa di una diversa modalità di raccolta dei dati, nella mappa e nel grafico sono riportati i dati per il solo 2010.



Conclusioni

La maggioranza degli adulti in Calabria non fuma o ha smesso di fumare.

Circa un adulto su quattro manifesta questa abitudine, che si presenta più frequentemente tra gli uomini, nei giovani adulti di 18-34 anni e nella popolazione più svantaggiata dal punto di vista socio-economico; ma, mentre i valori registrati per il sesso maschile sono allineati alla media nazionale, quelli relativi alle donne sono sensibilmente inferiori.

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità di interventi (v. ad es. l'FCTC - acronimo di *Framework Convention on Tobacco Control*, Convenzione quadro per il controllo del tabacco che rappresenta il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica e riconosce i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano. La Convenzione quadro stabilisce obiettivi e principi giuridicamente vincolanti che i firmatari - Paesi od organizzazioni per l'integrazione economica, come la Comunità europea - sono tenuti a rispettare e mira a tutelare le generazioni presenti e future dalle conseguenze devastanti del consumo e dell'esposizione al fumo di tabacco a livello sanitario, sociale, ambientale ed economico).

Il nostro Paese è fortemente impegnato (nella progettazione e attuazione) del Piano Sanitario della Prevenzione 2010-2012, con piani di contrasto al tabagismo in quasi tutte le Regioni.

Esposizione al fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza concorre a determinare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia può provocare otite media, asma, bronchite e polmonite. Essere esposti al fumo passivo aumenta il rischio di contrarre gravi patologie quali il cancro e le malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Con la Legge per la Tutela della Salute dei non Fumatori (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stata uno dei primi Paesi dell'Unione europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità, con l'obiettivo di proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

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.

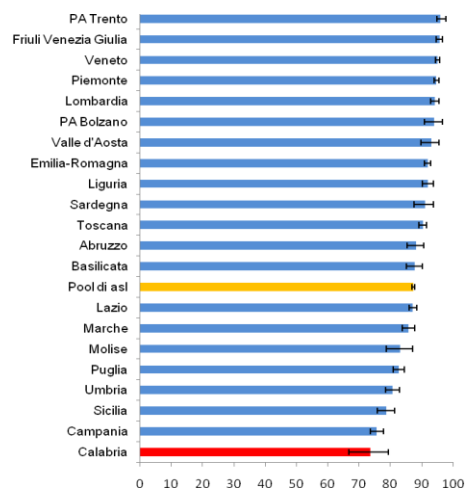
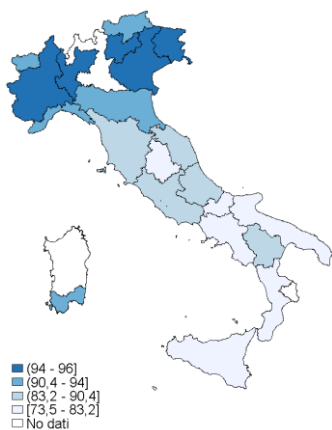
Fumo passivo - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Divieto di fumare rispettato (sempre o quasi sempre):	
<i>nei locali pubblici</i>	73,5 (67,1-79,9)
<i>sul luogo di lavoro</i>	80,4 (74,1-86,7)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	70,3 (65,4-75,2)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	77,5 (69,9-85,1)

Il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre secondo il 74% degli intervistati. Il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato nell'80% dei casi a detta degli intervistati che lavorano. Riguardo all'abitudine di fumare in casa, il 70% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione, il 24% che si può fumare SOLO in alcuni locali, il restante 6% dappertutto. La percentuale di abitazioni con un minore di 14 anni in cui si fuma, con o senza limitazioni, è del 23%.

Il confronto interregionale

La mappa riporta la situazione del rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici per le Regioni e ASL che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo.

Persone che ritengono rispettato sempre/quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Pool ASL PASSI 2010 (%)

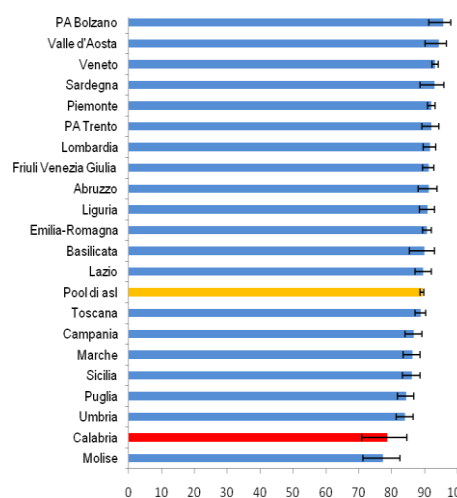
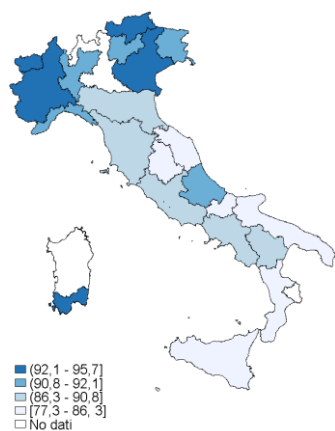


L'87% delle persone intervistate ha riferito che il divieto è rispettato sempre o quasi sempre. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un gradiente Nord-Sud: la P.A. di Trento è il territorio con la percentuale più elevata (96%), mentre in Calabria si registra la percentuale più bassa (73,5%).

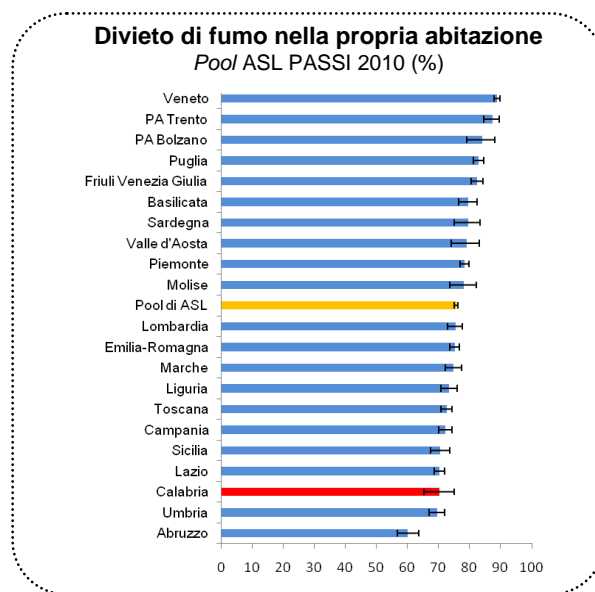
Tra gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, circa 9 persone su 10 riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro.

Si osservano, anche in questo caso, differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un gradiente Nord-Sud: la P.A. di Bolzano risulta il territorio con la percentuale più elevata (96%), mentre in Molise (77%) e in Calabria (79%) si registrano i valori più bassi.

Lavoratori che ritengono sempre/quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Pool ASL PASSI 2010 (%)



Nel *pool* di ASL nazionali più di tre intervistati su quattro (76%) dichiarano che non è consentito fumare in alcun locale della propria abitazione: in particolare, il 20% riferisce che il fumo è ammesso solo in alcune stanze, mentre il restante 4% attesta che non è consentito fumare in alcun ambiente chiuso della casa. In Calabria il divieto di fumo nella propria abitazione (70%) risulta statisticamente inferiore alla media registrata nel *pool* di ASL nazionali. Tra coloro che vivono con minori di 15 anni, le regole sono lievemente più rigide: la percentuale di abitazioni calabresi in cui vige il divieto di fumare è infatti del 78%, ancora al di sotto della media del *pool* nazionale (83%).



Conclusioni

Poiché il fumo può essere proibito solo ai minori, la comunità dei non fumatori va difesa nel suo insieme dai rischi per la salute derivanti dall'esposizione passiva, ponendo in particolare l'accento sulle categorie a rischio e su quelle meno tutelate. La legge sul divieto di fumo dei locali pubblici e sui luoghi di lavoro rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica nel nostro Paese.

L'attività ispettiva in luoghi di lavoro e locali pubblici potrebbe ridurre le disuguaglianze rispetto all'applicazione della legge sul divieto di fumo ancora registrabili tra la nostra Regione e gran parte del territorio nazionale. Le ASP e gli Ospedali dovrebbero dotarsi di propri regolamenti interni per eliminare il fumo passivo prima di tutto negli ambienti che sono sotto il loro controllo ed assumere in tal modo un ruolo guida per istituzioni pubbliche e aziende private.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora frequente (30%), soprattutto considerando che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. La situazione migliora parzialmente nelle case in cui vivono minori di 15 anni, dove si fuma comunque nel 22% dei casi. Si ritiene indispensabile, pertanto, intensificare la comunicazione ai genitori di bambini sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo.

Smettere di fumare

La dipendenza dalla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza e dall'abuso, è ciò che induce la maggior parte dei fumatori a fumare tutti i giorni, sebbene consapevoli dei danni provocati dal fumo. I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale: alcuni di essi sono conseguibili a brevissimo termine dall'ultima sigaretta, altri impiegano mesi o anni per consolidarsi. Si tratta in ogni caso di elementi essenziali di cui prendere atto per favorire un processo di cambiamento e una motivazione alla decisione di cessazione.

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

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

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

Smettere di fumare - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	43,1 (34,2 - 51,9)

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

Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 43% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'84% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 13% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 3% è riuscito a smettere (non fumava e aveva smesso da oltre 6 mesi).

Nel pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Tra chi ha tentato di smettere nell'ultimo anno, l'89% l'ha fatto da solo, l'8% non ricorda precisamente le modalità utilizzate e il 3% ha usato farmaci o cerotti.

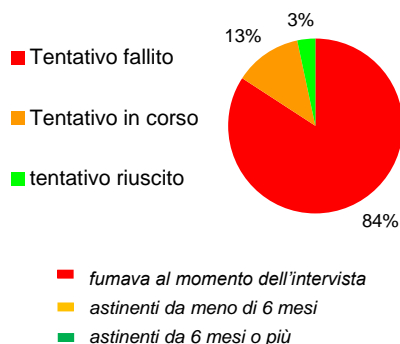
Queste percentuali risultano molto simili sia tra chi ha tentato di smettere ed è riuscito che tra chi ha tentato e non è riuscito a smettere.

Solo una percentuale irrilevante (inferiore allo 0,5%) si è rivolta ai servizi o ai corsi offerti dalle ASL.

Chi tenta di smettere senza partecipare a incontri e corsi organizzati dalle ASL generalmente o non conosce l'esistenza di questi servizi o non ha fiducia nella loro utilità.

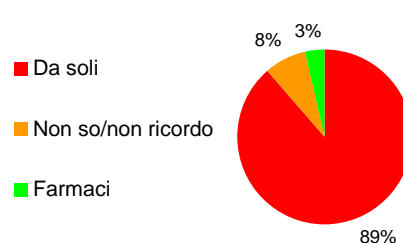
Esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



Modo in cui i fumatori hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno*

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



* La variabile comprende tutti i fumatori che hanno tentato di smettere negli ultimi 12 mesi, sia che ancora fumino, sia che non fumino al momento dell'intervista.

Raccomandazioni

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

Conclusioni

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

rischio cardiovascolare

rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

Rischio cardiovascolare

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

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (consumo di frutta, verdura e pesce in modo positivo; eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, ecc. in modo negativo:).

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

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale. Le strategie di popolazione sono rivolte a modificare favorevolmente la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, 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 sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilito dal programma "Guadagnare salute".

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

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

Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

Nella presente sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'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 ASP Calabria	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	24,5 (20,5 – 28,5)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	74,4 (70,2 – 78,6)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	28,5 (22,3 – 34,7)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	63,4 (57,5 – 69,3)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	18,2 (11,4 – 25,0)
Persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare ⁴	(18,2 – 00,0)

¹ tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa
² tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia
³ su tutte le persone ≥35 anni, senza patologie CV
⁴ su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

Prevenzione e controllo dell'ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa (Progetto Cuore: definizione, dati, prevenzione) è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale nella dieta, l'obesità e l'inattività fisica. 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.

Misurazione della pressione arteriosa

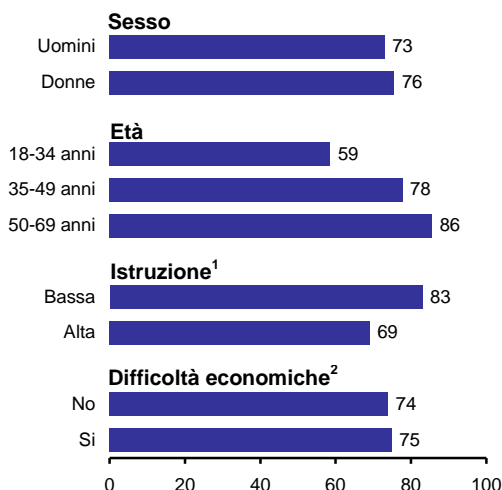
In Calabria il 74% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni fa, mentre il restante 20% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

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

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

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene significativa la sola associazione tra misurazione della pressione arteriosa ed età.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)

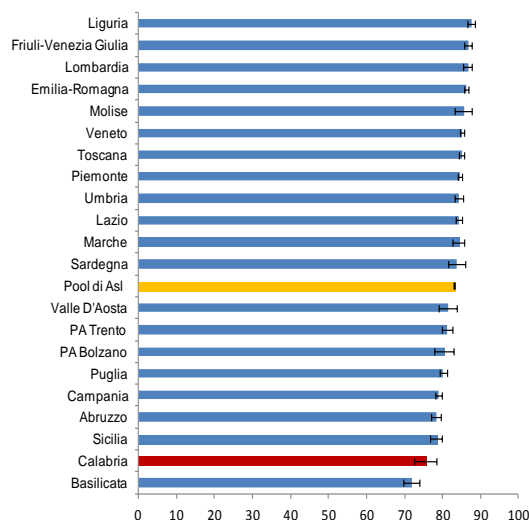


¹Bassa: nessuno/elem./media inf., ¹Alta: media sup./laurea
²No: nessuna difficoltà; ²Si: qualche/molte difficoltà

Il confronto interregionale

Nel pool PASSI 2010, la prevalenza della misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni è pari all'83%; nella mappa sono evidenziate le Regioni in cui questo indicatore è risultato significativamente divergente dalla media del pool. La Calabria si colloca tra quelle con prevalenza inferiore.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni Pool ASL PASSI 2007-2010 (%)



Quante persone sono ipertese?

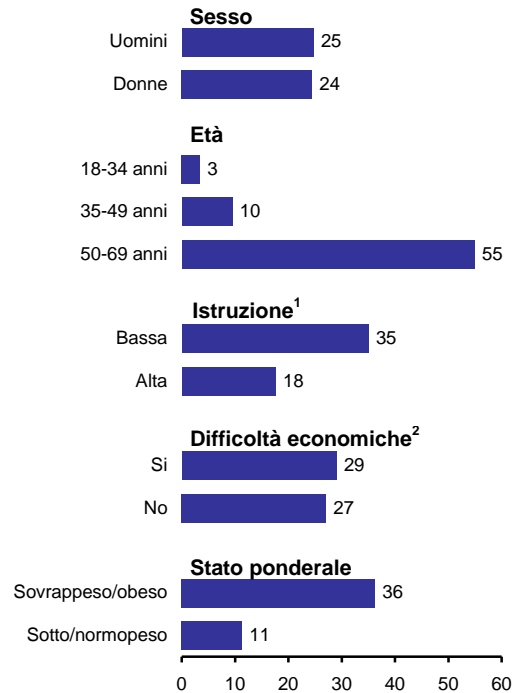
In Calabria il 25% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosticata l'ipertensione.

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (55% nei 50-69enni);
- nelle persone con più basso livello di istruzione;
- nelle persone con difficoltà economiche;
- nelle persone con eccesso ponderale.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, rimane solo la significatività per classe di età avanzata ed eccesso ponderale.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione* Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



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

¹Bassa: nessuno/elem./media inf., ²Alta: media sup./laurea

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

Il confronto interregionale

Nel pool PASSI 2010 la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 20%. In tabella sono riportati i dati regionali del 2010 relativi alla diagnosi di ipertensione: la Calabria si attesta al primo posto

In base ai risultati di numerosi studi condotti sulla validità e riproducibilità dei dati, si fa presente che le indagini condotte su dati riferiti, come nel caso di PASSI, sottostimano la prevalenza di ipertensione rispetto a studi basati su dati misurati.

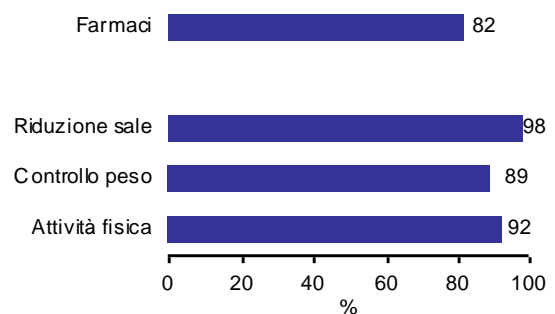
Trattamento dell'ipertensione

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

Nel 2010 l'82% degli ipertesi calabresi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Al 98% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, all'89% di controllare il peso corporeo e al 92% di svolgere regolarmente attività fisica.

Nel pool di ASL nazionali dichiara di essere in trattamento farmacologico il 79% degli ipertesi.

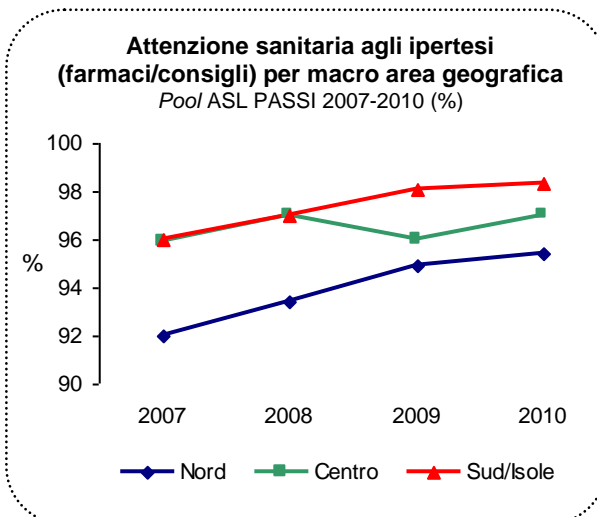
Trattamenti consigliati dal medico agli ipertesi Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



Il contesto nazionale

La percentuale di ipertesi che hanno ricevuto una prescrizione di farmaci o almeno un consiglio riguardo allo stile di vita per tenere sotto controllo la pressione arteriosa è risultata sempre elevata negli ultimi anni, con una crescita progressiva e con una tendenza all'aumento sia al Nord che al Centro e al Sud/Isole.

Negli anni 2007-10, a fronte di una maggiore attenzione al controllo della pressione arteriosa nelle regioni settentrionali, nel Meridione l'attenzione degli Operatori Sanitari agli ipertesi attraverso farmaci e consigli sugli stili di vita è risultata sempre significativamente superiore rispetto al Nord.



Prevenzione e controllo della ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari sui quali è possibile intervenire con efficacia. Si definisce ipercolesterolemico chi presenta valori di colesterolo nel sangue maggiori di 239mg/dl; sono considerati border line i soggetti con valori di colesterolemia compresi fra 200 e 239 mg/dl (Progetto Cuore).

Misurazione della colesterolemia

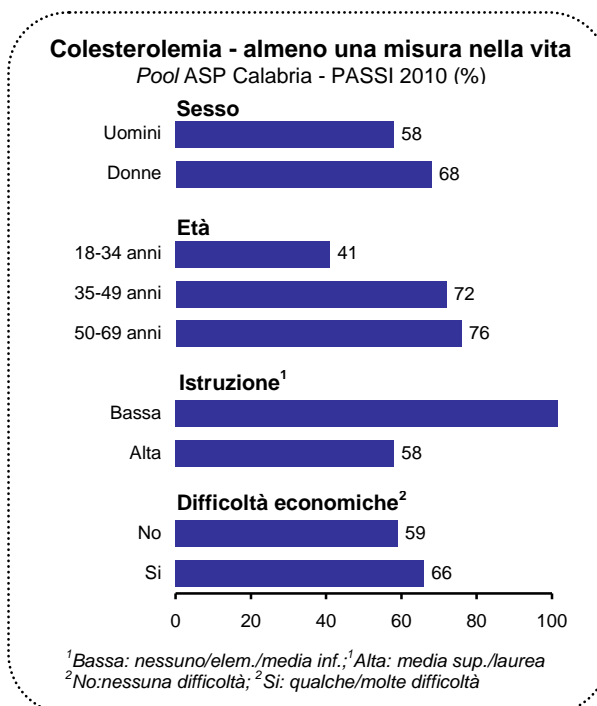
Nel pool di ASP calabresi il 63% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, contro il 79% registrato nel pool PASSI 2010:

- il 50% nel corso dell'ultimo anno;
- il 10% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista;
- il 4% da oltre 2 anni;
- Il 36% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

La misurazione del colesterolo è più frequente:

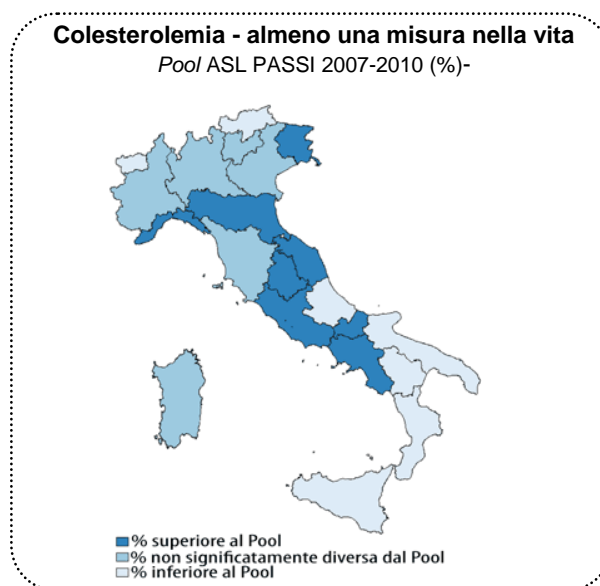
- nelle donne;
- al crescere dell'età (dal 41% della fascia 18-34 anni al 76% di quella 50-69 anni);
- nelle persone con basso livello di istruzione;
- nelle persone senza alcuna difficoltà economica.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività per classe di età e sesso.



Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile la prevalenza della misurazione della colesterolemia è stata calcolata sull'intero *pool* quadriennale 2007-2010. Nella mappa sono evidenziate le Regioni in cui questo indicatore è risultato significativamente differente dalla media del *pool*: la Calabria figura tra le ultime.



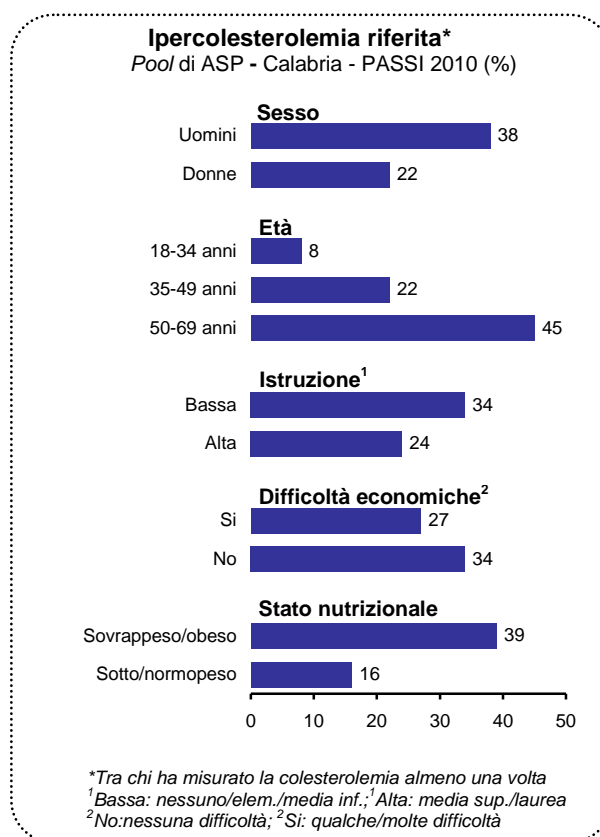
Quanti riferiscono di essere ipercolesterolemici?

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

In particolare, l'ipercolesterolemia riferita risulta più diffusa:

- tra gli uomini;
- al crescere dell'età (dall'8% della fascia 18-34 anni al 45% di quella 50-69 anni);
- nelle persone con basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare);
- tra chi riferisce di non versare in alcuna difficoltà economica;
- nelle persone con eccesso ponderale.

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



Il confronto interregionale

La percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia è pari, nel pool PASSI 2010, al 24% di coloro che hanno eseguito un controllo della colesterolemia almeno una volta nella vita.

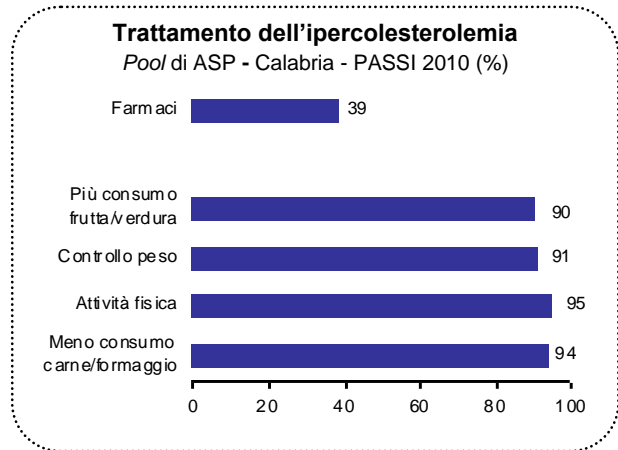
Dal confronto interregionale si rileva che la nostra Regione è tra quelle in cui risulta più elevata la percentuale di persone che riferiscono di aver avuto diagnosticata l'ipercolesterolemia.

Controllo e trattamento dell'ipercolesterolemia

La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita dal 63% della popolazione del *pool* delle ASP calabresi (*pool* di ASL nazionali 79%).

Il 39% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico; al 90% è stato consigliato dal proprio medico di aumentare l'assunzione di frutta e verdura, al 91% è stato consigliato di controllare o ridurre il peso corporeo, al 95% è stato consigliato di svolgere attività fisica secondo raccomandazione e il 94% è stato invitato a una riduzione del consumo di carne e formaggio.

Nel 2010 la quota di ipercolesterolemici del *pool* nazionale che hanno ricevuto una prescrizione di farmaci, o almeno un consiglio riguardo allo stile di vita, per tenere sotto controllo la colesterolemia è risultata pari al 94%, quindi non significativamente variata rispetto agli anni precedenti. Anche per questo indicatore si osserva, nella media del quadriennio 2007-2010, una differenza tra le macro-aree geografiche: al Nord (92%) è risultato inferiore rispetto al Centro (94%) e al Sud (96%).



Fattori di rischio multipli

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

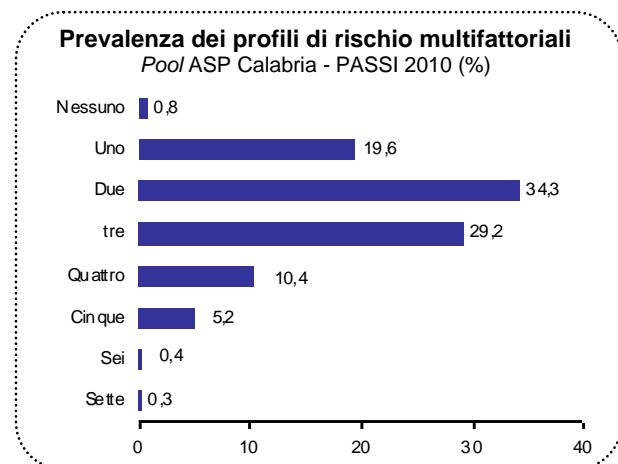
La frequente compresenza di ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura), largamente diffusi nella popolazione, è solo parzialmente dovuta a un'associazione casuale, essendo per lo più riferibile alla loro interazione e potenziamento reciproco: a titolo di esempio, l'insorgenza del diabete è favorita dal peso eccessivo, dalla sedentarietà, da una dieta inappropriata; l'ipertensione è associata all'eccesso di peso, all'innattività fisica, a un ridotto consumo di frutta e verdura e ad altri fattori.

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

Una esigua percentuale della popolazione calabrese di 18-69 anni (meno dell'1%) non presenta fattori di rischio cardiovascolare, mentre quasi la metà del campione (46%) riferisce di essere esposta a tre o più fattori di rischio.

Fattori di rischio cardiovascolare nei 18-69enni
Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)

Iperensione arteriosa	25
Ipercolesterolemia	29
Sedentarietà	39
Fumo	24
Eccesso ponderale (IMC > 25)	49
Meno di 5 porzioni di frutta/verdura al giorno	94
Diabete	5



Calcolo del rischio cardiovascolare

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

L'uso della carta del rischio è indicato come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone con 35 anni di età o più.

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

Nel *pool* delle ASP calabresi il 18% degli intervistati di età 35-69 anni privi di patologie cardiovascolari, ha dichiarato una misurazione del rischio cardiovascolare mediante carta o punteggio individuale

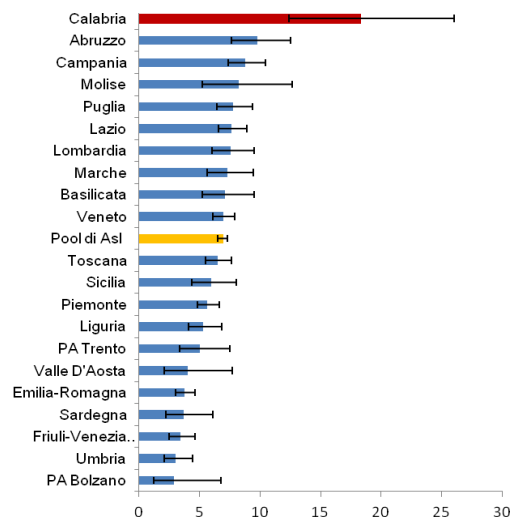
Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile la prevalenza del calcolo del rischio è stata stimata sul *pool* quadriennale omogeneo 2007-2010. La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato medio di *pool*, quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore.

Il diagramma riporta i dati regionali del 2007-2010 relativi al calcolo del rischio cardiovascolare.

La Calabria è la Regione in cui è stata maggiormente utilizzata la carta per il calcolo del rischio cardiovascolare (18% a fronte del 7% del *pool* di ASL nazionali).

Persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, cui è stato misurato il rischio cardiovascolare
Pool ASL PASSI 2007-2010 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

In Calabria oltre un quarto della popolazione di 18-69 anni è iperteso e quasi il 30% presenta valori elevati di colesterolemia: nello specifico, circa la metà della popolazione ultracinquantenne è ipertesa e circa il 40% ipercolesterolemica. Tali valori sono sensibilmente più elevati delle rispettive percentuali riscontrate nel *pool* di ASL nazionali. L'identificazione precoce della presenza di ipertensione o ipercolesterolemia attraverso controlli regolari (specie sopra i 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione indivi-

duale e di comunità: in questo campo un ruolo determinante può essere svolto dai medici di Medicina Generale. I dati del sistema di sorveglianza PASSI dimostrano quanto i fattori di rischio cardiovascolare siano diffusi nella popolazione calabrese: addirittura meno dell'1% degli adulti di 18-69 anni ne risulta privo e quasi il 50% ne presenta tre o più. Aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio potrebbe ridurre sensibilmente il carico di malattia legato alle patologie cardiovascolari. È perciò fondamentale attivare strategie a livello di popolazione che promuovano stili di vita salutari e riducano la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio. Sono altresì necessari interventi sinergici da parte dei Ministeri e delle Amministrazioni Pubbliche, con il coinvolgimento e il contributo di professionisti dell'area sanitaria, dell'opinione pubblica e dei singoli individui, secondo le indicazioni del programma "Guadagnare Salute".

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

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

sicurezza

sicurezza stradale
infortuni domestici

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni.

Secondo i dati più recenti (2010), ogni giorno in Italia si verificano in media 580 incidenti stradali, che provocano la morte di 11 persone e il ferimento di altre 829. Gli incidenti stradali rilevati nel 2010 dalle Forze dell'Ordine sono stati 211.404, circa il 16% in meno rispetto al 2001; anche il numero di morti è diminuito da 7096 nel 2001 a 4090 nel 2009, con addirittura un risparmio di vite umane del 42%.

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

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

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

Perciò il Codice della Strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto.

È inoltre obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età e alla taglia, ossia seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

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

I dispositivi di sicurezza

Uso dei dispositivi di sicurezza - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Cintura anteriore sempre ¹	74,3 (68,7 - 79,9)
Cintura posteriore sempre ¹	12,7 (8,1 - 17,3)
Casco sempre ¹	80,3 (71,2 - 89,4)
Dispositivi di sicurezza sempre per i minori di 14 anni ²	76,6 (62,1 - 91,1)
Campagne informative recepite sull'uso dei dispositivi di sicurezza, nei minori di 14 anni ²	65,9 (50,6 - 81,2)

¹ percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile
² percentuale calcolata su chi dichiara di vivere con figli/bambini fino a 14 anni

Tra coloro che viaggiano in auto come conducente o viaggiatore anteriore, solo il 74% dichiara di indossare sempre la cintura di sicurezza; la percentuale precipita addirittura al 13% per quanto riguarda l'uso abituale della cintura posteriore.

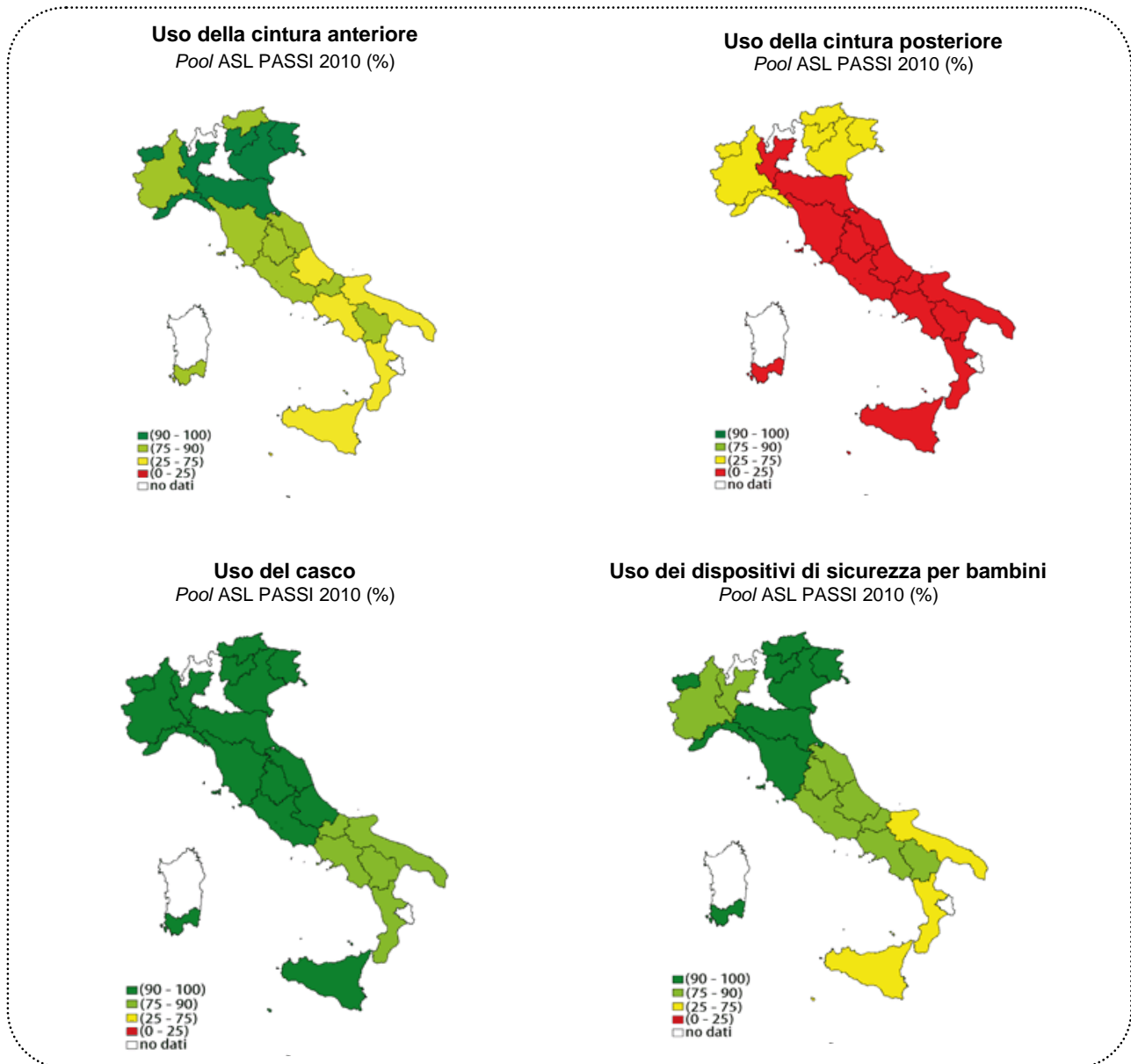
Tra gli intervistati che nell'anno precedente hanno viaggiato su moto, solo l'80% dichiara di indossare sempre il casco.

Infine, solo il 77% degli intervistati che vivono con minori di 14 anni dichiara di assicurare sempre i bambini al seggiolino di sicurezza quando li trasporta in auto, e il 66% dichiara di aver recepito le indicazioni delle campagne informative sull'uso dei dispositivi di sicurezza in relazione ai minori di 14 anni.

Il confronto interregionale

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

In Calabria, come nella maggior parte delle Regioni meridionali, la prevalenza d'uso delle cinture anteriori è sensibilmente inferiore alla media registrata nel *pool* di ASL italiane (74% Calabria; 83% *pool*); così pure l'uso di quelle posteriori (13% Calabria; 19% *pool*), del casco (80% Calabria; 95% *pool*) e dei dispositivi di sicurezza per i minori di 14 anni (77% Calabria; 84% *pool*).



Conclusioni

I dati PASSI misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute forniscono in genere un quadro sovrastimato che varia a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia, gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta (ISS-Ulisse) hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da PASSI, per valutare le differenze territoriali e i *trend* temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

L'abitudine di indossare sempre la cintura di sicurezza è ampiamente diffusa tra chi viaggia in auto sui sedili anteriori, ma solo in alcune Regioni del Centro-Nord supera il 90%. Esistono pertanto ampi margini di miglioramento – in particolare nelle Regioni meridionali – che potrebbero comportare annualmente un risparmio di circa 500 vite umane, 1.350 casi di disabilità, 8.900 ricoveri ospedalieri e 130.000 accessi al Pronto Soccorso (ISS).

Anche per l'abitudine di indossare sempre il casco in moto, al dato molto alto registrato nella maggior parte del Centro-Nord si contrappone una prevalenza d'abitudine insufficiente in gran parte del Meridione. L'uso della cintura posteriore è invece ancora poco frequente in tutta Italia: meno di un intervistato su 5 dichiara di indossarla sempre. Eppure, indossando la cintura posteriore, ridurrebbero il loro rischio di morte e quello degli occupanti i sedili anteriori in caso di incidente.

In media, più di 8 intervistati su 10 hanno dichiarato di utilizzare sempre il seggiolino di sicurezza o l'adattatore per il trasporto dei bambini. Questo dato, oltre a essere sovrastimato (rispetto ai pur frammentari dati derivati da osservazione diretta), è comunque frutto di una media di valori più elevati registrati nelle Regioni del Nord rispetto a quelle meridionali.

È possibile modificare questo stato di cose?

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'incrementare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati e riguardano per lo più settori non sanitari, in particolare le Forze dell'Ordine (applicazione delle norme del Codice della Strada, obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza, ecc.).

Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi volti a indurre un cambiamento positivo anche in chi non ha ancora subito controlli.

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

Alcol e guida

Il consumo di alcol influenza sia il rischio di incidenti da traffico sia la gravità delle loro conseguenze. Nella maggior parte dei Paesi che sorvegliano il fenomeno, circa il 20% di conducenti che muoiono a seguito di un incidente stradale presentano un eccesso di alcol nel sangue, mentre nei Paesi a basso e medio reddito si è osservato che dal 33% al 69% dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale hanno consumato alcol prima dell'incidente. Dal punto di vista della sicurezza stradale si può parlare di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC) è superiore al limite legale, che in Italia è pari a 0,5 grammi per litro e che viene raggiunto facilmente dopo l'assunzione di bevande alcoliche. L'effetto sulla capacità di giudizio e l'aumento del rischio di incidenti si verifica anche a livelli relativamente bassi di BAC. Tuttavia, gli effetti si amplificano progressivamente man mano che il BAC aumenta: ad esempio, per i motociclisti con BAC superiore a 0,05 g/100 ml il rischio è fino a 40 volte più alto rispetto a quelli con BAC uguale a zero. Chi è sotto l'effetto dell'alcol, inoltre, tende a evitare l'uso dei dispositivi di sicurezza, quali la cintura o il casco. L'alcol ha un effetto significativo sul rischio di incidenti stradali per varie categorie di individui (conducenti, passeggeri, pedoni) ed è abitualmente registrato come il primo dei fattori che contribuiscono all'incidentalità stradale. La concentrazione ematica di alcol è la misura principale per stabilire un legame tra alcol e incidente stradale e può essere misurata attraverso un etilometro, strumento molto pratico utilizzato nei controlli di Polizia, che dovrebbe essere accessibile agli utenti di locali in cui sono consumati alcolici ai fini dell'autocontrollo.

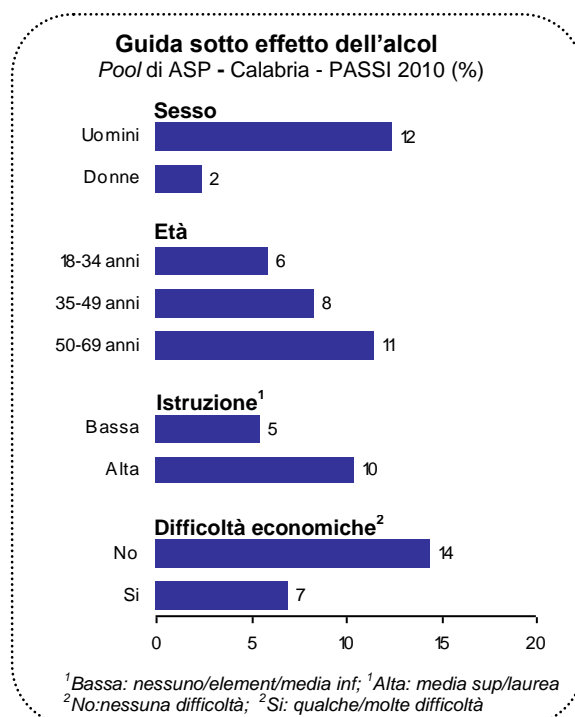
PASSI rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto nel periodo di riferimento sia come conducenti sia come persone trasportate.

Guida sotto l'effetto dell'alcol - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Guida sotto effetto dell'alcol ¹	8,6 (4,1 - 13,1)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	7,3 (2,5 - 12,1)

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

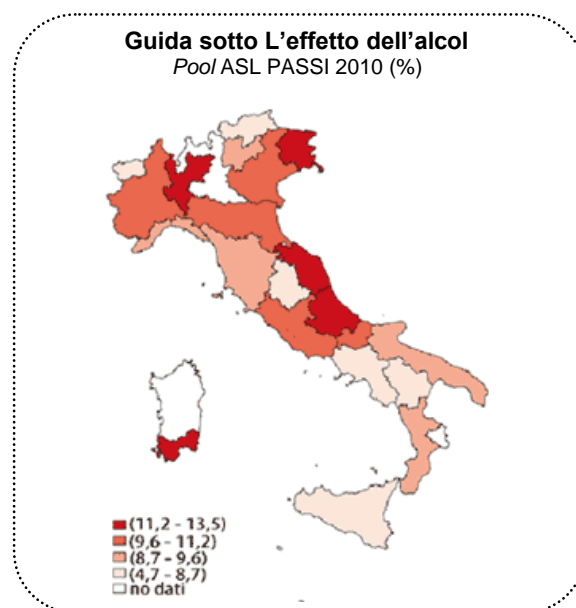
Tra coloro che hanno consumato alcolici nei 30 giorni precedenti all'intervista, quasi un intervistato su dieci (9%) ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'assunzione di almeno due unità alcoliche. L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente tra gli uomini, tra gli adulti nella fascia di età 50-69 anni, tra i più istruiti e tra i benestanti. Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un'analisi multivariata, si conferma significativa solo l'associazione tra la guida sotto l'influenza dell'alcol e il sesso.

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



Il confronto interregionale

La mappa riporta la situazione della guida sotto l'effetto dell'alcol nelle Regioni e ASL italiane che nel 2010 hanno raccolto un campione rappresentativo. Si osservano differenze statisticamente significative tra alcune Regioni, con frequenze di guida sotto l'effetto dell'alcol generalmente più elevate al Nord e al Centro rispetto al Sud. La Calabria si pone in una situazione intermedia.



I controlli delle Forze dell'Ordine - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Subito controllo da parte delle Forze dell'Ordine ¹	28,9 (24,4 - 33,4)
N° medio di controlli subiti da parte delle Forze dell'Ordine	2,7
Effettuato l'etilotest	8,4 (3,9 - 12,9)
¹ tra chi dichiara di aver guidato negli ultimi 12 mesi auto o moto.	
² tra chi dichiara di essere stato fermato per un controllo dalle Forze dell'Ordine	

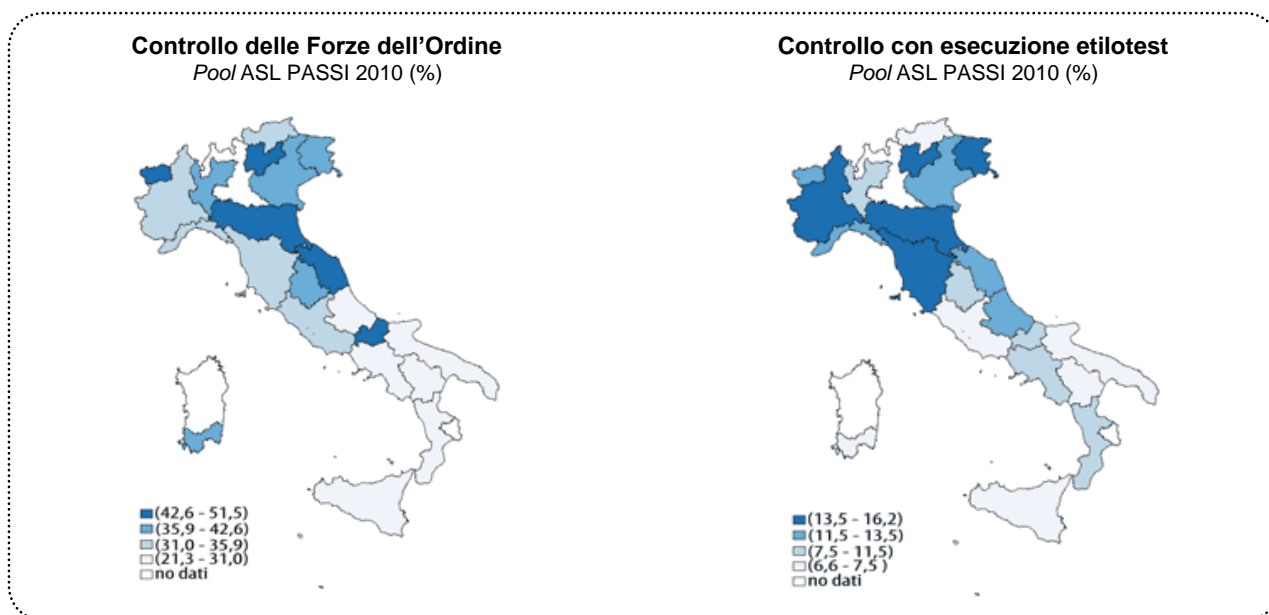
In Calabria, nel corso del 2010, tra coloro che hanno dichiarato di aver viaggiato in auto o in moto negli ultimi 12 mesi, il 29% ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'Ordine in veste di guidatore o di passeggero: in questo tipo di controllo i dichiaranti sono incorsi mediamente più di due volte nel corso del 2010.

Solo l'8% degli intervistati fermati dalle Forze dell'Ordine riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest, con una percentuale che diminuisce all'aumentare dell'età (dal 30% dei 18-24enni al 6% dei 50-69enni).

Il confronto interregionale

Dal confronto tra le Regioni emergono differenze statisticamente significative riguardo ai controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine. Il range varia dal 21% della Campania al 49% della Valle d'Aosta; la Calabria figura al quart'ultimo posto con il 29% (contro il 34% registrato nel pool nazionale).

La percentuale più bassa di controlli con etilotest si registra nel Lazio (7%) e nella P.A. di Bolzano (7%), mentre la più alta si registra in Piemonte (16%). La Calabria figura al sest'ultimo posto con l'8% (contro l'11% del *pool* nazionale).



Conclusioni

Una minoranza di Calabresi (il 9% dei guidatori non astemi), piccola ma consistente, mette ancora a rischio la propria vita e quella degli altri guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi, sicché rimane ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sebbene i comportamenti personali rappresentino fattori di primaria importanza per il miglioramento della sicurezza stradale, si rendono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

Occorre infine sottolineare come, in una prospettiva di lungo periodo, le politiche per la riduzione dell'uso di auto e moto a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (spostarsi a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza) creino sinergie positive, riducendo gli incidenti stradali, promuovendo l'attività fisica e migliorando la qualità dell'aria.

Sicurezza domestica

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

La consapevolezza del rischio - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Consapevolezza dell'elevato rischio di contrarre un infortunio domestico	7,2 (4,6 - 9,8)
Infortunio domestico per il quale c'è stato ricorso al MMG, al pronto soccorso o all'ospedale	4,2 (1,6 - 6,8)

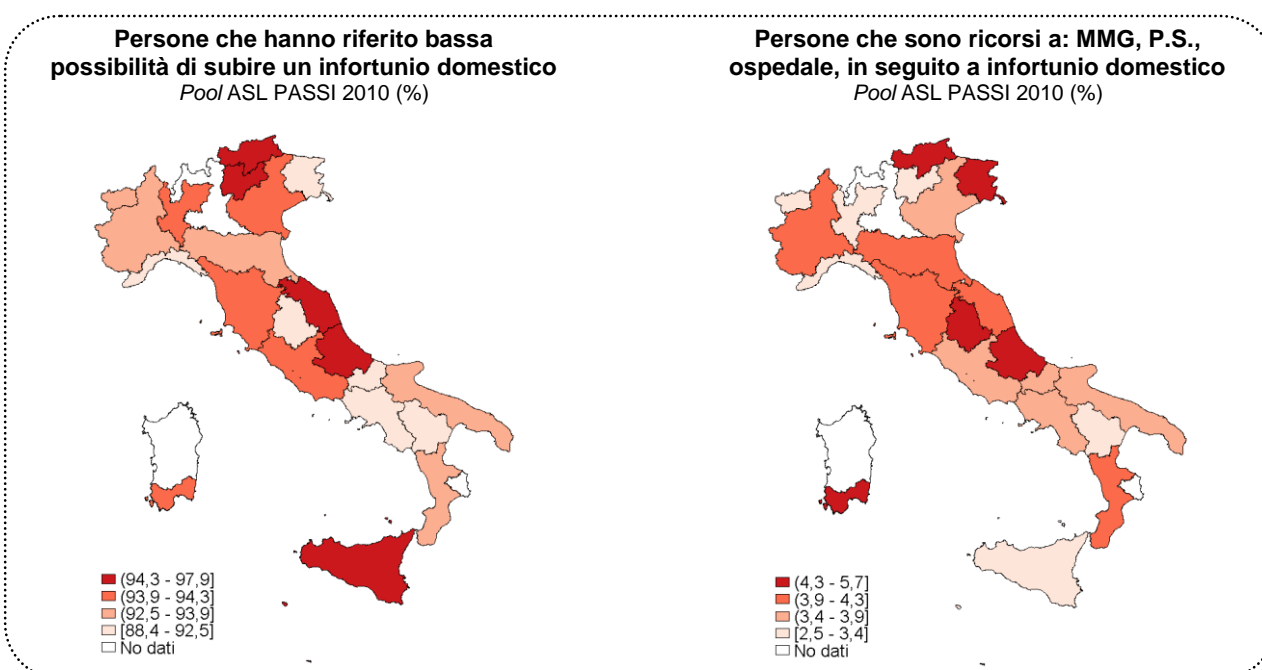
In Calabria, nel 2010, solo il 7 % degli intervistati ha dichiarato di ritenere alto o molto alto il rischio di un incidente domestico, in linea con il dato attribuibile al *pool* di ASL nazionali.

Nei 12 mesi precedenti l'intervista quasi il 4% degli intervistati è stato vittima di un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al Pronto Soccorso o l'ospedalizzazione: anche questo dato risulta in linea con quello del *pool* di ASL nazionali.

Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL PASSI 2010 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%. La Calabria si attesta in posizione intermedia nel panorama interregionale.

Nei 12 mesi precedenti l'intervista quasi il 4% degli intervistati è stato coinvolto in un incidente domestico che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al Pronto Soccorso o l'ospedalizzazione. La Calabria risulta tra le Regioni a medio-alto rischio.



Conclusioni e raccomandazioni

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

Le persone intervistate mostrano però una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico.

Il Piano Nazionale di Prevenzione dedica particolare attenzione alle iniziative per la prevenzione degli incidenti domestici; la Regione Calabria ha attivato uno specifico progetto coinvolgendo tutte le Aziende Sanitarie nella sorveglianza e nella prevenzione di tale genere di incidenti.

programmi di prevenzione individuale

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

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Secondo i dati dei Registri Tumori, il cancro della mammella rappresenta un quarto di tutti i tumori maligni delle donne. L'Istituto Superiore di Sanità stima che in Italia, nell'arco di tutto il 2010, si siano accumulati 38.286 nuovi casi e che, grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure, attualmente ben 472.112 donne italiane sopravvivono a un cancro della mammella.

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 il Ministero della Salute italiano raccomanda ai Servizi Sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, ossia un programma organizzato in cui le donne tra 50 e 69 anni siano invitate regolarmente, ogni due anni, a eseguire la mammografia.

Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

L'Osservatorio Nazionale Screening, incaricato di seguire l'andamento dei suddetti programmi, stima in circa 2,5 milioni le donne italiane di 50-69 anni residenti nel 2008 in aree in cui era attivo un programma di screening organizzato (l'87% della popolazione target). 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 sia stata effettuata la mammografia e se sia stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale.

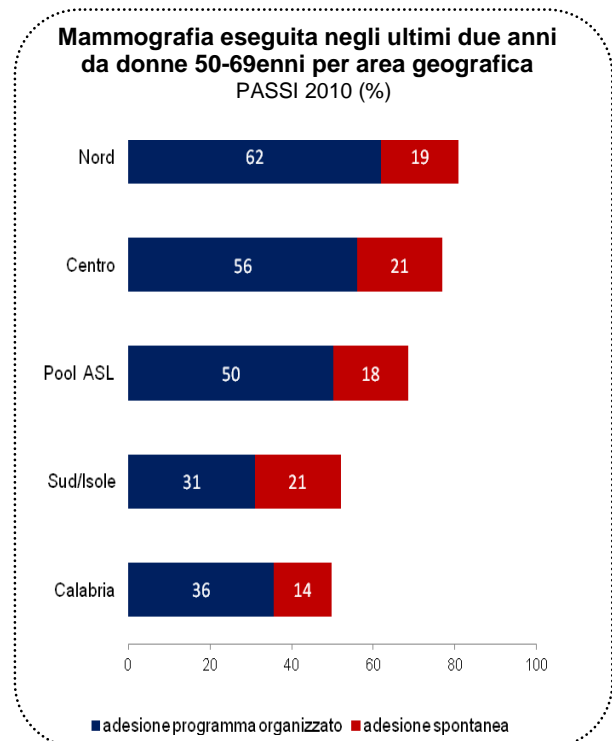
Quante donne tra 50 e 69 anni di età hanno eseguito la mammografia preventiva, secondo raccomandazione, nel corso dei precedenti due anni ?

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura complessiva delle donne tra 50 e 69 anni di età che hanno eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni è pari al 50%: il 36% ha eseguito la mammografia nell'ambito dello screening organizzato, il 14% su iniziativa personale.

Nel *pool* di ASL nazionali la copertura è sensibilmente più elevata (70%): la mammografia è stata effettuata in gran parte nel contesto di programmi organizzati (50%) e solo il 20% ha eseguito l'indagine su iniziativa personale.

La copertura raggiunge valori significativamente più elevati al Nord (81%) e al Centro (77%) rispetto al Sud e alle isole (2%).

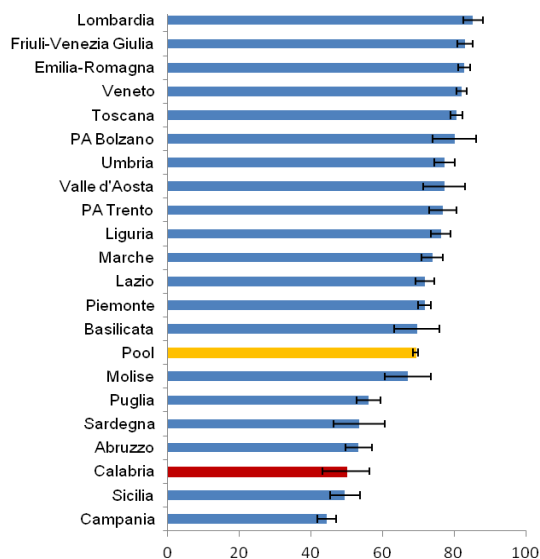
Le donne residenti in Calabria, e più in generale nel Sud dell'Italia, hanno pertanto una probabilità sensibilmente minore di eseguire la mammografia, soprattutto a causa dell'inadeguatezza della copertura assicurata dai programmi organizzati.



Il confronto interregionale

Al fine di un confronto interregionale più attendibile, la copertura della mammografia negli ultimi due anni è stata calcolata anche sul *pool* quadriennale (2007-2010). La differenza tra le Regioni è riportata nel successivo cartogramma, mentre il diagramma riporta più in dettaglio i relativi intervalli di confidenza al 95%; la Calabria si attesta al terz'ultimo posto con il 49,8% (IC 95%; 43,1- 56,5).

Mammografia eseguita negli ultimi due anni da donne 50-69enni per Regione - Pool ASL PASSI 2007/10 (%)



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

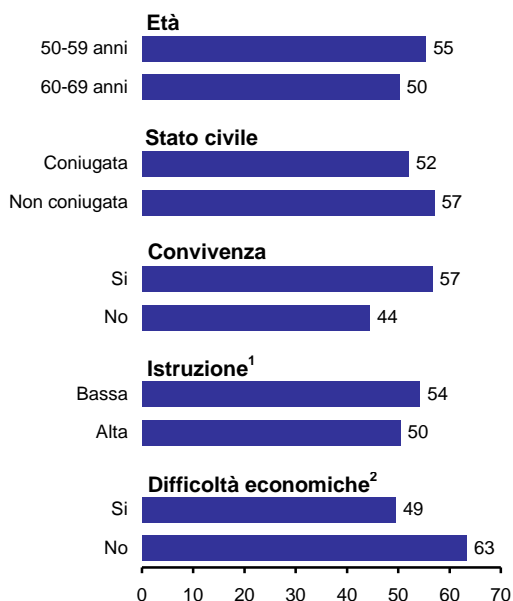
Nel *pool* di ASP calabresi l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è più frequente nelle donne di 50-59 anni, nelle non coniugate, nelle conviventi, in quelle con più elevato livello d'istruzione e nelle donne che riferiscono di non versare in difficoltà economiche. Nessuna associazione risulta statisticamente significativa, verosimilmente in virtù della non elevata numerosità campionaria.

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

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

Mammografia

Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



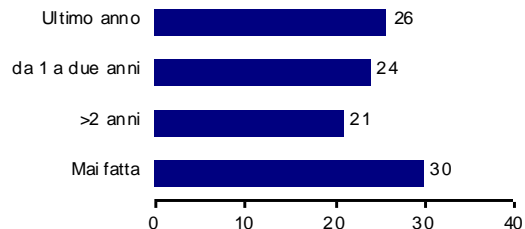
¹Bassa: nessuno/elementi./media infer.; ¹Alta: media super./laurea
²No:nessuna difficoltà; Si: qualche/molte difficoltà

Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Riguardo all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 26% delle donne ha riferito di averla eseguita nell'ultimo anno, il 24% da uno a due anni prima e il 21% da più di due anni; il 30% non l'ha mai eseguita.

Oltre la metà delle donne non è pertanto coperta rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo.

Periodicità di esecuzione della Mammografia
Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)

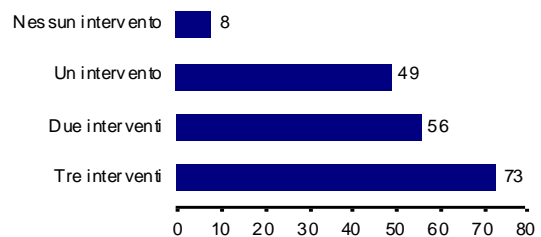


L'efficacia della promozione dello screening mammografico

La maggior parte (86%) 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 infatti eseguito secondo i tempi raccomandati dal 73% delle donne sollecitate da tre interventi di promozione, contro l'8% di quelle non raggiunte da alcun intervento di promozione.

Mammografia nei 2 anni precedenti per esposizione a interventi di promozione
Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



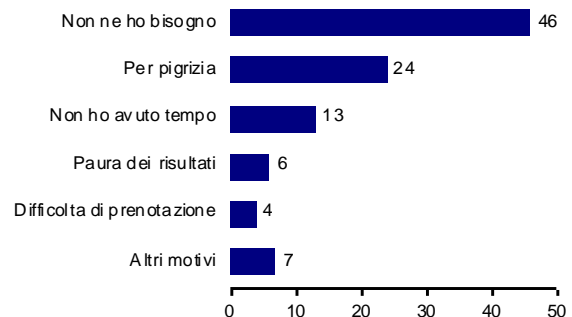
Le motivazioni per la mancata esecuzione della mammografia

Nel corso del 2010, in Calabria, circa la metà delle donne 50-69enni non ha praticato una prevenzione ottimale per il cancro della mammella, adducendo in ordine decrescente le seguenti motivazioni:

- non ne ho bisogno" (46%);
- per pigrizia (24%);
- non ho avuto tempo (13%);
- ho paura dei risultati dell' esame (6%);
- è difficile prenotare l'esame (4%).

In sintesi, l'83% delle donne riferisce motivazioni che potrebbero essere indicative di un'errata percezione del rischio.

Motivi di non esecuzione della Mammografia
Pool ASP Calabria - PASSI 2010 (%)



Esecuzione della mammografia prima dei 50 anni

L'età media della prima mammografia a scopo di diagnosi precoce è di 47 anni, più bassa rispetto a quella attualmente raccomandata in Italia (50 anni) ma superiore alla media riscontrata nel *pool* di ASL nazionali, pari al 45%. Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 55% delle donne ha riferito d'aver effettuato una mammografia a scopo preventivo una volta nella vita (*pool* ASL 63%).

Conclusioni

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura stimata nelle donne 50-69enni relativamente all'effettuazione della mammografia è largamente insufficiente (50%); il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (36%) sia della quota di adesione spontanea (14%).

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

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

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

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero è, per frequenza, il secondo tumore maligno della donna a livello mondiale e rappresenta in Italia quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili. Secondo le rilevazioni dei Registri Tumori, nel periodo 2003-2005 si sono verificati nel nostro Paese 8,6 casi per 100.000 donne: un dato che, rispetto al passato, è in lenta ma costante diminuzione, in parte attenuata dall'invecchiamento della popolazione.

Nel 2007 i decessi per cancro della cervice uterina sono stati in Italia 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 fino ai 64 anni di età. In Italia il Ministero della Salute raccomanda ai Servizi Sanitari 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. L'Osservatorio Nazionale Screening svolge il monitoraggio dell'andamento di questi programmi: nel 2009 le donne italiane di 25-64 anni residenti in aree in cui è attivo un programma di screening organizzato erano più di 13 milioni (78,4% 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. 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. PASSI rileva, richiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato il Pap-test e se è stato eseguito nell'ambito del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale.

Quante donne tra 25 e 64 anni di età hanno eseguito il Pap-test, secondo raccomandazione, nel corso dei precedenti tre anni ?

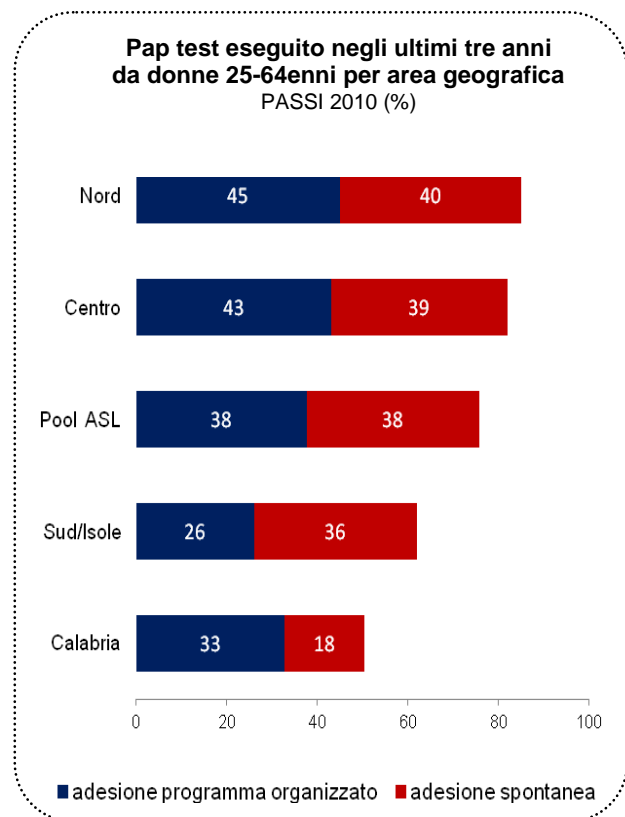
In Calabria, nel corso del 2010, circa il 51% delle donne intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni (il 33% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 18% come screening spontaneo): tale percentuale è la più bassa registrata a livello regionale.

Circa la metà delle donne residenti in Calabria non sono "coperte" rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo.

Nel pool di ASL nazionali la copertura complessiva è sensibilmente più elevata (76%); raggiunge valori significativamente maggiori al Nord (85%) e al Centro (82%) rispetto al Sud del Paese (62%).

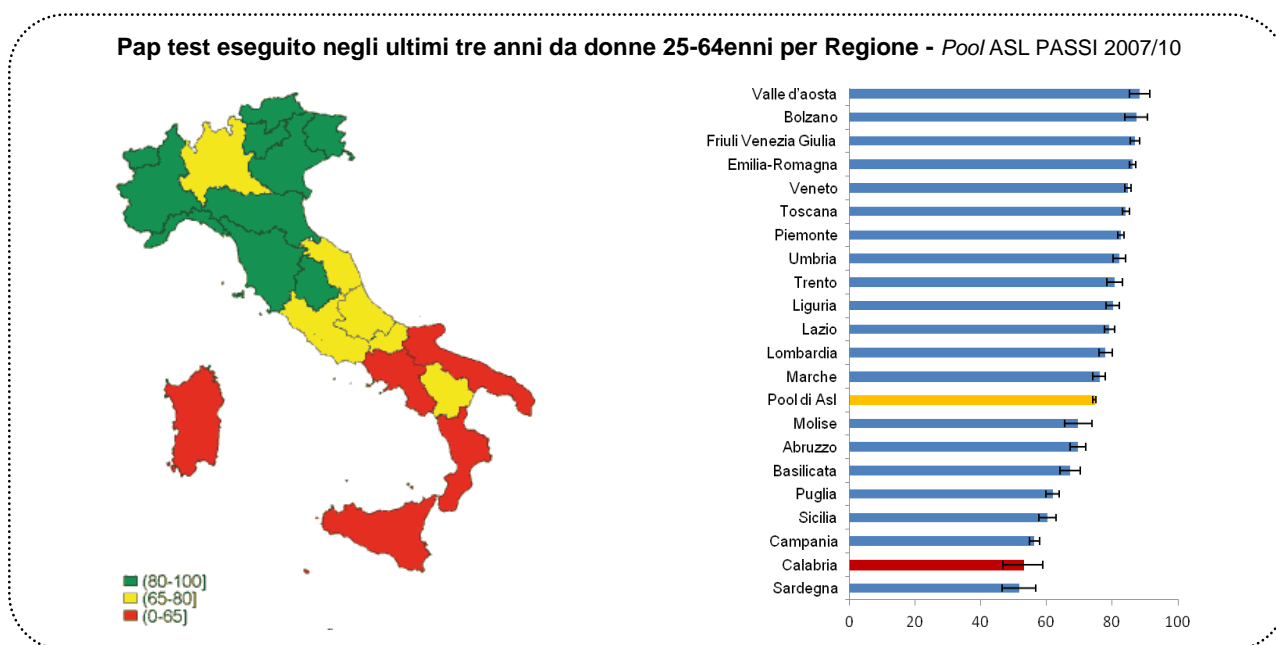
Circa la metà è però attribuibile alla quota di adesione spontanea: si stima infatti che a livello nazionale quasi quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato.

I dati regionali rivelano però differenze consistenti circa l'adesione spontanea, che oscilla dall'8% della Basilicata al 69% della Liguria.



Il confronto interregionale

Per un confronto interregionale più attendibile, la copertura del Pap-test negli ultimi tre anni è stata calcolata anche sul *pool* quadriennale (2007-2010). La differenza tra le Regioni è riportata nel successivo cartogramma, mentre per maggiori dettagli si vedano nel diagramma i relativi intervalli di confidenza al 95%; la Calabria si attesta al penultimo posto con il 52,8% (IC 95%; 46,7-58,9).

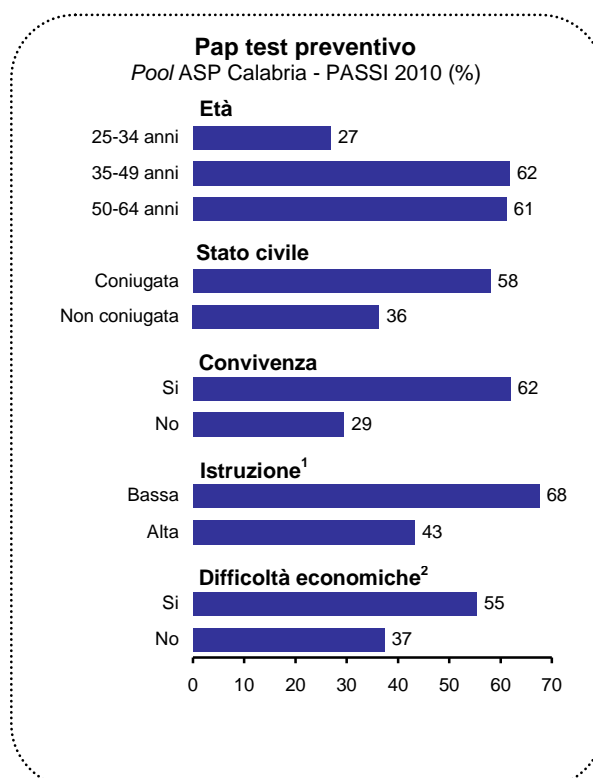


Caratteristiche delle 25-64enni che hanno effettuato un Pap-test preventivo

Nel *pool* di ASP calabresi il Pap-test è stato eseguito più frequentemente dalle donne di 35-64 anni, dalle coniugate o conviventi, da quelle con un livello di istruzione più elevato e dalle donne che riferiscono difficoltà economiche

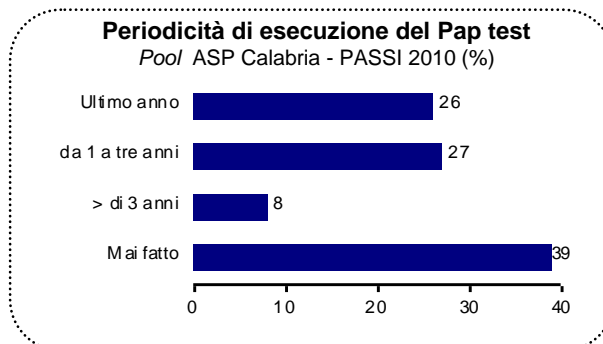
Analizzando insieme queste caratteristiche attraverso un modello logistico multivariato, tra tutte le variabili considerate solo l'età e la convivenza rimangono associate in maniera statisticamente significativa con l'esecuzione di un Pap-test negli ultimi tre anni.

Nel *pool* di ASL nazionali la copertura al test di screening è maggiore nelle donne di 35-49 anni (82%), in quelle coniugate (79%), nelle conviventi (80%), in quelle con un livello d'istruzione più elevato e nelle donne che riferiscono di non avere difficoltà economiche. L'analisi multivariata conferma tutte le associazioni rilevate.



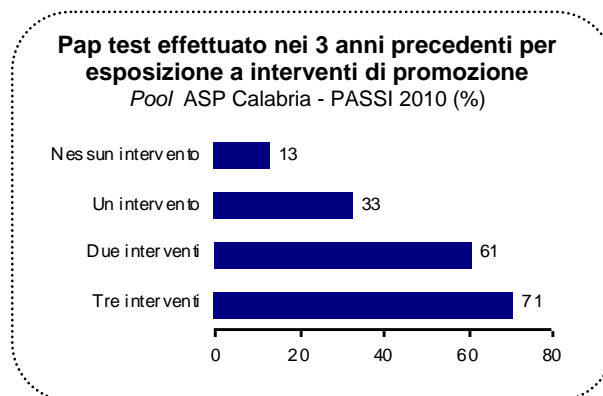
Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test ?

Relativamente all'ultimo Pap-test preventivo effettuato, il 26% delle donne ha riferito di averlo eseguito nell'ultimo anno, il 27% da uno a tre anni prima e l'8% da più di tre anni; il 39% non l'ha mai eseguita.



La promozione dello screening della cervice uterina

La maggior parte (91%) delle donne 50-69enni è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening. La percentuale di esecuzione del Pap-test 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 infatti eseguito secondo i tempi raccomandati dal 71% delle donne indirizzate da tre interventi di promozione, contro il 13% di quelle non raggiunte da alcun intervento di promozione.

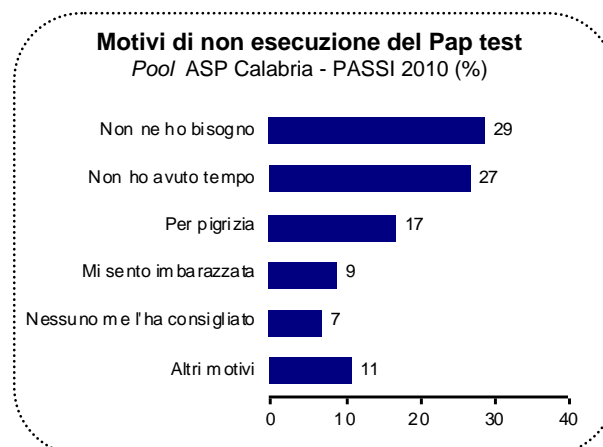


Le motivazioni per la mancata esecuzione del Pap test

Nel corso del 2010, in Calabria, circa la metà delle donne 50-69enni non ha praticato una prevenzione ottimale per il cancro della cervice uterina, adducendo in ordine decrescente le seguenti motivazioni:

- non ne ho bisogno (29%);
- non ho avuto tempo (27%);
- per pigrizia (17%);
- mi sento imbarazzata (9%);
- nessuno me l'ha consigliato (7%).

In sintesi, il 72% delle donne riferisce motivazioni che potrebbero essere indicative di una errata percezione del rischio.



Conclusioni

La copertura complessiva del Pap-test preventivo è ancora insufficiente in Calabria, dove poco più di una donna su due pratica il Pap-test nei giusti intervalli di tempo, come nel resto della maggior parte dell'Italia meridionale e insulare. La metà delle donne ha eseguito il test nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL, mentre l'altra metà l'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 con 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 emergono più significativamente nello screening effettuato su iniziativa personale. La lettera di invito, unitamente al consiglio dell'Operatore Sanitario, è lo strumento più efficace per aumentare l'adesione allo screening.

Negli ultimi anni, importanti innovazioni hanno introdotto cambiamenti nella prevenzione del cancro del collo dell'utero: l'individuazione della causa virale del cancro della cervice uterina 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 raggiungeranno l'età di screening. Tutto ciò 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 del cancro del colon retto

I dati desunti dall'attività dei Registri Tumori ci rivelano che quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza: i tumori del colon-retto sono infatti al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile.

Si tratta di una neoplasia abbastanza rara prima dei 40 anni, che diventa più frequente a partire dai 60. Negli ultimi tempi, nonostante l'incremento del numero di tumori, si è assistito a una diminuzione della mortalità dovuta a un'informazione più adeguata, ai miglioramenti terapeutici e soprattutto alla diagnosi precoce, che si stima riduca la mortalità per cancro del colon-retto di circa il 20%.

Per questa ragione il Ministero della Salute italiano raccomanda alle ASL di organizzare programmi di screening di popolazione. Il Piano Nazionale della Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto nelle persone della fascia 50-69 anni la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale o l'esecuzione della rettosigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.

Attualmente lo screening coloretale più diffuso è quello a due stadi (che prevede la ricerca di sangue occulto nelle feci e la successiva colonscopia per i positivi), utilizzato prevalentemente sul territorio nazionale, mentre in un numero limitato di ASL si ricorre alla rettosigmoidoscopia, eseguita una volta nella vita a partire dai 58 anni.

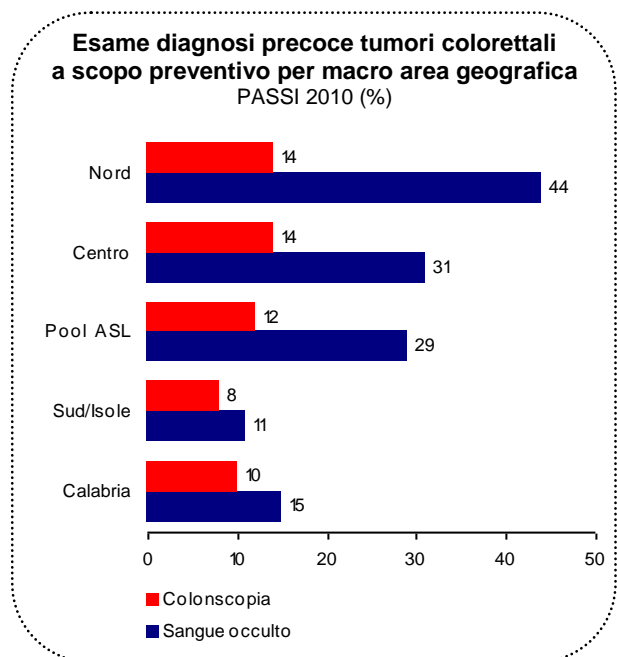
L'Osservatorio Nazionale Screening, cui è affidato il compito di monitorare l'andamento dei programmi di screening in Italia, stima che nel 2009 quasi tre milioni di cittadini italiani nella fascia di età 50-74 anni sono stati invitati ad aderire al programma di screening organizzato e che la metà di questi ha effettivamente aderito.

Tra gli argomenti di salute monitorati dal PASSI è presente una sezione che indaga sulla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto tra le persone di 50-69 anni.

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

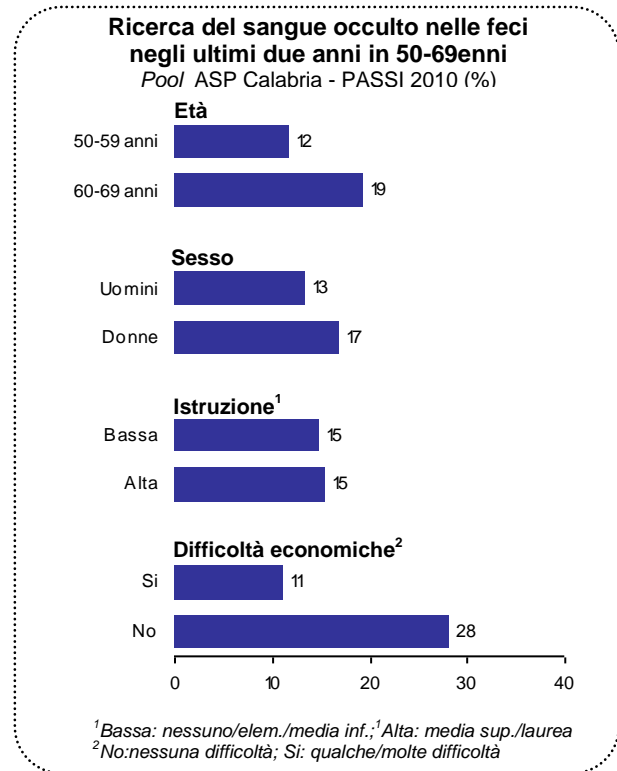
In Calabria, nel corso del 2010, il 24% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo, in accordo con le raccomandazioni (e contro il 36% registrato nel *pool* PASSI): il 15% ha effettuato la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) negli ultimi due anni, il 10% la colonscopia negli ultimi cinque anni.

Il quadro per macroaree geografiche ci rivela che la ricerca del sangue occulto nelle feci ha raggiunto valori più elevati al Nord (44%) e al Centro (31%), mentre è sensibilmente più bassa al Sud (11%). Anche l'effettuazione della rettosigmoidoscopia o colonscopia negli ultimi 5 anni è più frequente al Nord (14%) e al Centro (14%), raggiungendo valori significativamente più bassi al Sud (8%).



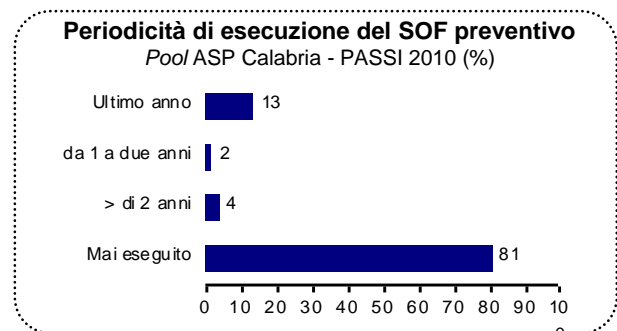
Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno effettuato la ricerca a scopo preventivo del sangue occulto nelle feci (SOF)?

Nel *pool* di ASP calabresi la copertura della ricerca del SOF è più alta nelle donne, nelle persone di 60-69 anni (19%) e in quelle che non dichiarano difficoltà economiche (28%). L'analisi multivariata conferma la sola associazione con la condizione economica. Nel *pool* di ASL nazionali la copertura al test risulta più alta nelle persone di 60-69 anni (32%) e in quelle prive di difficoltà economiche (37%). L'analisi multivariata conferma tutte le associazioni rilevate.



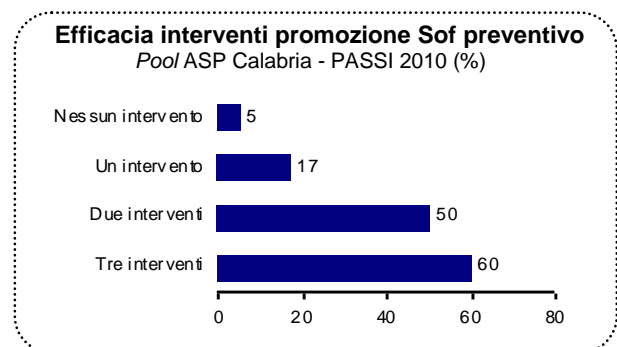
Qual è la periodicità di esecuzione della ricerca a scopo preventivo del SOF?

L'ultima ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo è stata effettuata nel corso dell'ultimo anno dal 13% del campione, mentre il 2% ha riferito di averla eseguita nell'anno o nei due precedenti. Un ulteriore 3% dichiara di averla effettuata da più di due anni e il restante 81% di non aver mai eseguito l'esame.



Ricerca SOF preventivo negli ultimi due anni per esposizione a interventi di promozione

Il 17% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto dalla ASL una lettera d'invito a eseguire un esame per la prevenzione dei tumori coloretali, il 19% di essere stato consigliato da un Operatore Sanitario e il 32% di avere visto o sentito una campagna informativa. L'efficacia degli interventi di promozione (in particolare l'associazione lettera e consiglio) è maggiore quando questi sono tra loro associati.



Le motivazioni per la mancata esecuzione del SOF

Nel corso del 2010, in Calabria, circa la metà dei 50-69enni non ha praticato una prevenzione ottimale per il cancro del colon retto, adducendo in ordine decrescente le seguenti motivazioni:

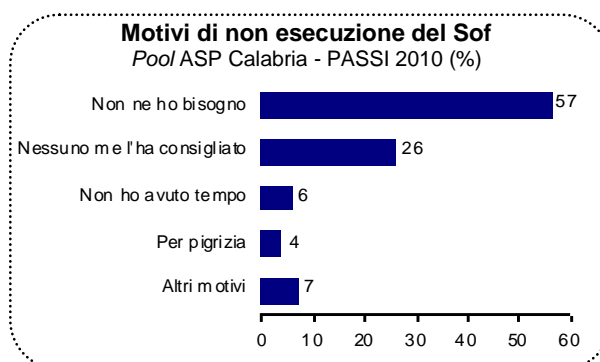
“non ne ho bisogno” (57%);

“nessuno me l’ha consigliato (27%);

“non ho avuto tempo” (6%);

“per pigrizia” (4%).

Sintetizzando, oltre il 67% riferisce motivazioni che potrebbero essere indicative di un’errata percezione del rischio.



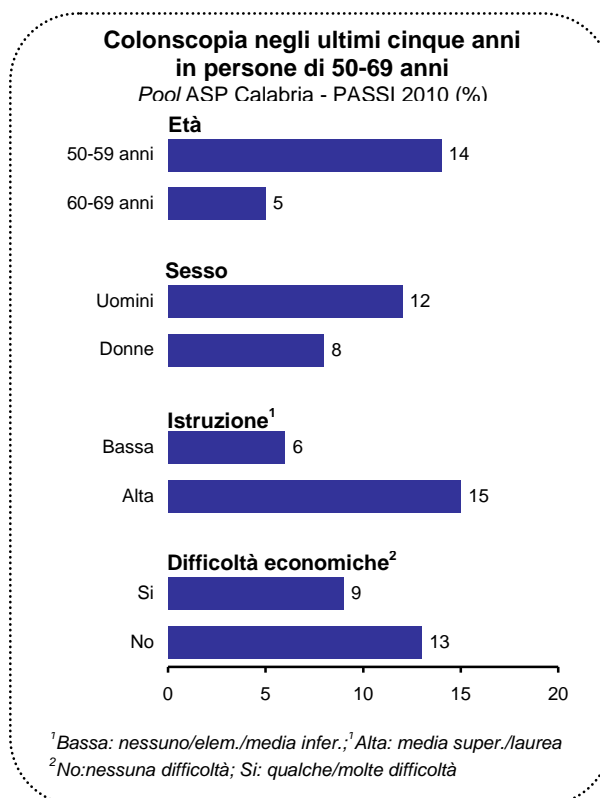
Effettuazione della colonscopia

In Calabria hanno eseguito più frequentemente una colonscopia preventiva negli ultimi cinque anni i 50-59enni (14%), gli uomini (12%), le persone con un più elevato livello di istruzione (15%) e quelle che riferiscono di non avere alcuna difficoltà economica (13%).

Dall’analisi multivariata è confermata la sola associazione con l’età.

Come in Calabria, anche in Italia l’esecuzione della colonscopia preventiva negli ultimi cinque anni è più frequente negli uomini (14%), negli intervistati con un più alto livello di istruzione (15%), in quelli privi di difficoltà economiche (13%); al contrario, per quanto riguarda l’età, i 60-69enni eseguono l’esame con maggior frequenza.

Dall’analisi multivariata risultano confermate nel *pool* di ASL nazionali tutte le associazioni, a eccezione di quella tra esecuzione della colonscopia e difficoltà economiche.



Conclusioni

Circa un quarto di popolazione nella fascia target (50-69 anni) ha eseguito un esame per la diagnosi precoce nei tempi giusti: l’offerta è pertanto ancora insufficiente, né è presente su tutto il territorio, per cui si rende necessario estendere i programmi di screening per incrementare la copertura nella popolazione.

I dati di letteratura forniscono l’evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l’accesso delle persone con svantaggi socioeconomici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, associata al consiglio dell’Operatore Sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l’adesione della popolazione target.

Vaccinazione antinfluenzale

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

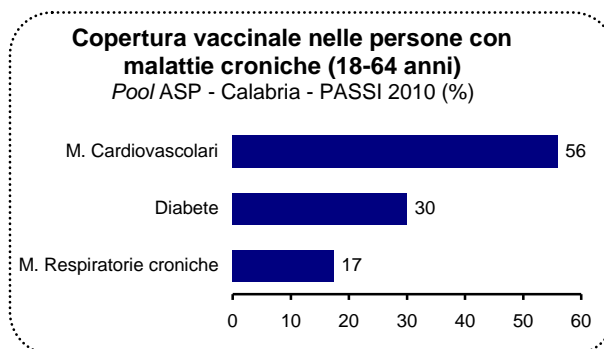
Sulla scorta dei risultati di numerose ricerche che ne attesta il rapporto positivo tra rischi e benefici, il Servizio Sanitario Nazionale promuove e offre gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale ai suddetti gruppi di popolazione a maggior rischio, fissando l'obiettivo di copertura a livelli non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

Il calcolo della copertura vaccinale tra gli ultra64enni è favorito dalle registrazioni del numero di vaccinazioni e dalla numerosità degli ultra64enni (Anagrafe Sanitaria); non risulta agevole, al contrario, il calcolo della copertura tra i 18-64enni affetti da malattie croniche, stanti le oggettive difficoltà a stimarne il numero complessivo (denominatore). PASSI è attualmente l'unico sistema informativo che può fornire una stima tempestiva della copertura vaccinale tra gli adulti di 18-64 anni privi o meno di malattie croniche.

Vaccinazione antiinfluenzale (campagna 2009-2010) - Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Vaccinati 18-64	8,5 (4,5-12,5)
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia cronica	22,6 (8,6-36,6)
Vaccinati 18-64 con nessuna patologia cronica	6,5 (2,5-10,5)

In Calabria, tra i 18-65enni portatori di almeno una patologia cronica, circa un quarto (23%) ha dichiarato di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2009-2010 (pool di ASL nazionali 28%). La copertura vaccinale è risultata più elevata tra le persone interessate da malattie cardiovascolari (56%), diabete (30%), malattie respiratorie croniche (17%).

Anche nel pool di ASL nazionali i valori più elevati si registrano tra le persone affette da malattie cardiovascolari (39%) e diabete (36%).



Conclusioni

Per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere coperture vaccinali non inferiori al 75% nelle categorie a rischio. Nella campagna 2009-2010 si è raggiunta una copertura del 63% tra gli ultra64enni, mentre la copertura è risultata ancora più bassa (meno di una persona su quattro) tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche. Al fine di ottenere un miglioramento della copertura vaccinale in queste categorie a rischio è necessario integrare maggiormente la prevenzione nell'attività assistenziale: gli specialisti – pneumologi, oncologi, cardiologi, diabetologi – e i Medici di Medicina Generale non dovrebbero sottovalutare il rischio concreto di complicanze spesso fatali attribuibili a una malattia attenuabile o evitabile come l'influenza, e dovrebbero pertanto raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione antinfluenzale stagionale. L'offerta della vaccinazione alle persone affette da malattie croniche potrebbe inoltre essere coordinata e favorita dai Servizi di Sanità Pubblica delle ASL, anche grazie alla possibile integrazione tra anagrafi vaccinali e registri di esenzione ticket, sulla scorta dell'esperienza maturata durante la pandemia del 2009, quando tutte le Regioni e Province Autonome si sono impegnate a quantificare la numerosità di soggetti a rischio cui offrire la vaccinazione.

Vaccinazione antirosolia

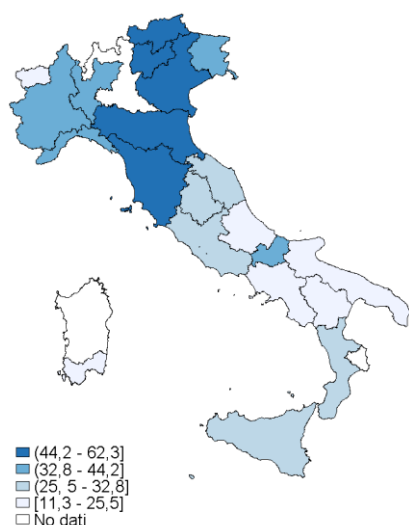
La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Il Piano Strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione Mondiale della 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; tuttavia, i dati di copertura vaccinale rilevati dal Ministero della Salute nel 2009 evidenziano che la copertura nei bambini fino a 24 mesi di età è ancora inferiore al 90%. In Italia, nel 2011, è stato approvato il Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, che fissa per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile a livello locale, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione. Attraverso le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, la prevalenza delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, PASSI misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza. Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale, somministrato continuativamente nel quadriennio 2008-11 soltanto in 13 Regioni.

Vaccinazione antirosolia in donne di 18 - 49 anni- Pool ASP Calabria	% (IC 95%)
Donne vaccinate o non vaccinate ma con rubeotest positivo	55,0 (42,5 – 67,5)
Donne non vaccinate con rubeotest negativo o con stato immunitario non noto	45,0 (32,5-57,5)

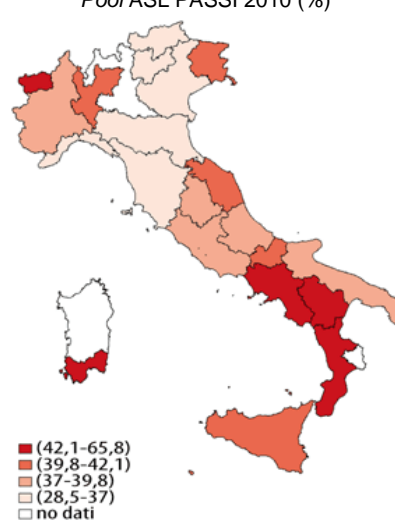
Circa una donna su tre (di 18-49 anni) riferisce di essere stata vaccinata (33%), mentre il 22% dichiara di non essere stato vaccinato, ma ricorda di essere risultato positivo al rubeotest.

Il restante 45% risulta pertanto potenzialmente suscettibile alla rosolia, in quanto riferisce di non essere stato vaccinato (il 43% ignora il proprio stato immunitario, il 2% è risultato negativo al rubeotest). Nel quadriennio 2007-2010, considerando soltanto le ASL che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo, si osserva un leggero aumento, ai limiti della significatività statistica, della percentuale di donne in età fertile vaccinate.

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Pool ASL PASSI 2010 (%)



Donne non vaccinate contro la rosolia, (con stato immunitario non noto o rubeotest negativo)
Pool ASL PASSI 2010 (%)



Conclusioni

Il dato importante che emerge dall'indagine PASSI è che il 43% delle donne calabresi in età fertile, pur non essendo vaccinate, non è a conoscenza del proprio stato immunitario rispetto alla rosolia: tale osservazione evidenzia scarsa consapevolezza del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza da parte di questa popolazione.

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

Secondo gli studi di sieroprevalenza più recenti, condotti su sieri raccolti nel 2003-2004, solo il 10% delle donne in età fertile risultava infatti privo di anticorpi circolanti e quindi suscettibile alla rosolia. Tuttavia, anche questa proporzione risulta troppo elevata rispetto al valore del 5% stimato necessario per raggiungere gli obiettivi di eliminazione fissati.

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

Un dato confortante è che la proporzione di donne vaccinate risulta maggiore nelle generazioni più giovani, il che va ascritto alle strategie aggiuntive specifiche per la rosolia previste dal Piano di Eliminazione e alla campagna di recupero che ha coinvolto le scuole elementari e medie. È presumibile che in futuro 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 essere agevolata da una maggiore integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale condotta dagli Operatori Sanitari più vicini alle donne in età fertile (Medici di Medicina Generale, pediatri, ginecologi e ostetriche), da attuarsi attraverso la vaccinazione delle donne trovate suscettibili quando ospedalizzate per una IVG, un aborto o un parto, nonché mediante interventi di *catch-up* promossi dai servizi vaccinali.

appendice

metodi
monitoraggio

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

Popolazione di studio: persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle Anagrafi Sanitarie delle ASP della Regione Calabria (circa 1.380.000 persone).

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

Strategie di campionamento

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

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

Interviste

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASP durante tutto l'anno 2010, con cadenza mensile e considerando luglio e agosto come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è risultata di circa 25 minuti.

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

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

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software "Epi Info 3.5.3".

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

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

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

Monitoraggio

I tassi di eleggibilità, risposta e rifiuto sono indicatori di qualità del sistema di sorveglianza, modellati sui criteri della *American Association for Public Opinion Research (AAPOR)*, che servono per confrontare la *performance* del sistema con altre indagini analoghe; non reperibilità e sostituzione sono tassi grezzi, ad uso interno, che servono per tenere sotto controllo alcuni aspetti della rilevazione.

Si riportano di seguito le principali definizioni.

- **Popolazione di riferimento:** persone di età compresa tra 18 e 69 anni residenti nelle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).
- **Eleggibilità:** proporzione di persone eleggibili su tutti i campionati. Si considerano eleggibili le persone campionate 18-69enni, residenti nelle ASP, registrate nell'Anagrafe Sanitaria degli assistiti, con disponibilità di un recapito telefonico e in grado di sostenere un'intervista telefonica in italiano (o altra lingua ufficiale della Regione/Provincia Autonoma).
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Rifiuto:** proporzione di persone contattate, che rifiutano l'intervista, su tutti gli eleggibili.
- **Non reperibilità:** proporzione di persone non reperibili su tutti i campionati. 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).
- **Sostituzione:** proporzione di persone sostituite su tutti i campionati. Le persone che per qualunque motivo non è stato possibile intervistare sono sostituite con unità preselezionate, estratte casualmente nello stesso strato del non rispondente. I motivi di sostituzione sono il rifiuto, la non reperibilità, l'impossibilità di rintracciare un recapito telefonico e la non eleggibilità.

La tabella seguente mette a confronto i valori dei tassi regionali e nazionali:

2010	Eleggibilità	Risposta	Rifiuto	Non reperibilità	Sostituzione
Calabria	90	93	4	1	16
Pool Italia	90	82	8	3	27