ISSN 2724-3559

bollettino epidemiologico nazionale

Rivista peer reviewed dell'Istituto Superiore di Sanità

Volume 1 (1) 2020

Indice

i Editoriale

1 Il Bollettino epidemiologico nazionale (Ben): una storia lunga oltre 30 anni

6 Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019

11 Il ruolo dei Team di assistenza primaria per il counselling antifumo nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto; dati PASSI 2007-2017

19 Il quadro epidemiologico della fragilità nell'anziano dai risultati della Joint Action europea ADVANTAGE

24 Uso delle sigarette rollate in Italia: dati PASSI 2017-2018

29 EpiEuropa

www.epicentro.iss.it/ben

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Silvio Brusaferro

Direttore scientifico: Antonino Bella

Direttore editoriale: Carla Faralli

Comitato scientifico
Chiara Donfrancesco, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Lucia Galluzzo, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Donato Greco, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Ilaria Lega, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Cristina Morciano, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Luigi Palmieri, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Valentina Possenti, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Caterina Rizzo, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma (Italia)
Stefania Salmaso, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Stefania Spila Alegiani, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Angela Spinelli, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)
Marina Torre, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Redazione: Paola Luzi, Luana Penna, Sabrina Sipone

Progetto grafico: Lorenzo Fantozzi

Supporto informatico: Pierfrancesco Barbariol

Legge 16 luglio 2012, n. 103 di conversione del Decreto Legge 18 maggio 2012, n. 63. "Disposizioni urgenti in materia di riordino dei contributi alle imprese editrici, nonché di vendita della stampa quotidiana e periodica e di pubblicità istituzionale"

Art. 3 bis
Semplificazioni per periodici web di piccole dimensioni

1. Le testate periodiche realizzate unicamente su supporto informatico e diffuse unicamente per via telematica ovvero on line, i cui editori non abbiano fatto domanda di provvidenze, contributi o agevolazioni pubbliche e che conseguano ricavi annui da attività editoriale non superiori a 100.000 euro, non sono soggette agli obblighi stabiliti dall'articolo 5 della legge 8 febbraio 1948, n. 47, dell'articolo 1 della legge 5 agosto 1981, n. 416, e successive modificazioni, e dall'articolo 16 della legge 7 marzo 2001, n. 62, e ad esse non si applicano le disposizioni di cui alla delibera dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni n. 666/08/CONS del 26 novembre 2008, e successive modificazioni.
2. Ai fini del comma 1 per ricavi annui da attività editoriale si intendono i ricavi derivanti da abbonamenti e vendita in qualsiasi forma, ivi compresa l'offerta di singoli contenuti a pagamento, da pubblicità e sponsorizzazioni, da contratti e convenzioni con soggetti pubblici e privati.

© Istituto Superiore di Sanità 2020
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma (Italia)

EDITORIALE

Molti bollettini epidemiologici europei, in questa fase di pandemia da COVID-19, hanno sospeso la pubblicazione. Il Ben lo ha fatto, per alcuni mesi, ma ora è pronto per un nuovo rilancio, come rivista autonoma. Quando, nell'autunno del 2019, abbiamo deciso di renderci indipendenti dal Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, dopo 20 anni di onorato servizio come inserto, ci siamo chiesti se in un panorama editoriale ampio e in continua evoluzione come quello attuale potesse trovare spazio e soprattutto significato una rivista con un focus specifico sull'epidemiologia.*

La nostra risposta è stata ovviamente affermativa, ancor prima che fosse chiaro a tutti l'importanza e la centralità dell'epidemiologia nella tutela della salute pubblica. L'epidemiologia rappresenta infatti "il" punto di partenza per rispondere ai problemi e ai bisogni di salute della popolazione, salute che è un diritto fondamentale dell'individuo, ma anche un bene primario che contribuisce in modo determinante allo sviluppo economico e sociale del Paese. E mai come in questi giorni abbiamo compreso la fondatezza di tali asserzioni.

Scopo fondamentale dell'epidemiologia è quello di costruire salute; ne consegue che il rapporto tra le varie comunità che si occupano di epidemiologia in tutte le sue declinazioni deve essere vivace, costruttivo e solido.

È proprio questo che vuole rappresentare il Ben: uno strumento che dia spazio a tutte le voci dell'epidemiologia, ma in particolare a tutte quelle esperienze del territorio che sono di qualità, ma spesso restano retaggio locale e far sì che, tramite la diffusione della rivista a livello nazionale, diventino un patrimonio collettivo.

L'epidemiologia quindi, per noi, ha un approccio circolare: dal territorio arrivano esperienze, buone pratiche, progetti e dati che il Ben, rivista istituzionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), valida grazie al processo di revisione tra pari e rilascia alla comunità scientifica e agli operatori sanitari.

E questa circolarità dell'epidemiologia trova adeguata rappresentazione nel nuovo logo della rivista: una "e" di epidemiologia in evidenza rispetto alle altre lettere che compongono l'acronimo Ben. La "e", inserita all'interno di una chiocciola, vuole esprime un'epidemiologia come elemento di connessione tra ISS e territorio e viceversa, ma anche apertura all'insieme di attori che concorrono alla pratica epidemiologica nell'ambito della salute pubblica.

La ripartenza del Ben prende l'avvio con un'attenzione specifica all'integrità della ricerca. Ecco quindi una serie di policy a cui gruppo editoriale, autori e revisori dovranno fare riferimento nel corso dell'intero processo editoriale.

Non solo chi svolge attività di ricerca deve attenersi ai principi fondamentali (affidabilità, onestà, rispetto, responsabilità) definiti da Il Codice di condotta europeo per l'integrità della ricerca*, ma anche chi gestisce gli strumenti e i canali che veicolano i risultati prodotti dalla ricerca. Il Ben vuole quindi dare il proprio contributo affinché l'ISS, come ente editore, possa non solo farsi portatore di questi principi, ma anche rafforzare il proprio ruolo nella disseminazione della ricerca in ambito epidemiologico e nella valorizzazione delle esperienze del territorio.*

Quindi, un Ben...venuto a tutti i contributi di ricercatori e operatori sanitari interessati a collaborare a questo progetto!

Antonino Bella
Carla Faralli

doi: 10.53225/BEN_023

Il Bollettino epidemiologico nazionale (Ben): una storia lunga oltre 30 anni

Donato Greco

Medico epidemiologo, già Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY

National Epidemiological Bulletin: a history spanning more than 30 years

Introduction

The 1980 Irpinia and Basilicata earthquake caused 3,000 deaths and forced 280,000 people into tent cities. There was a need to collect verified data to ward off the risks of outbreaks. In this context, the National Epidemiological Bulletin (Ben) is born. The aim of this article is to describe the motivations that led to Ben's birth and evolution.

Methods

The Italian National Institute of Health (ISS) activates a syndromic surveillance: every tent city and hospital had to send to the ISS a weekly paper report containing data on some prodromal symptoms of infectious diseases and on hospitalizations. Then, ISS processed a descriptive table.

Results

Ben was born to disseminate the results of syndromic surveillance. After the emergency, Ben becomes an epidemiological bulletin and a public health communication tool. In 1987 Ben was discontinued and started again in 2001 as an insert of the *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*. From January 2001 to December 2019, 434 articles were published. In December 2019, Ben's last articles have been published on the *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* and, in 2020, it's going to be released as an independent journal.

Conclusions

By Ben, ISS activates its network with the local health workers, who provide the community with experiences, reports, data, good practices and local surveillance. For over 30 years, Italian epidemiologists have been using Ben as a mean of communication and peer comparison. Ben has been giving space, and still does, to field epidemiology that identifies the health needs of the population, provides input for health planning and validates the effectiveness of health policies. Ben is ready for a new challenge: autonomous magazine with a well-defined mission.

Key words: syndromic survey; epidemiology; health promotion

grecodon@gmail.com

Introduzione

Il 23 novembre 1980, quarant'anni fa, la terra scuote l'Irpinia e la Basilicata: 3.000 morti, interi paesi rasi al suolo, 280.000 persone senza casa (1). L'Italia non ha ancora una Protezione Civile, ma viene nominato un Commissario e viene creata una commissione nazionale "grandi rischi" cui partecipa anche l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Si attrezzano rapidamente grandi tendopoli per gli sfollati che ospitano migliaia di persone. Inesorabile si presenta lo spettro epidemico: oltre al consueto, quanto inesistente - come dimostrato dalle evidenze (2-4) - rischio epidemico derivante da cadaveri di persone e animali, emerge comunque un rischio di focolai epidemici nelle tendopoli. Sono state, infatti, allestite in fretta e con limitate risorse igieniche a causa dei danni procurati dal sisma alla rete di distribuzione dell'acqua potabile e alla rete fognaria. L'allarme mediatico si diffonde rapidamente, alimenta notizie incontrollate e proposte di interventi non evidence based, come la vaccinazione di massa antitifica, la profilassi antibiotica, il ricorso alle mascherine e la pratica estesa di disinfezioni.

In situazioni di emergenza l'incertezza sulle dimensioni del rischio presunto e la difficoltà nel gestire i servizi informativi hanno un ruolo fondamentale sulla percezione di continuo pericolo della popolazione. Negli anni Ottanta, inoltre, la mancanza degli odierni strumenti dell'information technology rendeva molto complesso restituire ai presidi interessati, ai media e alle autorità sanitarie centrali l'aggiornamento della situazione epidemiologica. In questo contesto nasce il Bollettino epidemiologico nazionale (Ben).

Obiettivo di questo articolo è descrivere le motivazioni che hanno portato alla nascita del Ben e alla sua evoluzione, contestualizzandola nel processo evolutivo dell'epidemiologia stessa.

Metodi

L'allora Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'ISS indica la necessità di raccogliere dati attendibili relativamente alla situazione epidemiologica dell'area colpita dal sisma e propone un sistema di sorveglianza

sindromica nei campi di sfollati e nei 52 ospedali presenti sul territorio: settimanalmente ogni campo e ospedale doveva compilare una scheda cartacea che raccoglieva il numero di nuovi casi di diarrea, febbre, affezioni respiratorie, traumi, ricoveri ostetrici e chirurgici e altri sintomi riconducibili a possibili malattie infettive. Le schede venivano trasmesse al Reparto Malattie infettive del LEB tramite un sistema di comunicazione allora innovativo e che veniva usato in Italia per la prima volta: il telefax, una piccola fotocopiatrice che inviava attraverso il telefono un'immagine a una stampante centrale. Il LEB, con i casi riportati nelle singole schede pervenute, elaborava una tabella descrittiva settimanale.

Risultati

L'11 dicembre 1980 nasce così il Ben. Parte come strumento di diffusione dei risultati della sorveglianza sindromica correlata all'evento sismico, con l'obiettivo di informare tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alle popolazioni colpite dal sisma, sulla base di dati verificati e controllati.

Una volta terminata l'emergenza, il Ben diventa rapidamente un bollettino epidemiologico a più ampio spettro. Per sette anni, tutti i martedì, il Ben viene pubblicato puntualmente e diventa uno strumento di comunicazione in sanità pubblica, raggiungendo, con le oltre 5.000 copie ciclostilate (Figura 1), utenti in tutte le Regioni. Il bollettino con il tempo non è più solo un contenitore che restituisce agli operatori del sistema sanitario i dati che raccolgono sul territorio, ma che ospita anche i risultati dei diversi sistemi di sorveglianza coordinati dall'ISS. I sistemi di sorveglianza, infatti, sia di popolazione che correlati alle malattie infettive, aumentano nel corso degli anni, per rispondere ai mutati bisogni di salute.

Bollettino Epidemiologico Nazionale
N°1
dell'Osservatorio Epidemiologico per le zone terremotate
ISTITUTO SUPERIORE di SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA
MINISTERO della SANITA'
DIREZIONE di IGIENE PUBBLICA
ANNO 1980 - PERIODICO SETTIMALE

Figura 1 - Frontespizio ciclostilato del primo numero del Ben (1980)

Alla fine del 1987, dopo oltre 350 fascicoli, il Ben interrompe la pubblicazione. Ma ormai il rapporto fiduciario con il territorio si è consolidato e il LEB continua a ricevere report che raccolgono esperienze e studi epidemiologici locali. Nasce quindi l'esigenza di dare nuovamente spazio alle tante voci. Così, dopo 14 anni di sospensione, nel gennaio 2001 il Ben si ripresenta, come inserto del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* (5). Esce con cadenza mensile e ogni fascicolo ospita due articoli. Oltre alla versione cartacea che viene distribuita in 5.000 copie sul territorio nazionale, già dal 2001 il Ben è fruibile full text sul sito dell'ISS e sul portale di EpiCentro (6).

La rapida diffusione del bollettino scoperchia la insoddisfatta domanda di scambio di esperienze epidemiologiche: chi opera sul territorio ha soltanto le riviste scientifiche per diffondere le proprie esperienze, ma queste, almeno all'epoca, avevano tempi lunghi di lavorazione degli articoli (almeno un anno tra sottomissione e pubblicazione). Il Ben, al contrario, offriva la possibilità di comunicazioni brevi, con un formato analogo alle riviste scientifiche, revisione tra pari rapida, tempi di pubblicazione abbastanza veloci e gratuità. Le istruzioni per gli autori allineavano gli articoli alle norme editoriali internazionali così come il processo di peer review.

L'esigenza di focus su argomenti specifici porta alla realizzazione di alcuni fascicoli monografici che ospitano 4 articoli invece dei canonici 2.

A dicembre 2019 il Ben pubblica gli ultimi articoli come inserto e si prepara ad uscire come rivista autonoma nel 2020.

Da gennaio 2001 a dicembre 2019 sono stati pubblicati sul Ben 434 articoli, più di 20 all'anno, buona parte provenienti dai servizi sanitari territoriali, ma anche da IRCCS, università, aziende ospedaliere; dal 2012 viene introdotta la peer review in doppio cieco. Molti i temi di sanità pubblica trattati in questo lungo intervallo di tempo.

La Tabella mostra la distribuzione delle tematiche affrontate: la frequenza per tema rispecchia in maniera evidente le reali priorità di sanità pubblica del Paese che, in parte, sono cambiate nel corso degli anni, includendo la sorveglianza di alcuni patogeni emergenti.

Nella Figura 2 è riportata la distribuzione dei contributi al Ben per area geografica del primo autore e per anno di pubblicazione (gennaio 2015-dicembre 2019). Si nota come i contributi provengano prevalentemente dal Nord e dal Centro; meno rappresentate il Sud e le Isole.

Tabella - Distribuzione di frequenza delle tematiche trattate negli articoli pubblicati nel Ben (gennaio 2001-dicembre 2019)

Tematica	n. articoli
Sostanze d'abuso	5
Promozione della salute	90
Allattamento	14
Allevamento-zoonosi	6
Epidemiologia ambientale	2
Farmacoepidemiologia	12
Formazione	2
Malattie infettive	32
Immigrati	5
Incidenti domestici e stradali	13
Intossicazioni alimentari e da sostanze chimiche	19
Invecchiamento e fragilità	9
Malattie croniche non trasmissibili	44
Mortalità	8
Schede di dimissione ospedaliera e accessi ai Pronto Soccorso	8
Sorveglianze di popolazione	78
Piani di prevenzione sanitaria	6
Salute della donna e del bambino	25
Registri nazionali	4
Salute mentale	3
Tecnologia informatica - strategie di comunicazione	2
Tumori	20
Vaccinazioni	24
Varie	3
Totale	**434**

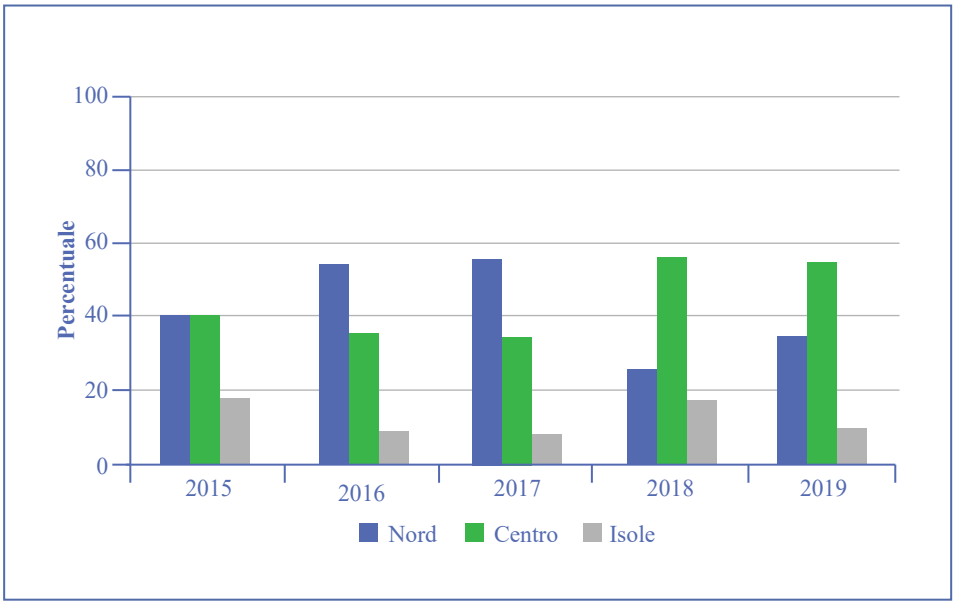


Figura 2 - Distribuzione dei contributi al Ben per area geografica del primo autore e anno di pubblicazione (gennaio 2015-dicembre 2019)

Analizzando i dati sugli accessi al sito del bollettino si osserva, con il passare degli anni, un trend in crescita. Si è passati da un numero inferiore alle 10.000 visualizzazioni nel gennaio 2019 alle oltre 25.000 di dicembre 2019, per un totale di 215.486 visite (**Figura 3 A**). Nello stesso periodo, sono stati oltre 1.000 gli utenti che hanno consultato quotidianamente le pagine del Ben. A partire da gennaio 2020, con l'inizio della diffusione del virus SARS-CoV-2 e, in particolare, dopo la dichiarazione di pandemia di COVID-19 e durante il lockdown, si è registrato un picco di accessi (**Figura 3 B**).

Discussione

Il Ben è lo strumento iniziale, in ambito epidemiologico, con cui l'ISS attiva il suo rapporto con gli operatori sanitari del territorio che si occupano di salute pubblica, grazie al quale gli operatori mettono a disposizione della comunità esperienze, report, dati, buone pratiche, sorveglianze locali. L'esigenza di rafforzare ulteriormente questo scambio tra periferie e ISS a livello centrale porta alla nascita, nel corso degli anni, di un progetto articolato di formazione (anche se corsi di epidemiologia applicata sono organizzati dal LEB già dagli anni Ottanta): Profea (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) che prende l'avvio nel 2001 (7).

Il Profea, percorso formativo in due anni articolato in 10 moduli, prevedeva corsi residenziali che hanno formato negli anni centinaia di operatori del Servizio Sanitario Nazionale. Il successo ottenuto e l'esigenza di formare in ambito regionale reti di operatori dedicate alla prevenzione ha portato il Profea a "spostarsi" a livello regionale, sempre in modalità residenziale (Profea Sardegna, Calabria e Sicilia).

La modalità dei corsi in presenza, che come abbiamo visto caratterizza la mission del LEB e del successivo CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute), ha contribuito alla conoscenza e allo scambio di esperienze tra pari. Anche grazie a questo confronto nel 2001 è nato il portale di epidemiologia EpiCentro (dove sono pubblicati gli articoli del Ben) che nel corso degli anni ha aumentato in modo esponenziale il numero di accessi e oggi è uno dei siti di sanità pubblica più consultati in Italia.

EpiCentro, durante l'emergenza pandemica da COVID-19 ha fornito un importante contributo alla disseminazione di dati epidemiologici, informazioni, ma anche di infografiche (ad esempio sui corretti stili di vita da adottare durante il lockdown), confermandosi un punto di riferimento per gli operatori sanitari e per la popolazione generale.

Conclusioni

Per oltre trenta anni l'epidemiologia italiana ha usato il Ben come mezzo di comunicazione in maniera intensa: ne ha fatto uno strumento didattico, ha permesso il confronto sistematico

Figura 3 A-B - Andamento mensile delle visualizzazioni delle pagine del Ben (1° gennaio 2016-23 settembre 2020). Fonte: Google Analytics

tra pari, ha dato spazio e voce al grande popolo di operatori della sanità pubblica italiana non sempre avvezzo alla lettura delle riviste scientifiche internazionali. Ma non è stata, non è e non sarà, una rivista di serie B: uno spazio per gli articoli che non riescono a raggiungere prestigiose riviste internazionali. Il Ben ha costantemente dato voce a contributi indipendenti, scientificamente rigorosi, pertinenti alla realtà territoriale della sanità pubblica italiana. Gli ultimi quaranta anni hanno visto la crescita e la continua evoluzione della sanità pubblica italiana e, con essa, la nascita, la crescita e la continua evoluzione dell'epidemiologia. Non necessariamente l'epidemiologia dei grandi studi internazionali, ma quella realmente applicata al nostro territorio: l'epidemiologia quale sorgente di cruciali informazioni sui bisogni di salute della popolazione, l'epidemiologia guida della programmazione sanitaria, l'epidemiologia strumento di valutazione dell'efficacia reale delle politiche sulla salute.

In un Paese federato sulla salute in 21 Regioni, con ampia autonomia delle oltre cento aziende sanitarie locali, sempre in lotta con la ristrettezza delle risorse economiche, afflitto da costante imposizione finanziaria, il Ben ha offerto e continuerà a offrire un momento di unità, una sala di confronto indipendente, un focus tra pari impegnati dall'onesto rigore scientifico dell'epidemiologia applicata.

L'attuale pandemia di COVID-19 ha posto in grande evidenza l'epidemiologia e termini tipici del gergo epidemiologico sono diventati popolari: persone comuni discutono di curve epidemiche, di fattori di trasmissione, di tracciamento dei contatti, di pattern epidemiologici; una conoscenza diffusa che fa bene al nostro sistema di sanità pubblica, ma che richiede anche con forza più qualità ed impegno dei nostri sistemi epidemiologici, più risorse, più formazione, più considerazione.

Una sfida epocale per la quale il Ben è pronto: rivista autonoma, nuova direzione scientifica, nuovo comitato scientifico e una ben definita mission che ricalca le fortunose origini del bollettino e il suo lungo contributo alla comunicazione in sanità pubblica. Uno spazio ampio per gli operatori del SSN, preservando il rigore scientifico e il sistematico feed back delle reti di sorveglianza.

Citare come segue:
Greco D. Il Bollettino epidemiologico nazionale (Ben): una storia lunga oltre trent'anni. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1):1-5.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Riferimenti bibliografici

1. Alexander D. Disease epidemiology and earthquake disaster. The example of Southern Italy after the 23 November 1980 earthquake. Soc Sci Med 1982;16(22):1959-69; doi: 10.1016/0277-9536(82)90399-9
2. World Health Organization. Risks posed by dead bodies after disasters. https://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/guidelines/risks/en/; ultimo accesso 21/9/2020.
3. World Health Organization. Management of dead bodies: Frequently asked questions. https://www.who.int/hac/techguidance/management-of-dead-bodies-qanda/en/; ultimo accesso 21/9/2020.
4. Conly JM, Johnston BL. Natural disasters, corpses and the risk of infectious diseases. Can J Infect Dis Med Microbiol 2005 Sep-Oct; 16(5): 269-70; doi: 10.1155/2005/684640
5. Greco D. Ben…tornato BEN. Perché rinasce il Bollettino Epidemiologico Nazionale. Not Ist Sup Sanità - Inserto BEN 2001;14(1):i.
6. www.epicentro.iss.it; ultimo accesso 21/9/2020.
7. Scardetta P, Occhiodoro V, Penna L (Ed). Conferenza PROFEA PROgramma di Formazione in Epidemiologia Applicata. L'epidemiologia applicata al servizio della costruzione della Salute. Orvieto, 22 ottobre 2014. Riassunti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014 (ISTISAN Congressi 14/C4).

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019

Enrica Pizzi[a], Michele Antonio Salvatore[a], Laura Lauria[a], Marta Buoncristiano[a], Serena Donati[a], Angela Spinelli[a], Daniela Marcer[b], Elena Fretti[b], Mauro Bucciarelli[a], Silvia Andreozzi[a], Claudia Ferraro[a], Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020*

[a] *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
[b] *Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona*

SUMMARY

The Surveillance System for children aged 0-2: purposes, methods and main results of the 2018-2019 data collection

Introduction

In view of the success of other population Surveillance Systems in Italy, the Italian Ministry of Health has promoted and financed a Surveillance System for the main determinants of child health, entrusting its coordination to the Istituto Superiore di Sanità (the Italian National Institute of Health).

Materials and methods

The target population was mothers who were asked to fill in an anonymous questionnaire during the vaccination sessions of their children aged 0-2 years. Representative samples of mothers were recruited at regional and local health service levels. The main aim was to collect information on folic acid assumption, breastfeeding, tobacco and alcohol consumption during pregnancy and lactation, parents' attitude to reading aloud to their children, cradle position, exposure to screens, environmental safety and parents' plans to vaccinate their children, together with general information concerning their cultural and social background.

Results

The first round was carried out in 2018-2019 in 11 Italian Regions and all local health services. Around 30,000 questionnaires were collected and the participation rate was over 95% in all Regions. Results showed that only 21.0% of mothers took folic acid before pregnancy as recommended. Almost every mother (93.8%) did not smoke before pregnancy, while children potentially exposed to passive smoking was 41.9%. Mothers who reported consuming alcohol at least once or twice a month during pregnancy and breastfeeding were 19.7% and 34.9% respectively. Only 23.7% of infants were breastfed up to 4-5 months of age and 34.4% of children were exposed to screens from the first months of life. In the week before the interview, parents have never read a book to 44.7% of children between 6-12 months. The 80.5% of mothers intended to vaccinate their children for both mandatory vaccinations as well as recommended vaccinations and the majority of mothers (64.1%) reported placing their babies on their back to sleep as recommended. The data show that 6.3% of mothers of children under 6 months of age have referred to a doctor and/or the emergency room for a domestic incident involving their child and the prevalence rises to 19.8% among those over the age of 1 year. Finally, about 15% of mothers of children under 6 months reported having difficulties in making them sit and be fastened in the car seat, a percentage that rises to 34.2% over one year of age.

Conclusions

The results were very variable for both protective measures and risky behavior. There were significant differences between the Regions and local health areas. There is scope for improvement in all of the investigated health determinants.

Key words: surveillance; early child development; health promotion

enrica.pizzi@iss.it

Introduzione

A livello internazionale molti documenti identificano nei primi 1.000 giorni di vita una finestra temporale strategica per promuovere un sano sviluppo mentale e fisico dei bambini (1-3). Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno fornito indicazioni per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia. Inoltre, il recente Framework dell'OMS Europa sullo sviluppo precoce del bambino (early child development, ECD), ha individuato le aree d'intervento prioritarie per un adattamento al contesto europeo del *nurturing care*, ovvero quell'insieme di fattori che garantiscono ai bambini un'alimentazione adeguata, delle buone condizioni di salute, precoci opportunità di apprendimento, una genitorialità responsiva, protezione e sicurezza (4, 5). Per quanto riguarda l'Italia, il Ministero della Salute ha predisposto un Documento di indirizzo sui primi 1.000 giorni di vita per la protezione e la promozione della salute dei bambini rivolto a genitori, operatori sanitari e decisori.

(*) I componenti del Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020 sono riportati a p. 10.

In tutti questi documenti viene ribadito che lo sviluppo sano del bambino è garantito da condizioni favorevoli che vengono a crearsi già prima del concepimento, durante la gravidanza e nella primissima infanzia, influenzate da fattori genetici, psicologici, comportamentali, ambientali e socioeconomici; tutto ciò a conferma della forte interdipendenza del bambino con l'ambiente di vita. La salute dunque come prodotto di un intreccio complesso e multifattoriale tra diverse componenti che possono agire come fattori di rischio o protettivi (6, 7). Inoltre, garantire a ciascun bambino il miglior inizio di vita possibile è indispensabile per contrastare precocemente le disuguaglianze di salute (8-10).

In questa cornice culturale si sviluppa il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino - Sorveglianza Bambini 0-2 anni - promosso e finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato con il coinvolgimento delle Regioni. Questa Sorveglianza rappresenta uno degli strumenti per poter disporre di dati rappresentativi di popolazione per quantificare la diffusione di comportamenti protettivi o a rischio per la salute del bambino e descriverne le differenze territoriali e sociodemografiche, al fine di programmare azioni mirate.

La Sorveglianza, inserita nel DPCM del 2017 su registri e sorveglianze di rilevanza nazionale e regionale (11), è stata implementata tenendo conto dell'esperienza maturata negli anni dal Programma GenitoriPiù (12) e dei risultati emersi dal progetto pilota realizzato nel 2013 in 13 Distretti sanitari di 6 Regioni, conclusosi nel 2016. Il progetto pilota ha permesso di validare la metodologia, gli strumenti di rilevazione e il setting per la raccolta dei dati, evidenziando grandi potenzialità per monitorare i determinanti di salute nella prima infanzia (13).

Materiali e metodi

Alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni, che prevede il progressivo coinvolgimento di tutte le Regioni e le Province Autonome, a oggi hanno aderito Valle d'Aosta, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Marche, Lazio, Basilicata, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. A queste si aggiunge la Toscana che partecipa mettendo a disposizione i dati raccolti attraverso un sistema di indagine sul percorso nascita, con una metodologia di tipo longitudinale, già attivo da tempo sul territorio regionale grazie al coordinamento del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa (14).

La Sorveglianza si avvale di un coordinamento nazionale, di un comitato tecnico con ruolo di indirizzo e supporto tecnico-scientifico, di referenti regionali e delle Province Autonome oltre che locali, con funzione di coordinamento alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati e del coinvolgimento degli operatori sanitari dei Centri Vaccinali (CV) per la raccolta dei dati e la distribuzione di materiale informativo ai genitori.

Le informazioni raccolte dalla Sorveglianza riguardano determinanti di salute materno-infantile che comprendono l'assunzione di acido folico in epoca pre-concezionale, l'astensione da alcol e fumo in gravidanza e in allattamento, l'attitudine alle vaccinazioni, l'allattamento, la posizione corretta in culla, la sicurezza in auto e in casa, la lettura in famiglia e l'attenzione all'esposizione dei bambini a schermi (tablet/cellulari/tv). Inoltre, vengono indagate variabili sociodemografiche ed economiche.

La popolazione in studio è rappresentata da mamme di bambini fino ai 2 anni di vita portati presso i CV per effettuare le vaccinazioni. La rilevazione si caratterizza come un'indagine di tipo campionario, finalizzata a produrre stime rappresentative a livello regionale e, per le Regioni che ne fanno richiesta, anche a livello di ASL.

La raccolta delle informazioni avviene attraverso un questionario anonimo, disponibile in più lingue, autocompilato dalle mamme presso i CV con il supporto degli operatori, in occasione di una delle seguenti sedute vaccinali: 1ª, 2ª, 3ª dose DTP (difterite-tetano-pertosse)-esavalente e 1ª dose MPRV (morbillo, parotite, rosolia, varicella). Il protocollo e tutti gli strumenti per la raccolta dati hanno avuto l'approvazione del Comitato Etico dell'ISS.

Tutti i professionisti coinvolti partecipano, prima della raccolta dati, a un percorso formativo sugli aspetti metodologici e sui contenuti studiati dalla Sorveglianza. La formazione sugli aspetti metodologici è finalizzata a garantire uniformità nell'esecuzione delle procedure da parte degli operatori per disporre di dati comparabili tra le Regioni; prevede, inoltre, momenti formativi organizzati presso l'ISS per i referenti regionali e/o i loro collaboratori e successive iniziative di formazione a livello locale, organizzate da questi ultimi e rivolte agli operatori direttamente coinvolti nella raccolta dati.

In questa edizione la formazione sui contenuti è stata realizzata tramite una FaD (Formazione a Distanza) dedicata, che è risultata efficace e gradita. La finalità è quella di fornire a tutti gli operatori le conoscenze necessarie per poter informare i genitori sui comportamenti corretti

per promuovere la salute dei propri figli. Questo momento di contatto tra operatore e genitore è facilitato dal materiale informativo multilingue, consegnato alla mamma dopo la compilazione del questionario e dalla presenza di poster nei CV e presso gli studi dei pediatri di libera scelta. Tale materiale è utile alla promozione delle azioni di salute misurate dalla Sorveglianza e promosse dal Programma GenitoriPiù, poiché le descrive offrendo semplici indicazioni e segnalando i siti internet di riferimento per eventuali approfondimenti.

Risultati

In questa prima edizione della rilevazione sono state intervistate, tra dicembre 2018 e aprile 2019, 29.492 mamme nelle 11 Regioni partecipanti. Il tasso di partecipazione ha superato il 95% in tutte le Regioni (**Figura**).

I risultati, presentati nell'ambito del Convegno nazionale "Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia" che si è svolto a Roma il 26 novembre 2019, mostrano che il 94% delle mamme ha riferito di aver assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma solo il 21,0% lo ha fatto in maniera appropriata - da prima del concepimento fino alla fine del terzo mese di gravidanza - con una variabilità per Regione compresa tra il 16,0% e il 35,7%.

Rispetto al consumo di tabacco, il 6,2% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza (range: 3,7%-7,9%) e l'8,1% in allattamento (range: 5,2%-10,1%). La percentuale di bambini potenzialmente esposti al fumo passivo, a causa della convivenza con almeno un genitore e/o altra persona fumatrice alla data dell'intervista, varia dal 27,0% al 46,5%, con valori tendenzialmente più elevati nelle Regioni del Sud.

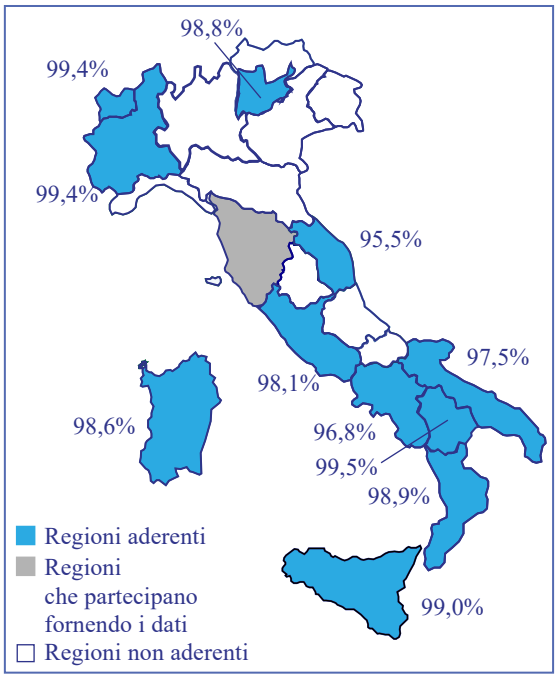


Figura - Tasso di partecipazione per Regione

La percentuale di mamme che ha riferito di aver assunto bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza e l'allattamento è pari, rispettivamente, al 19,7% e al 34,9%. Tali percentuali si riducono se si considerano frequenze di consumo più elevate, con quote di mamme che hanno dichiarato di aver consumato alcol almeno due volte a settimana pari all'1,4% in gravidanza e al 3,4% in allattamento. Tra le Regioni partecipanti, il consumo di alcol in gravidanza e in allattamento risulta più diffuso in quelle del Centro-Nord.

I bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età sono meno di un quarto (23,7%), con una variabilità dal 16,8% al 44,7% e con quote più basse nelle Regioni del Sud. Risulta non essere mai stato allattato l'11,7% dei bambini, con una variabilità dal 5,0% al 18,4%.

Nella settimana precedente l'intervista non è mai stato letto un libro al 44,7% dei bambini nella fascia di età 6-12 mesi e al 34,7% nella fascia oltre i 12 mesi. I bambini a cui sono stati letti regolarmente libri tutti i giorni della settimana sono invece, rispettivamente, il 15,5% tra i più piccoli e il 21,6% tra quelli sopra i 12 mesi. Nelle Regioni del Sud si rilevano quote più elevate di bambini a cui non sono stati letti libri.

Il 34,3% dei bambini di età inferiore a 6 mesi, il 64,1% di quelli tra 6 e 12 mesi e il 76,4% di quelli oltre l'anno di età passa del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefono cellulare. I bambini risultano maggiormente esposti a schermi nelle Regioni del Sud.

Dalla rilevazione risulta che la maggioranza delle mamme dichiara di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (64,1%), come raccomandato per la prevenzione della SIDS (sudden infant death syndrome), con un range compreso tra il 54,5% e l'81,3%, mentre oltre un quarto delle mamme (26,0%) pone il bambino in culla di lato.

Ha dichiarato di voler effettuare tutte le future vaccinazioni (sia obbligatorie che raccomandate) l'80,5% delle mamme (range: 71,5% - 88,9%), mentre quelle intenzionate a effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie sono il 15,1%. La quota di indecise risulta pari a 4,3%, con una variabilità per Regione compresa tra il 2,4% e il 5,7%.

I dati mostrano che il 6,3% delle mamme di bambini di età inferiore a 6 mesi si è rivolto a un medico (pediatra o altro) e/o al pronto soccorso per un incidente domestico occorso al proprio figlio e la prevalenza sale al 12,6% tra i bambini di 6-12 mesi e al 19,8% tra quelli sopra l'anno di età.

Infine, il 14,8% delle mamme di bambini con meno di 6 mesi ha riferito di avere difficoltà, durante il trasporto in auto, nel mantenere il bambino seduto nel seggiolino con le cinture allacciate. La prevalenza sale al 30,6% tra le mamme con bambini di 6-12 mesi e al 34,2% tra quelle di bambini sopra l'anno di età. Nelle Regioni del Centro e del Sud si rilevano quote più elevate di mamme che riferiscono tali difficoltà.

Conclusioni

I risultati emersi da questa prima rilevazione mostrano un'ampia variabilità dell'esposizione a comportamenti, protettivi o a rischio, riguardanti i determinanti di salute nei primi 2 anni di vita del bambino indagati dalla Sorveglianza.

Complessivamente si evidenzia la necessità di continuare a supportare i genitori e tutti gli adulti che si occupano del bambino ad attuare comportamenti per promuovere e tutelare la salute nei primi 1.000 giorni di vita, con la finalità di garantire a ogni bambino la possibilità di raggiungere appieno il proprio potenziale di sviluppo.

Tali comportamenti rientrano tra quelli che i documenti di indirizzo internazionali definiscono "cure responsive", fondamentali per lo sviluppo del bambino e volte a rispondere ai suoi bisogni attraverso azioni che genitori e adulti di riferimento possono mettere in atto fin da prima del concepimento e sulla base di quanto indicato dalle evidenze scientifiche.

La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza rappresenta una solida base per definire indicatori per i Piani di Prevenzione Nazionali e Regionali e per orientare la programmazione regionale e di ASL nella scelta di azioni di prevenzione e promozione della salute da realizzare, sia a livello individuale che di comunità, per tutelare la salute dei bambini fin dall'epoca pre-concezionale.

Le prospettive future della Sorveglianza sono quelle di coinvolgere le Regioni che a oggi non partecipano, anche in virtù della presenza nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (15) di indicatori che fanno riferimento a questa Sorveglianza. La possibilità di disporre anche di dati a livello nazionale in quest'area di salute pubblica appare oggi particolarmente rilevante alla luce dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da COVID-19, al fine di monitorare comportamenti a favore della salute dei bambini nei primi anni di vita e realizzare programmi adeguati ai vari territori, in un'ottica di contrasto alle diseguaglianze.

Citare come segue:
Pizzi E, Salvatore MA, Lauria L, Buoncristiano M, Donati S, Spinelli A, et al. Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1): 6-10.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: Ministero della Salute/CCM.

Approvazione Comitato etico: PRE-BIO-CE n. 10939 del 6/4/2018.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health 2020. Minsk, Belarus, 21-22 October 2015. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf; ultimo accesso 31/8/2020.
2. United Nations. Sustainable Development Goals. https://www.un.org/sustainabledevelopment/; ultimo accesso 31/8/2020.
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. World Health Organization. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. Copenhagen, 2020. https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2020/framework-on-early-childhood-development-in-the-who-european-region-2020; ultimo accesso 22/9/2020.
6. Speri L, Simeoni L, Fretti E. Determinanti di salute nella prima infanzia - Il Programma GenitoriPiù. In: Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, Buoncristiano M, Nardone P, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione; 2016.
7. Berg A. The importance of the first 1000 days of life. J Child Adolesc Ment Health 2016;28(2):iii-vi; doi: 10.2989/17280583.2016.1223803
8. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review - Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf; ultimo accesso 31/8/2020.
9. Bolte, G, Tamburlini, G, Kohlhuber, M. Environmental inequalities among children in Europe - evaluation of scientific evidence and policy implication. Eur J Public Health 2010;20(1):14-20; doi: 10.1093/eurpub/ckp213
10. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. Pediatr Res 2014;76(5):418-24; doi: 10.1038/pr.2014.122

11. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale 12 maggio 2017- Serie Generale n. 109.
12. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni (Editoriale). Quaderni ACP; 2016: 23(2):50.
13. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S, Azzarito C, Balducci MT, Bettinelli ME, et al. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. Epidemiol Prev 2019;43(1):66-70; doi: 10.19191/EP19.1.P66.022
14. https://www.santannapisa.it/it/ricerca/progetti/indagine-sul-percorso-nascita-toscana; ultimo accesso 31/8/2020.
15. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultimo accesso 10/9/2020.

***Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020**

Enrica Pizzi, Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Serena Donati, Angela Spinelli, Michele Antonio Salvatore, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Claudia Ferraro (Gruppo di coordinamento nazionale - Istituto Superiore di Sanità); Cristina Tamburini, Maria Grazia Privitera, Serena Battilomo (Ministero della Salute); Daniela Marcer, Lara Simeoni, Chiara Bosio, Elena Fretti (Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona); Maria Angela Mininni, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata); Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli (Regione Calabria); Gianfranco Mazzarella (Regione Campania); Patrizia Auriemma, Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti (Regione Lazio); Marco Morbidoni, Annalisa Cardone, Antonella Guidi (Regione Marche); Marcello Caputo (Regione Piemonte); Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento); Maria Grazia Lopuzzo, Maria Teresa Balducci (Regione Puglia); Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Regione Sardegna); Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia); Gherardo Rapisardi (ASL Toscana Centro); Manila Bonciani (Scuola Universitaria Superiore S. Anna, Pisa); Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella (Regione Valle d'Aosta).

Il ruolo dei Team di assistenza primaria per il counselling antifumo nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto; dati dalla sorveglianza PASSI, 2007-2017

Alessandra Dal Zotto[a], Clara Giacon[a], Regina Fontana[a], Fabrizia Polo[a], Franco Rigoni[b], Maria Caterina Bonotto[a], Emanuela Zandonà[c], Liviano Vianello[a], Mario Saugo[a]

[a]*Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa (VI)*
[b]*Medicina di Gruppo Integrata "Kos", Azienda ULSS 7 Pedemontana, Malo (VI)*
[c]*Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa (VI)*

SUMMARY

The role of Primary Care Teams and smoking cessation counselling at AULSS (Local Health Unit) n. 7 in the Veneto Region; data from the PASSI (Italian behavioral risk factor surveillance system), 2007-2017

Introduction

According to the General Practice Contract of the Veneto Region, either a Primary Care Nurse (PCN) or a General Practitioner (GP) collect and register the smoking habits of their enlisted patients in their electronic records; recent proceedings have furtherly strenghtened these task from Primary Care Teams (in the following: "Teams"). The aim of this study is to evaluate how the participation in a local primary prevention program for cardiovascular diseases influences the smoking cessation counselling from Team's PCNs and GPs. The evaluation is based on the results of the telephone interviews to their enrollees, which have been collected by the PASSI (Italian behavioral risk factor surveillance system).

Materials and methods

At AULSS n° 7 the Teams conducted a primary prevention program for cardiovascular diseases (2009-2012), targeting 40-69 years old individuals of both genders. PASSI interviews from 2007 to 2017 were taken into account, linking each interviewed enrollee to his/her GPs and primary care practice type (Teams vs. other); only respondents seeing a health professional in the previous year were considered. An oversampling of interviews was carried out during the period of the program implementation. Finally, the interview items regarding smoking cessation counselling were considered and evaluated through univariate and multivariate analyses.

Results

Overall 3,872 interviews were collected, 1,028 (26.5%) among Teams' enrollees and 2,844 (73.5%) among enrollees of other types of medical practice. About half respondents referred of having been asked about their smoking status either by a medical doctor or a nurse: 48.0% (CI 95% 44.9%-51.1%) as for Teams and 43.1% (CI 95% 41.3%-45.0%) as for others. This question had been asked more frequently – after mutual adjustment – to smokers, patients with 1+ chronic diseases and Teams' enrollees after the program has started (OR 1.49 CI 95% 1.26-1.77) and less frequently to women, foreign residents, 50-69 years old and highly educated people. The smoking cessation advice followed a similar pattern.

Conclusions

The conduction of a primary prevention program for cardiovascular diseases encouraged the Teams Pratictioners and Nurses to be more proactive about smoking cessation counselling, which is more evident during the period of the program implementation. This experience overcomes the traditional perspective of controlling the health damages of tobacco use, encouraging a wider and more equitable approach of primary prevention.

Key words: antismoking counselling; general practitioner; primary care nurse

alessandra.dalzotto@aulss7.veneto.it

Introduzione

Il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo cruciale nella promozione della salute e nella prevenzione delle patologie cronico-degenerative che sono in larga misura associate all'abitudine al fumo. Ogni accesso al proprio ambulatorio, infatti, rappresenta un'opportunità per identificare lo stato di abitudine al fumo, il grado di dipendenza dalla nicotina e lo stadio della motivazione al cambiamento dell'assistito.

Nella Regione Veneto sono stati costituiti dei Team, delle forme associative evolute delle cure primarie che prevedono l'integrazione tra MMG, medici specialisti, personale infermieristico e assistenti di studio; i Team costituiscono un setting privilegiato per gli interventi antifumo (1, 2).

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto (circa 366.000 abitanti) è articolata in due Distretti di dimensioni analoghe. I primi Team di cure primarie attivati (sedi di Zugliano, Arsiero e Malo, afferenti al Distretto Alto Vicentino) hanno partecipato, da febbraio 2008 a dicembre 2012, a un programma di prevenzione cardiovascolare primaria su chiamata attiva rivolto alla popolazione di 40-69 anni. Il programma prevedeva una

valutazione degli stili di vita (alimentazione, abitudine al fumo, attività fisica), la rilevazione ambulatoriale di alcuni parametri (indice di massa corporea, pressione e glicemia) e l'effettuazione di un counselling breve.

Scopo del presente contributo è valutare quanto l'avvio del programma aziendale di prevenzione primaria cardiovascolare abbia influito sull'attività di counselling antifumo effettuata dai Team, rilevata tramite la sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Materiali e metodi

Sono state estratte le interviste della sorveglianza PASSI (3) effettuate dal 2007 al 2017 nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana nella popolazione di età compresa tra i 40 e i 69 anni, che ha riferito di essere stata dal medico nei 12 mesi precedenti. In fase di estrazione del campione è stato associato a ogni intervistato il proprio MMG, con la relativa forma associativa, distinguendo così gli assistiti dai Team dagli altri assistiti; sono stati successivamente eliminati i riferimenti anagrafici dell'intervistato e del medico.

Per gli anni 2009-2010 è stato effettuato un sovracampionamento della popolazione target residente nei Comuni in cui insistono i Team, con frequenza di campionamento sestuplicata. Dal momento che il numero di interviste PASSI è diminuito nel corso del tempo, gli anni di calendario sono stati aggregati in cinque periodi (2007-2008, 2009, 2010, 2011-2012, 2013-2017) in modo da assicurare, all'interno di ciascun periodo, una numerosità adeguata (range: 179-275) di interviste nella popolazione target (Tabella 1).

Sono state analizzate le risposte alle domande "negli ultimi 12 mesi un medico o un operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?" (attenzione del medico/operatore sanitario all'abitudine tabagica dei propri assistiti) e "negli ultimi 12 mesi un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di smettere di fumare?" (consiglio del medico/operatore sanitario di smettere di fumare, rivolto ai fumatori), che rappresentano i due outcome di interesse.

Sono state condotte analisi multivariate, attraverso modelli di regressione logistica, per stimare le associazioni fra i due outcome e l'essere assistiti dai Team, prima o dopo l'avvio del programma di prevenzione cardiovascolare o da forme organizzative diverse dai Team. Fra le covariate dei modelli ci sono le classi d'età dell'intervistato (40-49, 50-59, 60-69 anni), il genere (uomo/donna), il grado di istruzione (fino alla licenza media inferiore, diploma o laurea), la cittadinanza (italiana/straniera), la presenza di patologie croniche (0/1+) fra quelle indicate in PASSI (diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori - compresi linfomi e leucemie - malattie croniche del fegato, cirrosi) e l'anno di calendario. È stato quindi utilizzato un modello di regressione logistica con un'analisi pre e post intervento che ha preso in considerazione tre gruppi: assistiti da altre forme associative (assistiti non Team), assistiti dai Team pre intervento, assistiti dai Team post avvio dell'intervento. Con un altro modello di regressione logistica sono state stimate le percentuali di intervistati che hanno riferito un'attenzione del medico/operatore sanitario all'abitudine tabagica nei cinque periodi sopra indicati, aggiustandole per le covariate sopra indicate. Le analisi sono state effettuate con il pacchetto statistico STATA 13.1.

Risultati

Sono state analizzate 3.872 interviste totali: 1.028 (26,5%) si riferiscono ad assistiti da Team, che sono stati quindi destinatari del programma di prevenzione cardiovascolare primaria su chiamata attiva e 2.844 (73,5%) ad altri assistiti (Tabella 1). Relativamente alle caratteristiche sociodemografiche del campione di assistiti dai

Tabella 1 - Interviste PASSI raccolte nei Team di cure primarie partecipanti al programma di prevenzione cardiovascolare primaria e nelle altre forme associative della medicina generale (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, assistiti di 40-69 anni che hanno avuto un contatto con un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti, n. 3.872)

	Periodo 1 2007-2008	Periodo 2 2009	Periodo 3 2010	Periodo 4 2011-12	Periodo 5 2013-17	Totale
n. interviste assistiti non Team	392	309	300	569	1.274	2.844
n. interviste assistiti Team	231	230	254	158	155	1.028
intervento nei Team di Zugliano, Arsiero						
intervento nei Team di Malo						
Totale interviste	**623**	**539**	**554**	**727**	**1.429**	**3.872**

Team e da altre forme organizzative della medicina generale, si osservano quasi le medesime distribuzioni, a eccezione di una quota più alta di uomini e di persone con basso livello di istruzione negli assistiti da Team (Tabella 2).

Durante l'intero periodo di osservazione il 43,1% (IC 95% 41,3%-45,0%) degli assistiti da altra forma organizzativa ha dichiarato che un medico/operatore sanitario, incontrato nei 12 mesi precedenti l'intervista, aveva chiesto loro se fosse fumatore. Per gli assistiti da Team la corrispondente proporzione è stata pari a 31,9% (IC 95% 26,1%-38,0%) e a 53,1% (IC 95% 49,5%-56,6%), rispettivamente prima e dopo l'avvio del programma di intervento. L'analisi multivariata mostra che medici/operatori sanitari indagano l'abitudine al fumo più frequentemente tra chi è già fumatore e chi ha patologie croniche; lo fanno meno frequentemente con le donne, le persone di 50-69 anni, le persone più istruite e gli stranieri (significatività statistica borderline). A parità di caratteristiche sociodemografiche l'attenzione dei medici all'abitudine al fumo dei loro assistiti è significativamente più frequente fra gli assistiti dal Team dopo l'intervento (OR = 1,49; IC 95% 1,26%-1,77%) e più bassa

Tabella 2 - Caratteristiche sociodemografiche degli intervistati di 40-69 anni assistiti dai Team di cure primarie e da altre forme organizzative della medicina generale (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 3.872)

	Assistiti dai Team		Assisiti non Team		
	n.	%	n.	%	p-value
Sesso					
Uomini	529	51,5	1.361	47,9	0,048
Donne	499	48,5	1.483	52,1	
Classe di età					
40-49	389	37,8	1.073	37,7	0,925
50-59	346	33,7	943	33,2	
60-69	293	28,5	828	29,1	
Nazionalità					
Italiana	1.000	97,3	2.723	95,7	0,089
Straniera	25	2,4	110	3,9	
Dato non disponibile	3	0,3	11	0,4	
Patologie croniche*					
Nessuna	807	78,5	2.184	76,8	0,507
Una	182	17,7	537	18,9	
Due o più	39	3,8	123	4,3	
Difficoltà economiche					
Molte	62	6,0	245	8,6	0,053
Qualche	342	33,3	933	32,8	
Nessuna	622	60,5	1.656	58,2	
Dato non disponibile	2	0,2	10	0,4	
Istruzione					
Fino a media inferiore	683	66,4	1.562	54,9	<0,001
Diploma o laurea	345	33,6	1.281	45,0	
Dato non disponibile	0	0,0	1	0,0	
Abitudine al fumo					
Fumatore	192	18,7	502	17,7	0,661
Ex fumatore	289	28,1	772	27,1	
Non fumatore	547	53,2	1.569	55,2	
Dato non disponibile	0	0,0	1	0,0	
Tipo fumatore					
Occasionale (non fuma tutti i giorni)	9	4,7	27	5,4	
Quotidiano (1+ sigaretta/*die*)	135	70,3	357	71,1	0,963
Forte fumatore (≥ 20 sigarette/*die*)	39	20,3	95	18,9	
Dato non disponibile	9	4,7	23	4,6	

(*) Diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori, compresi linfomi e leucemie, malattie croniche del fegato, cirrosi

nella popolazione assistita dai Team prima dell'intervento rispetto agli assistiti da altre forme organizzative (Tabella 3), mentre risulta in aumento su base annuale.

Durante l'intero periodo di osservazione, il 51,6% (IC 95% 47,1%-56,1%) dei fumatori e fumatori in astensione assistiti da altre forme organizzative della medicina generale ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Per gli assistiti da Team la corrispondente proporzione è stata pari a 38,5% (IC 95% 23,4%-55,4%) e a 62,2% (IC 95% 53,9%-70,4%), rispettivamente prima e dopo l'avvio del programma di intervento. Anche in questo caso, con l'avvio del programma cardiovascolare si assiste a un aumento del consiglio di smettere di fumare per gli assistiti dai Team (OR=1,53, IC 95% 1,02-2,31). Il consiglio di smettere di fumare viene inoltre dato più frequentemente ai fumatori quotidiani e in particolare ai forti fumatori (coloro che fumano 20 o più sigarette al giorno), rispetto ai fumatori occasionali, meno alle persone più istruite e a quelle senza difficoltà economiche; anche in questo caso era più basso nella popolazione assistita dai Team prima dell'intervento. Il trend storico di questa importantissima attività di prevenzione è in calo su base annuale (Tabella 4).

L'attenzione degli operatori sanitari all'abitudine tabagica dei propri assistiti aumenta nel tempo: è marcata nel 2009 e nel 2010 e permane negli anni successivi, sia tra gli assistiti dei Team

Tabella 3 - Medici/operatori sanitari che chiedono ai propri assistiti in età 40-69 anni se fumano: un'analisi di regressione logistica multivariata (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 3.872)

	n.	%	OR	Limite inferiore 95%	Limite superiore 95%
Sesso					
Uomini	928	49,1	1,00		
Donne	791	39,9	0,70	0,61	0,80
Classe di età					
40-49 anni	720	49,2	1,00		
50-59 anni	581	45,1	0,78	0,66	0,92
60-69 anni	418	37,3	0,52	0,43	0,62
Istruzione					
Fino a media inferiore	1.025	45,7	1,00		
Diploma o laurea	694	42,7	0,81	0,71	0,94
Difficoltà economiche					
Molte	154	50,3	1,00		
Qualche	587	46,0	1,02	0,77	1,33
Nessuna	976	42,8	0,96	0,74	1,26
Cittadinanza					
Italiani	1.662	44,7	1,00		
Stranieri	51	37,8	0,69	0,47	1,00
Patologie croniche*					
Nessuna	1.261	42,2	1,00		
Una	361	50,2	1,50	1,26	1,79
Due o più	97	60,2	2,69	1,90	3,80
Abitudine al fumo					
Non fumatore	1.226	38,6	1,00		
Fumatore	493	71,0	3,89	3,23	4,68
Forme organizzative da cui si è assistiti					
Non Team	1.226	43,1		1,00	
Team pre avvio programma prevenzione	79	31,9		0,69	0,50 0,94
Team post avvio programma di prevenzione	414	53,1		1,49	1,26 1,77
Anno					
Anno di calendario	-	-		1,03	1,01 1,06

(*) Diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori, compresi linfomi e leucemie, malattie croniche del fegato, cirrosi

Tabella 4 - Medici/operatori sanitari che consigliano di smettere di fumare ai fumatori tra i propri assistiti in età 40-69 anni: un'analisi di regressione logistica multivariata (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 651)

	n.	%	OR	Limite inferiore 95%	Limite superiore 95%
Sesso					
Uomini	180	52,8	1,00		
Donne	166	53,5	1,04	0,74	1,45
Classe di età					
40-49 anni	140	49,0	1,00		
50-59 anni	118	54,4	1,05	0,72	1,54
60-69 anni	88	59,5	1,42	0,91	2,22
Istruzione					
Fino a media inferiore	231	60,0	1,00		
Diploma o laurea	115	43,2	0,61	0,44	0,87
Difficoltà economiche					
Molte	61	64,9	1,00		
Qualche	131	53,5	0,60	0,36	1,01
Nessuna	153	49,2	0,53	0,32	0,88
Cittadinanza					
Italiani	337	53,6	1,00		
Stranieri	9	42,9	0,69	0,27	1,76
Patologie croniche*					
Nessuna	261	50,4	1,00		
Una	67	61,5	1,29	0,82	2,04
Due o più	18	75,0	2,72	0,99	7,48
Tipo di fumatore					
Occasionale (non fuma tutti i giorni)	7	19,4	1,00		
Quotidiano <20 sigarette/*die*)	256	53,0	4,54	1,89	10,95
Forte fumatore (≥ 20 sigarette/*die*)	83	63,8	6,59	2,57	16,84
Forme organizzative da cui si è assistiti					
Non Team	243	51,6	1,00		
Team pre avvio programma prevenzione	15	38,5	0,40	0,19	0,84
Team post avvio programma di prevenzione	88	62,4	1,53	1,02	2,31
Anno					
Anno di calendario	-	-	0,93	0,87	0,99

(*) Diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, infarto del miocardio o altre malattie del cuore, tumori, compresi linfomi e leucemie, malattie croniche del fegato, cirrosi

che fra gli assistititi da altre forme organizzative, anche se in maniera meno consistente fra questi ultimi (**Figura**).

Discussione

Gli assistiti dai Team riferiscono, nel periodo di realizzazione del programma di prevenzione cardiovascolare primaria, di aver ricevuto la domanda sulla loro abitudine al fumo e il consiglio di smettere con una frequenza maggiore rispetto agli altri assistiti (OR=1,49 e OR=1,53, rispettivamente). La richiesta sistematica ed esplicita sull'abitudine al fumo dell'assistito mostra un incremento nella fase di avvio del programma, mentre tende a stabilizzarsi negli anni successivi. Lo studio documenta, inoltre, numerose caratteristiche del paziente che sembrano influenzare l'approccio del medico: la presenza di una o più patologie croniche già conclamate, lo stato di fumatore (per quanto noto all'MMG), lo status socioeconomico, la nazionalità, il genere e l'età.

Numerosi studi hanno evidenziato come la struttura e l'organizzazione degli ambulatori di cure primarie svolgano un ruolo importante nell'influenzare l'attività di prevenzione primaria della medicina generale - MG (4,5). I supporti informatici (registrazione e restituzione reportistica), la presenza di personale infermieristico formato e la disponibilità di spazi dedicati costituiscono elementi utili per sostenere

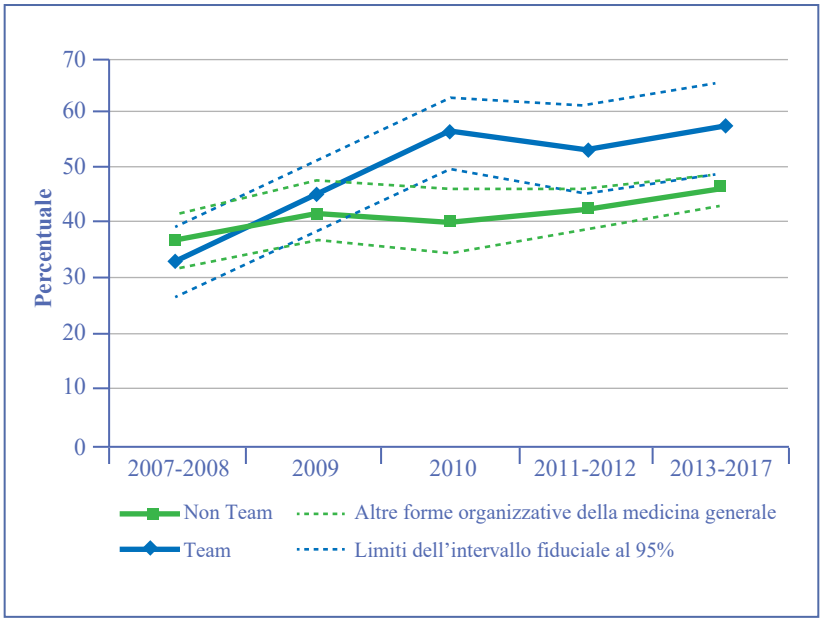


Figura - Trend temporale di medici/operatori sanitari che chiedono ai propri assistiti in età 40-69 anni se fumano, Team di cure primarie vs altre forme organizzative della medicina generale (Azienda ULSS 7 Pedemontana, Regione Veneto, PASSI 2007-17, n. 3.872)*

(*) Quota di persone che riferiscono di aver ricevuto l'attenzione del medico o di un operatore sanitario sulla propria abitudine tabagica, per periodo, aggiustate per genere, classe di età, presenza di patologie croniche, grado di istruzione, cittadinanza, abitudine al fumo

un approccio finalizzato non solo alla diagnosi e alla cura, ma anche alla prevenzione; i Team offrono a questo riguardo un setting ideale per l'attività preventiva.

L'attività di counselling antifumo può essere schematizzata con le cosiddette 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange); si tratta di attività che richiedono competenze molto diverse tra di loro e per le quali i medici riconoscono di avere un'affinità diversificata (ad esempio, 63% per Ask, 36% per Advice e il 22% per Arrange) (6). La partecipazione a un programma strutturato e organizzato di prevenzione rappresenta per gli operatori sanitari un'occasione per acquisire una maggiore familiarità con strumenti come la registrazione in cartella dello stato di fumatore, il minimal advice e il counselling breve, la prescrizione di presidi e farmaci per la disassuefazione, la richiesta di consulenza a strutture specialistiche. Queste competenze possono aumentare notevolmente il numero di fumatori che tentano di smettere (4, 5, 7). L'esperienza del contratto dei medici generalisti inglesi documenta peraltro il fatto che è possibile effettuare in maniera generalizzata e continuativa un intervento di counselling antifumo nel setting delle cure primarie (8, 9). Anche negli Stati Uniti, quindi all'interno di un sistema sanitario in larga misura assicurativo, si è rilevato un miglioramento analogo, ma soltanto negli assistiti che avevano ipertensione, diabete, cardiopatia ischemica (10).

Uno studio inglese e un recente contributo italiano basato sui dati nazionali PASSI hanno documentato che l'attività di counselling antifumo dell'MMG è influenzata da diverse caratteristiche dell'assistito, che risultano sostanzialmente sovrapponibili a quelle fino a qui evidenziate (11, 12). In particolare, l'abitudine al fumo viene indagata con maggiore attenzione nei pazienti affetti da patologie croniche, mentre le barriere linguistiche e culturali rappresentano un importante ostacolo per un'azione preventiva.

Complessivamente in Italia, nel 2010-2017, soltanto il 51% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti; questa proporzione risulta più elevata nelle Regioni del Nord (12).

La recente revisione Cochrane, che considera i risultati di 17 trial clinici randomizzati, documenta un aumento del 66% (IC 95% 42-94%) delle persone che hanno smesso di fumare in maniera continuativa a seguito del consiglio di un operatore sanitario (13). In coerenza con questi risultati e con quelli del sistema di sorveglianza PASSI (14), si rileva che coloro che hanno ricevuto da un medico

o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare dichiarano più frequentemente di aver fatto un tentativo per smettere nel corso dell'anno precedente (44,9% vs 28,22% p<0,001).

Il principale limite dello studio è rappresentato dal fatto che si basa su quanto riferito dall'intervistato. Non si può escludere che lo status socioeconomico (bassa istruzione o difficoltà economiche), così come la nazionalità (straniera), l'età o la stessa abitudine al fumo influenzino la capacità dell'intervistato di riferire di aver ricevuto il consiglio del medico di smettere di fumare o di averne compreso l'importanza per la salute; questi risultati mostrano in ogni caso che questo consiglio non è stato tanto efficace da essere ricordato e riferito al momento dell'intervista. L'informazione riferita dall'intervistato è comunque di interesse anche per gli operatori sanitari delle cure primarie, dal momento che i dati relativi all'abitudine al fumo e al counselling antitabagico possono essere registrati in maniera incompleta nella cartella dell'MMG e sono stati fino a qui poco utilizzati nella ricerca.

L'esposizione all'intervento di counselling è definita sulla base del fatto che l'assistito afferisse o meno a un Team durante il periodo di effettuazione dell'intervento; questa approssimazione può considerarsi soddisfacente, dal momento che l'intervento ha avuto complessivamente una buona adesione (78%).

Il principale punto di forza dello studio è dato dalla sua ampiezza, che consente analisi di sottogruppo e di periodo abbastanza accurate.

Conclusioni

Un programma di prevenzione cardiovascolare primaria condotto da infermieri e medici nel setting delle cure primarie può contribuire a incrementare e consolidare l'attività di counselling antifumo e a sostenere i tentativi di smettere di fumare degli assistiti, senza attendere che siano manifestati i danni causati dal tabacco. L'evidenza scientifica sperimentale indica chiaramente che il counselling antifumo medico e infermieristico è una pratica efficace e raccomandabile nell'ambito delle cure primarie.

È importante che gli stili di vita e le attività di counselling effettuate nell'ambito delle cure primarie siano registrate sistematicamente dall'infermiere e dal medico nella cartella dell'assistito, in maniera da poter migliorare la gestione del caso e monitorare la copertura di popolazione.

Citare come segue:
Dal Zotto A, Giacon C, Fontana R, Polo F, Rigon F, Bonotto MC, et al. Il ruolo dei Team di assistenza primaria per il counselling antifumo nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana della Regione Veneto; dati dalla sorveglianza PASSI, 2007-2017. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1):11-8.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 751 del 14 maggio 2015. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate.
2. Definizione del nuovo modello di Team di assistenza primaria in attuazione alla L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018 - Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023.
3. https://www.epicentro.iss.it/passi/; ultimo accesso 9/9/2020.
4. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. BMC Fam Pract 2009;10:59; doi: 10.1186/1471-2296-10-59
5. Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Franchin D, Zappa M, Donzelli L, et al. I medici di assistenza primaria e gli assistiti fumatori. Un'indagine dell'ASL di Bergamo sull'approccio al tabagismo. Rivista Società Italiana di Medicina Generale 2012;6: 24-6.
6. Bartsch AL, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. PLoS One. 2016 Dec 21;11(12):e0168482; doi: 10.1371/journal.pone.0168482
7. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A. What kind of general practitioner do I need for smoking cessation? Results from a qualitative study in Poland. BMC Fam Pract. 2013 Oct 20;14:159; doi: 10.1186/1471-2296-14-159
8. Coleman T, Lewis S, Hubbard R, Smith C. Impact of contractual financial incentives on the ascertainment and management of smoking in primary care. Addiction 2007 May;102(5):803-8; doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01766.x
9. Szatkowski L, Aveyard P. Provision of smoking cessation support in UK primary care: impact of the 2012 QOF revision. Br J Gen Pract 2016 Jan;66(642):e10-5; doi: 10.3399/bjgp15X688117
10. Kruse GR, Chang Y, Kelley JH, Linder JA, Einbinder JS, Rigotti NA. Healthcare system effects of pay-for-performance for smoking status documentation. Am J Manag Care 2013 Jul;19(7):554-61. PMID: 23919419; PMCID: PMC3874815.
11. Taggar JS, Coleman T, Lewis S, Szatkowski L. The impact of the Quality and Outcomes Framework (QOF) on the recording of smoking targets in

primary care medical records: cross-sectional analyses from The Health Improvement Network (THIN) database. BMC Public Health 2012 Jul 10;12:329; doi: 10.1186/1471-2458-12-329

12. Gallo R, Pettinicchio V, Santoro V, Trinito MO, Minardi V, Contoli B, Masocco M. La promozione di stili di vita salutari attraverso il consiglio medico: i dati PASSI. In: Atti del 42° Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Lecce, 24-26 ottobre 2018.

13. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013 May 31;(5): CD000165; doi:10.1002/14651858.CD000165.pub4

14. Istituto Superiore di Sanità. L'abitudine al fumo in Italia - Dati 2014-2017 del sistema di sorveglianza PASSI. https://www.epicentro.iss.it/fumo/pdf/Fumo%20Italia%202014-17.pdf; ultimo accesso 9/9/2020.

Il quadro epidemiologico della fragilità nell'anziano dai risultati della Joint Action europea ADVANTAGE*

Lucia Galluzzo[a], Alessandro Feraldi[a,b], Gruppo di lavoro WP5 della Joint Action ADVANTAGE**

[a]*Dipartimento di Malattie Cardiovascolari Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
[b]*Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma*

SUMMARY

The epidemiological picture of frailty in older people from results of the European Joint Action ADVANTAGE

Introduction

Frailty is an age-related, multi-factorial functional decline, leading to increased vulnerability and adverse health outcomes. It represents one of the major challenges of global population aging, causing sufferings at individual level and threatening the long-term sustainability of healthcare systems. However, frailty is not an inevitable consequence of the ageing process, and can be prevented and potentially reversed. Reliable epidemiological data are of utmost importance to calibrate an adequate public health response.

Methods

Within the European Joint Action ADVANTAGE, systematic reviews of literature on prevalence, incidence and progression of frailty over time were conducted, accompanied by a survey on how Member States were addressing prevention and management of frailty.

Results

The scientific reviews show an overall heterogeneity of data concerning the frequency of frailty, with prevalence rates ranging from 2% to 75.6% according to classification of frailty, study design, setting and characteristics of the population (pooled prevalence estimates 12% among community-dwellers, 45% in non-community settings). There is a remarkable paucity of information about the occurrence of new cases (incidence), the progression of existing ones (longitudinal transitions and trajectories), and on associated risk and protective factors. The level of development of studies on the epidemiology of frailty is sustainable only for a few participants in the survey, including Italy, whereas is basic for the majority of countries.

Conclusions

Further standardized and well-designed prospective studies of frailty, including the analysis of health and socioeconomic factors associated with its development and progression, are needed to guide policy makers and healthcare providers towards actions addressed to high-risk groups.

Key words: epidemiology; frailty; aging

lucia.galluzzo@iss.it

Introduzione

Secondo il recente modello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1), il presupposto per l'invecchiamento in salute è il mantenimento della capacità funzionale, intesa come combinazione e interazione tra capacità intrinseca (il bagaglio di risorse fisiche e mentali individuali) e l'ambiente di vita. A parità di aspettativa di vita e condizioni psicofisiche, il processo d'invecchiamento non è sempre uguale e le traiettorie di depauperamento progressivo della capacità funzionale variano da individuo a individuo.

La fragilità è una condizione età-correlata e multifattoriale, caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità agli eventi avversi di origine endogena ed esogena e a una progressiva riduzione della capacità intrinseca, che espone l'individuo a un maggior rischio di esiti di salute negativi e all'incremento di ospedalizzazione, disabilità e morte (1). Secondo una recente meta-analisi, nei Paesi a più alto reddito, la fragilità interessa circa l'11% degli ultasessantacinquenni non istituzionalizzati (2), sebbene le evidenze scientifiche presenti in letteratura siano estremamente disomogenee a causa della mancanza di accordo sulle definizioni e sugli strumenti adottati (3). Essendo una condizione dinamica potenzialmente reversibile, l'individuazione precoce della fragilità e la prevenzione dei fattori modificabili che ne influenzano la progressione rappresentano una delle attuali priorità di intervento in salute pubblica (4).

Qual è la frequenza della fragilità in Europa? Quanti casi dobbiamo aspettarci in futuro? Quali sono le caratteristiche e le dinamiche della

(*) I risultati riportati sono parte della Joint Action ADVANTAGE "A comprehensive approach to promote a disability-free advanced age".
(**) I nominativi dei componenti del Gruppo di lavoro WP5 Joint Action ADVANTAGE sono riportati a p. 23.

progressione/regressione della fragilità nel corso del tempo? Quali sono i soggetti a più alto/basso rischio di transizione? Il quadro epidemiologico è ben delineato? Queste sono le principali domande a cui si è cercato di dare una risposta attraverso uno dei gruppi di lavoro (Work Package - WP5) della Joint Action (JA) ADVANTAGE (5), che ha coinvolto 22 Stati europei e 34 istituzioni nella messa a punto di un modello condiviso di prevenzione e gestione della fragilità (6).

Il presente articolo fornisce una sintesi del lavoro svolto dal WP5 della JA ADVANTAGE nel determinare lo stato dell'arte dell'epidemiologia della fragilità, con un focus particolare sulle implicazioni in ambito di salute pubblica, soprattutto a livello italiano.

Materiali e metodi

Nell'ambito delle attività svolte dalla JA ADVANTAGE, è stata effettuata una ricognizione a livello europeo delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche riguardanti i vari ambiti della fragilità.

Relativamente agli aspetti epidemiologici, sono state eseguite tre revisioni sistematiche della letteratura scientifica. Le revisioni hanno preso in esame tutti i lavori sulla fragilità in soggetti anziani, pubblicati dal 2002 al 2017 e individuati attraverso PubMed, Embase, CINAHL, MEDLINE, Opengrey e Cochrane Library, aventi per oggetto: a) prevalenza, b) incidenza, c) traiettorie temporali in gruppi con caratteristiche comuni o transizioni longitudinali tra livelli di gravità. Al fine di discriminare i lavori pertinenti da quelli non rilevanti, ci si è basati su una definizione di massima della fragilità nell'anziano, intesa come condizione di aumentata vulnerabilità a fattori di stress e di incremento del rischio di esiti di salute negativi (7). Ad eccezione della revisione sulla prevalenza, i cui risultati sono stati oggetto di meta-analisi applicando un modello di regressione a effetti casuali, le altre due sono state analizzate in modo descrittivo/tabellare. Ulteriori dettagli su criteri di inclusione ed esclusione, procedure di analisi e valutazione sono disponibili in una precedente raccolta monografica (8).

Nel primo trimestre 2018 è stata condotta un'indagine ("Member States Baseline Survey") per determinare l'approccio in atto presso ciascun Paese coinvolto nella JA in tema di fragilità (strategie, progetti, programmi, politiche, interventi, ecc.). Le informazioni sono state ottenute dagli interlocutori sociosanitari (decisori politici, professionisti sociosanitari, esperti, ecc.) ritenuti più appropriati a livello nazionale o regionale dai partner della JA. La disamina dell'esistente ha consentito di raggruppare i Paesi in cluster, in base al livello di implementazione di azioni specifiche per affrontare il problema della fragilità nei diversi ambiti investigati, tra cui quello epidemiologico.

Risultati

I dati sulla prevalenza della fragilità derivanti dalla revisione della letteratura eseguita nell'ambito del WP5 JA ADVANTAGE (9) sono estremamente eterogenei, a causa delle differenze nei setting di esecuzione, nelle caratteristiche del campione, nello strumento diagnostico e nella definizione di fragilità adottati.

La maggioranza degli studi europei individuati prende in esame soggetti non istituzionalizzati, di età ≥ 65 anni e si basa sul fenotipo fisico di fragilità (10). Nonostante la grande variabilità dei risultati presenti in letteratura (range: 2%-75,6%), la quasi totalità dei lavori condotti su campioni estratti dalla popolazione totale ottiene tassi di prevalenza inferiori al 30%, con una mediana di 1,8% (intervallo interquartile Q3-Q1 16,5%-7,2%).

L'eterogeneità fin qui descritta è comune anche ai lavori scientifici riguardanti l'Italia, come risulta dalla **Tabella** che mostra una sintesi dei 9 lavori italiani presi in esame.

La prevalenza complessiva della fragilità stimata attraverso la meta-analisi delle 68 basi di dati selezionate (corrispondenti a 62 studi europei) è pari a 18% (IC 95% 15-21; 13.932 individui). Dalla sub analisi per setting, risulta fragile circa la metà dei soggetti istituzionalizzati o ambulatoriali (45%; IC 95% 27-63; 3.111 individui), con una frequenza quasi 4 volte maggiore rispetto al resto degli individui residenti a domicilio (12%; IC 95% 10-21; 10.821 individui) (10).

Anche nel caso dell'incidenza, a fronte di un numero molto ridotto di studi identificati (6, di cui 3 condotti in Europa e nessuno in Italia), la revisione della letteratura ha evidenziato un'elevata variabilità dei risultati (11). Pur non considerando il valore anomalo (51,4%) riscontrato in una popolazione particolarmente deprivata di aborigeni australiani, la proporzione di nuovi casi di fragilità desumibile dalla letteratura varia in modo considerevole: dal 3,9% osservato in Germania (follow-up 2,9 anni, età ≥65) al 13% rilevato in Cina (follow-up 1 anno, età ≥55), utilizzando rispettivamente come definizione di fragilità il fenotipo clinico (10) e l'indice di fragilità (12). Nei 3 studi europei la proporzione d'incidenza varia dal 3,9% al 7,5%.

Tabella - Sintesi degli studi sulla prevalenza della fragilità condotti su popolazioni italiane e analizzati nella revisione sistematica della letteratura scientifica ADVANTAGE

Fonte bibliografica	Participanti n.	Età (anni)	Donne %	Setting	Definizione di fragilità	Prevalenza della fragilità
Bilotta et al. 2010	302	≥ 65	71,0	Ospedale	SOF[a]	38,0
Ble et al. 2006	827	≥ 65	54,0	Domicilio	CHS[b]	6,5
Forti et al. 2014	766	≥ 65	53,4	Domicilio	SOF[a]	7,2
Gallucci et al. 2009	668	≥ 70	53,4	Domicilio	Altro[c]	16,3
Liotta et al. 2017	1.331	≥ 65	54,2	Domicilio	Altro[c]	21,5
Roppolo et al. 2015	267	≥ 65	59,9	Domicilio	CHS[b]	12,7
Santos-Eggimann et al. 2009	833	≥ 65	*Non riportato*	Domicilio	SHARE-FI[d]	23,0
Solfrizzi et al. 2012	2.581	65-84	45,2	Domicilio	CHS[b]	7,6
Veronese et al. 2016	1.754	≥ 65	64,0	Domicilio	CHS[b]	10,0

(a) Study of Osteoporotic Fractures Index (SOF); *(b)* Cardiovascular Health Study (CHS) fenotipo di fragilità; *(c)* Altro strumento *ad hoc*; *(d)* Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe Frailty Instrument (SHARE-FI)

È interessante notare che i due estremi sono relativi a studi di popolazione molto simili per età del campione (≥65 e ≥60), per periodo medio di osservazione (2,9 e 3,5 anni) e anche per l'utilizzo del fenotipo clinico di Fried (10). La disomogeneità e la scarsa confrontabilità dei dati reperiti in letteratura è anche influenzata dall'adozione della proporzione percentuale, o incidenza cumulativa, anziché del tasso di incidenza in anni/persona, una misura pesantemente condizionata dalla durata del follow-up.

Va inoltre sottolineata la carenza di analisi dei possibili fattori protettivi o di rischio (biologici e socioeconomici) potenzialmente coinvolti nell'insorgenza di nuovi casi di fragilità, come evidenziato dal fatto che solo 2 dei 6 studi presentino risultati disaggregati per condizioni specifiche.

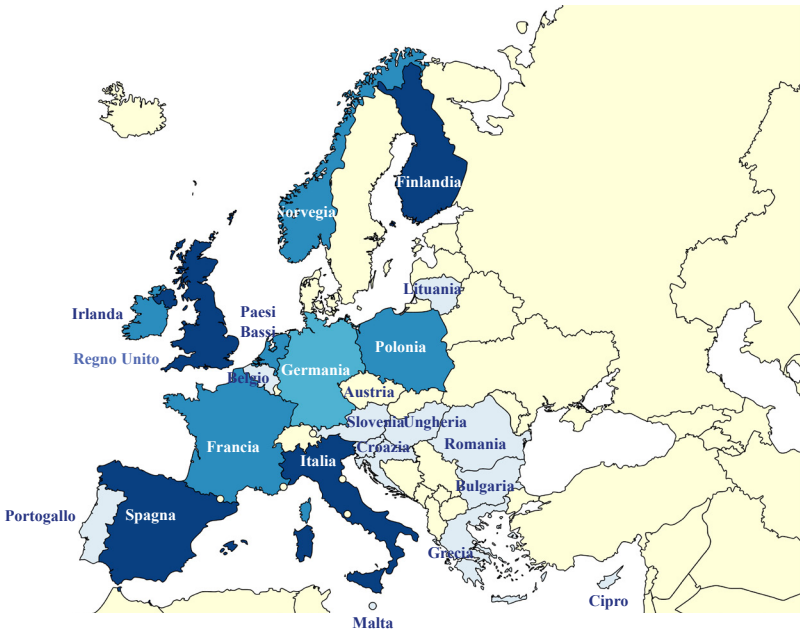
Sono stati individuati soltanto 3 studi europei (13) sulle transizioni/traiettorie nel tempo, confermando la carenza di studi longitudinali sulla progressione della fragilità. Secondo 2 degli studi, di cui 1 italiano, circa il 35% degli anziani sperimenta almeno un episodio di transizione tra assenza, pre-fragilità e fragilità nel corso del follow-up, ma va sottolineata la scarsa confrontabilità del risultato dovuta a periodi di osservazione sensibilmente differenti (4,4 e 2 anni). Le evidenze sulla regressione verso livelli più favorevoli sono molto limitate e disomogenee. Dallo studio italiano l'essere leggermente sovrappeso, il basso consumo di alcol, l'alto livello d'istruzione e il vivere soli risultano associati al miglioramento. Secondo il terzo degli studi, che analizza le traiettorie temporali in gruppi di individui contraddistinti da caratteristiche comuni, l'attività fisica di intensità moderata o intensa (ma non lieve) riduce il peggioramento; al contrario, gli anziani con più basso livello socioeconomico o di sesso femminile hanno una maggiore probabilità di transizione verso livelli di gravità più elevati.

La **Figura** mostra la suddivisione in cluster dei Paesi coinvolti nella "Member States Baseline Survey" in base al livello di implementazione di studi volti a definire il quadro epidemiologico della fragilità. Soltanto un numero molto limitato di Paesi, tra cui l'Italia, raggiunge il grado di valutazione più elevato e nessuno il livello avanzato, mentre la maggioranza non dispone di alcun progetto sulla frequenza e la progressione della fragilità nella popolazione.

Conclusioni

L'eterogeneità dei dati sulla frequenza della fragilità nella popolazione e la carenza di informazioni sulle caratteristiche e le dinamiche della sua progressione/regressione nel tempo evidenziano la necessità di un approccio epidemiologico standardizzato, in grado di fornire ai decisori politici le evidenze necessarie per calibrare un'adeguata risposta di salute pubblica e per valutare l'impatto degli interventi adottati.

Le priorità a livello europeo appaiono le seguenti: raggiungere il consenso su una definizione di fragilità, o quantomeno sull'utilizzo di criteri condivisi e validati evitando la proliferazione di strumenti e criteri diagnostici; progettare indagini longitudinali o potenziare quelle esistenti, al fine di colmare le lacune nel quadro epidemiologico; approfondire lo studio dei fattori di rischio così da fornire gli elementi utili alla stratificazione del rischio e all'individuazione delle priorità d'intervento nei gruppi di anziani maggiormente vulnerabili.



Sostenibile (n. 4): studi prevalenza + incidenza + progressione, a livello nazionale, setting ospedaliero e comunità, analisi dettagliata fattori di rischio, inclusione in programmi nazionali o prospettici

Avanzato (n. 0): indagati solo 2 dei 3 aspetti (prevalenza, incidenza, progressione), a livello nazionale, setting ospedaliero e comunità, analisi dettagliata fattori di rischio, inclusione in programmi nazionali o prospettici

Ben sviluppato (n. 5): indagato solo 1 dei 3 aspetti (prevalenza, incidenza, progressione), a livello nazionale, setting ospedaliero e comunità

Buono (n. 1): indagato solo 1 dei 3 aspetti (prevalenza, incidenza, progressione), a livello regionale/locale, solo setting ospedaliero o comunità

Di base (n. 11): nessuno studio epidemiologico della fragilità

Paesi non inclusi nella survey

Figura - Livello di definizione del quadro epidemiologico della fragilità nei Paesi coinvolti nella Joint Action ADVANTAGE in base agli studi recenti o in corso su prevalenza, incidenza, transizioni/traiettorie

In Italia, sebbene il quadro epidemiologico appaia abbastanza ben delineato, è necessario colmare le attuali lacune nella conoscenza dei meccanismi legati all'insorgenza della fragilità e alla sua progressione nel tempo, che includa l'individuazione di biomarker. Sarebbe inoltre auspicabile superare l'attuale frammentazione, orientando gli attori coinvolti a vario titolo nella promozione della salute dell'anziano, verso un approccio complesso, multisettoriale e integrato, focalizzato su una visione personalizzata dell'individuo e del contesto in cui vive, in una prospettiva che investa l'intero arco di vita e abbia come finalità il mantenimento dell'autosufficienza e il benessere psico-fisico e relazionale della persona anziana e di chi gli è vicino.

Citare come segue:
Galluzzo L, Feraldi A, Gruppo di lavoro WP5 della Joint Action ADVANTAGE. Il quadro epidemiologico della fragilità dell'anziano dai risultati della Joint Action europea ADVANTAGE. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1):19-23.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: co-finanziamento dall'Unione Europea nell'ambito del 3° Programma di Salute 2014-2020 (n. 724099).

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. World report on aging and health. Luxembourg: WHO; 2015.
2. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2012;60(8):1487-92; doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x
3. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. Lancet 2019;394(10206):1365-75; doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6
4. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. J Am Med Dir Assoc 2016;17(3):188-92; doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.016
5. Rodríguez-Mañas L, García-Sánchez I, Hendry A, Bernabei R, Roller-Wirnsberger R, Gabrovec B, et al. Key messages for a frailty prevention and management policy in Europe from the ADVANTAGE Joint Action Consortium. J Nutr Health Aging 2018;22(8):892-7; doi: 10.1007/s12603-018-1064-y
6. www.advantageja.eu/; ultimo accesso 9/9/2020.

7. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet 2013;381(9868):752-62; doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
8. Galluzzo L, O'Caoimh R (Ed.). Monographic section. Epidemiology, surveillance and population screening of frailty. Results from the systematic reviews of the European Joint Action ADVANTAGE. Ann Ist Super Sanità 2018;54(3):223-5; doi: 10.4415/ANN_03_09
9. O'Caoimh R, Galluzzo L, Rodriguez-Laso Á, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. Ann Ist Super Sanità 2018;54(3):226-38; doi: 10.4415/ANN_18_03_10
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56(3):M146-56; doi: 10.1093/gerona/56.3.m146
11. Galluzzo L, O'Caoimh R, Rodríguez-Laso Á, Beltzer N, Ranhoff AH, Van der Heyden J, et al. Incidence of frailty: a systematic review of scientific literature from a public health perspective. Ann Ist Super Sanità 2018;54(3):239-45; doi: 10.4415/ANN_18_03_11
12. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173(5):489-95; doi: 10.1503/cmaj.050051
13. O'Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Carcaillon-Bentata L, et al. Transitions and trajectories in frailty states over time: a systematic review of the European Joint Action ADVANTAGE. Ann Ist Super Sanità 2018;54(3):246-52; doi: 10.4415/ANN_18_03_12

**Gruppo di lavoro WP5 Joint Action ADVANTAGE

Leader:Aaron Liew e Rónán O'Caoimh, Health Service Executive of Ireland e National University of Ireland, Galway, Irlanda; Co-leader: Lucia Galluzzo, Istituto Superiore di Sanità (Roma, Italia); Nathalie Beltzer e Laure Carcaillon-Bentata, Santé Publique (Saint Maurice, Francia); Marius Ciutan, Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar (Bucarest, Romania); Maria Lamprini-Koula, Society of Psychosocial Research and Intervention (Ionnina, Grecia); Luz López-Samaniego, Fundación Progreso y Salud, Consejeria de Salud de la Junta de Andalucia (Siviglia, Spagna); Anette Hylen Ranhoff, Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Oslo, Norvegia); Ángel Rodríguez-Laso, Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe (Spagna); Johan Van der Heyden, Sciensano (Bruxelles, Belgio).

Uso delle sigarette rollate in Italia: dati dalla sorveglianza PASSI, 2017-2018

Valentina Minardi[a], Gianluigi Ferrante[b], Paolo D'Argenio[c], Lorenzo Spizzichino[d], Rosaria Gallo[a], Massimo Trinito Oddone[e], Carla Bietta[f], Benedetta Contoli[a], Susanna Lana[a], Silvano Gallus[g], Maria Masocco[a]

[a]*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
[b]*Distretto Pinerolese, ASL TO3, Pinerolo*
[c]*Tobacco endgame, Alleanza per un'Italia senza tabacco*
[d]*Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione - CCM, Ministero della Salute, Roma*
[e]*Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma 2*
[f]*Servizio di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, Azienda USL Umbria 1, Perugia*
[g]*Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano*

SUMMARY

Roll-your-own cigarette use in Italy: data from the PASSI (Italian behavioral risk factor surveillance system), 2017-2018

Introduction

Like in most high-income countries, in Italy the use of roll-your-own (RYO) cigarettes has substantially increased in recent years; in 2016, the RYO cigarettes users were estimated at 11.6% of all cigarette smokers. We update here the trend with data from the PASSI (Italian behavioral risk factor surveillance system).

Methods

Data on 14,969 current smokers aged 18-69 collected in 2017-2018 were analyzed. In 2017-2018, 13.7% of smokers reported smoking predominantly RYO cigarettes. Among the youngest (aged 18-24) smokers, the use of RYO cigarettes reached 27%. A significant association between use of RYO and factors such as high education, unemployment and residence in North or Central Italy, was observed.

Results

The increasing trend toward RYO cigarettes has been largely explained in terms of their economic advantage, since the unit price of RYO cigarettes is substantially lower than that of manufactured cigarettes. However besides economic motivations, a number of myths - including that RYO cigarettes are less harmful than the factory-made ones - could explain their success.

Conclusions

In conclusion, a substantial increase in taxation for RYO cigarettes, and information campaigns on real health risks of RYO are urgently needed in order to prevent consumers from switching from manufactured cigarettes to RYO cigarettes and reduce the current figures.

Key words: roll-your-own cigarettes; hand-rolled cigarettes; loose tobacco

valentina.minardi@iss.it

Introduzione

Negli ultimi due decenni il tabacco sciolto per sigarette rollate a mano (in inglese roll-your-own, RYO) è diventato un prodotto sempre più richiesto e venduto, tanto che in Italia, nel periodo 2015-2016, la percentuale di fumatori che usa in prevalenza sigarette RYO è stata stimata pari all'11,6% nei fumatori di 18-69 anni e al 20% tra fumatori 18-24enni (1). I fumatori optano per le sigarette RYO soprattutto per una questione economica, dal momento che, in Italia, il costo di una sigaretta RYO è circa la metà di quello di una sigaretta confezionata (2, 3). Tuttavia, il successo delle RYO è favorito anche dall'idea erronea che le sigarette fatte in proprio siano meno dannose di quelle confezionate, perché considerate più naturali, con meno additivi e con una quantità inferiore di tabacco (4-7). Alcuni fumatori, inoltre, prediligono il rituale di rollare le sigarette, che può favorire la socializzazione, e ritengono che le sigarette RYO abbiano un gusto migliore rispetto a quelle confezionate.

Tuttavia, le sigarette rollate sono mortali come le sigarette confezionate. Secondo le evidenze disponibili, i danni alla salute non differiscono da quelli causati dalle sigarette confezionate. È vero che la quantità di tabacco, essendo più sottili, è inferiore a quella presente nelle sigarette confezionate, ma il fumatore inala più profondamente per poter aspirare la stessa quantità di nicotina a cui è abituato con le sigarette confezionate (8, 9). Inoltre, a causa dell'assenza del filtro o, quando presente, di una sua minore efficacia, le sigarette RYO producono più nicotina, tartaro e monossido di carbonio di quelle confezionate (10).

doi: 10.53225/BEN_028

A fronte di questa situazione, dal 2015, il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) monitora l'uso di sigarette RYO non solo per descrivere la sua diffusione ma anche le caratteristiche dei consumatori, allo scopo di fornire dati utili alla definizione di adeguate politiche di contrasto al tabacco. Obiettivo del presente lavoro è quello di presentare i dati relativi al biennio 2017-2018.

Materiali e metodi

I dati sul consumo di RYO tra i fumatori correnti sono stati ottenuti dalle 62.990 interviste condotte nel periodo 2017-2018 nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI che monitora la prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali per malattie croniche non trasmissibili nella popolazione adulta (18-69 anni) residente in Italia. Il disegno di studio di PASSI è trasversale, con raccolta continua dei dati, e l'unità di raccolta dei dati è la ASL; il personale dei dipartimenti di sanità pubblica di ciascuna ASL, addestrato *ad hoc*, effettua interviste telefoniche utilizzando un questionario standardizzato.

Alla sorveglianza PASSI partecipano, attualmente, tutte le Regioni e le Province Autonome, tranne la Lombardia. Ogni anno i campioni sono estratti da una quota maggiore del 90% della popolazione residente in Italia. Nel periodo 2017-2018, il tasso di risposta è stato dell'86%. Il campione complessivo ottenuto dal raggruppamento dei campioni aziendali è rappresentativo della popolazione di 18-69 anni residente nei territori delle ASL partecipanti (11, 12).

I fumatori (n. 14.969) sono classificati come consumatori di RYO quando riferiscono di fumare la maggior parte o tutte le sigarette rollate a mano. L'indicatore utilizzato è di conseguenza la percentuale di fumatori correnti che usano prevalentemente sigarette RYO.

L'analisi statistica, condotta con Stata 16.0, prevede la stima di prevalenza di uso di RYO nella popolazione indagata e nelle sue sottopopolazioni, corredata da intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) e l'analisi multivariata mediante modello di Poisson. Tramite tale modello sono stati stimati i rapporti di prevalenza (adjusted prevalence ratio, AdjPR) aggiustati per le seguenti covariate: sesso, classi di età (18-24 anni, 25-34 anni, 35-49 anni, 50-69 anni), difficoltà economiche riferite (molte, alcune, nessuna), livello di istruzione (fino alle medie inferiori, medie superiori, laurea o più), cittadinanza (italiana, straniera), occupazione (occupato, in cerca di occupazione, inattivo) e area geografica di residenza. L'analisi multivariata è stata applicata all'intero campione e a ciascuno dei quattro strati per età.

Risultati

Nel periodo 2015-2018, mentre la prevalenza di fumatori diminuiva dal 26,5% al 24,8% nella popolazione tra 18 e 69 anni, la percentuale di fumatori che fanno un uso predominante di sigarette RYO è aumentata significativamente di tre punti, dal 10,8% del 2015 al 13,9% del 2018 (**Figura**).

La **Tabella** mostra la distribuzione dei fumatori RYO in base alle caratteristiche sociodemografiche. La percentuale di fumatori RYO nel biennio 2017-2018 è stata pari al 13,7% (IC 95% 13,0-

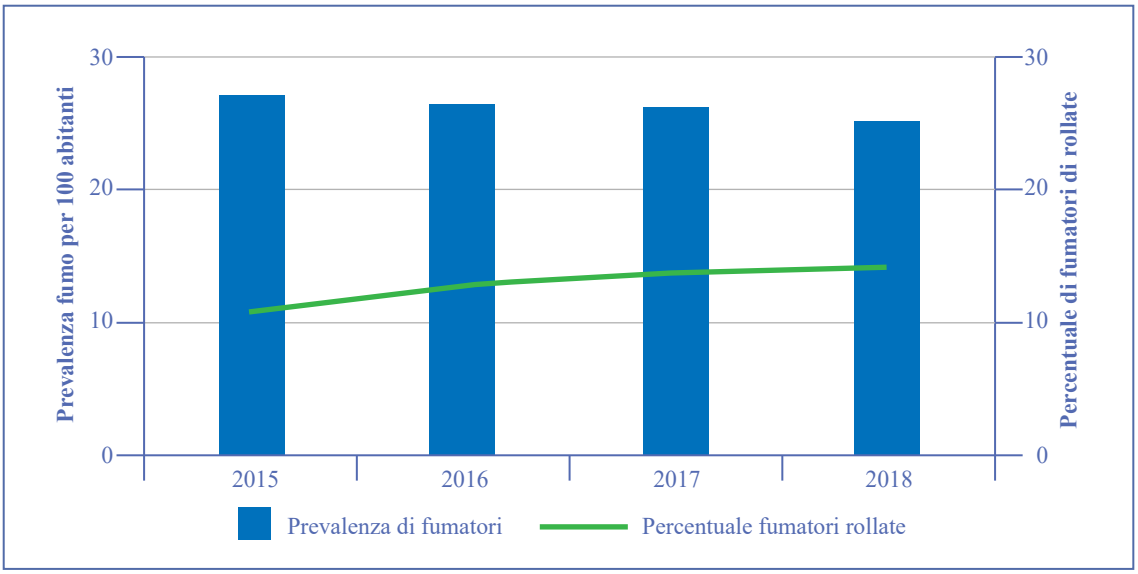


Figura - Prevalenza di fumatori e percentuali di fumatori di sigarette rollate (Italia, PASSI 2015-2018)

14,4%), più elevata tra gli uomini (15,5%) che tra le donne (11,2%). I fumatori RYO sono il 27,1%, tra i 18-24enni, ma la percentuale diminuisce significativamente con l'età, fino al 7,6% dei 50-69enni. Si apprezzano differenze per condizioni economiche: la percentuale di fumatori RYO varia dal 14,9% tra chi non ha difficoltà economiche al 12,0% tra chi si trova in gravi difficoltà economiche. I fumatori di RYO che dichiarano di essere in cerca di occupazione hanno una prevalenza pari a 17,9%, contro il 13,4% degli occupati e il 12,6% degli inattivi. Considerando infine l'area di residenza, la percentuale di fumatori RYO è più elevata al Nord e al Centro, dove si attesta, rispettivamente, al 15,4% e al 15,5%, più bassa nel Sud e nelle Isole (11,2%). L'uso di sigarette RYO è meno frequente tra i cittadini stranieri ripetto a quelli italiani (10,1% vs 13,9%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, la percentuale di uso di sigarette rollate raddoppia passando dai fumatori con bassa scolarizzazione (10,4%) a quelli laureati (20,1%).

L'analisi multivariata (**Materiale aggiuntivo: Tabella, Figura**) conferma l'associazione con il sesso maschile (AdjPR: 1,41, IC 95%: 1,27-1,56), la cittadinanza italiana (AdjPR: 1,54, IC 95%: 1,30-1,82), la residenza nelle Regioni del Nord e del Centro (rispettivamente AdjPR: 1,46, IC 95%: 1,28-1,66 e AdjPR: 1,45, IC 95%: 1,26-1,66). Evidenzia, inoltre, che il rischio più forte di uso di RYO è tra i giovani (AdjPR per 18-24enni: 3,20, IC 95%: 2,86-3,58), diminuisce nelle classi di età maggiori ed è legato alla mancanza di occupazione (AdjPR "in cerca di occupazione": 1,25, IC 95%: 1,06-1,47). Viene confermata anche l'associazione del fumo di sigarette RYO con i livelli più elevati di istruzione (AdjPR: 1,74, IC 95%: 1,49-2,03), associazione presente in tutte

Tabella - Distribuzione di fumatori con uso predominante di RYO* per caratteristiche sociodemografiche e AdjPR da modello multivariato di Poisson** (Italia, PASSI 2017-2018)

Caratteri demografici e socioeconomici	n. totale di fumatori	Percentuale di fumatori RYO*			
		%	IC 95%	AdjPR**	IC 95%
Totale	14.969	13,7	13,0-14,4	-	-
Sesso					
Donne	6.448	11,2	10,3-12,2	1,00	-
Uomini	8.532	15,5	14,6-16,5	1,41	1,27-1,56
Classe di età					
18-24	1.734	27,1	24,6-29,7	3,20	2,86-3,58
25-34	2.813	19,8	18,0-21,7	2,46	2,19-2,76
35-49	5.142	12,3	11,2-13,4	1,59	1,42-1,78
50-69	5.291	7,6	6,7-8,6	1,00	-
Difficoltà economiche percepite					
Nessuna	6.576	14,9	13,9-16,0	1,00	-
Qualche	6.022	13,1	12,1-14,3	1,08	0,97-1,21
Molte	2.330	12,0	10,6-13,6	1,07	0,90-1,26
Istruzione					
Fino alla licenza media	5.781	10,4	9,5-11,4	1,00	-
Diploma di scuola superiore	7.315	14,6	13,7-15,7	1,15	1,02-1,29
Università	1.871	20,1	17,9-22,5	1,74	1,49-2,03
Cittadinanza					
Italiana	14.079	13,9	13,2-14,6	1,54	1,30-1,82
Straniera	809	10,1	7,9-12,7	1,00	-
Occupazione					
Occupato	10.091	13,4	12,6-14,2	1,00	-
In cerca di occupazione	1.533	17,9	15,4-20,7	1,25	1,06-1,47
Inattivo	3.342	12,6	11,4-14,0	1,11	0,98-1,27
Area geografica					
Nord	6.050	15,5	14,5-16,5	1,46	1,28-1,66
Centro	3.938	15,4	14,2-16,8	1,45	1,26-1,66
Sud e Isole	4.981	11,2	10,1-12,4	1,00	-

(*) RYO: roll-your-own *(**)* Gli Adjusted prevalence ratio (AdjPR) del modello multivariato di Poisson sono stati calcolati inserendo come covariate le seguenti variabili: sesso, età in classi, difficoltà economiche, istruzione, cittadinanza, occupazione, area geografica di residenza

le fasce di età. Al contrario, l'associazione con la condizione economica ha un comportamento del tutto differente: mentre tra i giovani l'uso di RYO è associato a migliori condizioni economiche, nelle fasce di età 35-49 e 50-69 anni tale utilizzo è presente in chi ha gravi problemi economici.

Conclusioni

Il fumo da tabacco rappresenta il principale singolo fattore di rischio per la salute in Italia, in termini di mortalità totale, di mortalità prematura e di DALY (daily adjusted life years). Negli anni recenti, il mercato italiano dei prodotti del tabacco è diventato più dinamico: le vendite di sigarette si sono ridotte, mentre sono aumentate le vendite di tabacco trinciato per RYO. Tali vendite, estremamente contenute fino ai primi anni 2000, sono andate via via aumentando, al punto che nel 2015-2016, quando per la prima volta fu stimata la percentuale di fumatori che facevano uso predominante di RYO, questa risultò pari all'11,6% (1).

Questa analisi mostra che dal 2015 al 2018, in soli quattro anni, si è verificato un aumento pari al 30% della frequenza di fumatori che consumano prevalentemente RYO e la stima della loro prevalenza, nel secondo biennio 2017-2018, è stata pari al 13,9% (15,5% dei fumatori e 11,2% delle fumatrici).

Se si confrontano i dati 2017-2018 con quelli relativi al periodo precedente 2015-2016, si può osservare una accentuazione delle differenze per età e istruzione: la classe più giovane (18-24enni) arriva ad avere il 27% di fumatori RYO (+7%) e i laureati arrivano al 20% (+6%) (1).

Nello stesso periodo, mentre per i giovani il consumo di sigarette rollate è associato perlopiù con il maggior livello di istruzione (e non con le condizioni economiche), per i 35-49enni e i 50-69enni il consumo di sigarette RYO è associato soprattutto alle difficoltà economiche. Questa differenza potrebbe essere spiegata dal fatto che l'indicatore di condizione economica PASSI, nel caso dei giovani, più frequentemente conviventi con la famiglia di origine, riflette la situazione familiare rispetto a quella individuale. Un giovane senza reddito proprio, che vive in famiglia, potrebbe rispondere di non avere difficoltà economiche, ma non disporre di risorse per far fronte alla spesa per le sigarette confezionate e voler optare per quelle RYO.

D'altra parte, questo risultato potrebbe suggerire come la scelta del tabacco RYO, soprattutto nelle giovani generazioni non sia motivata dalla convenienza economica, ma anche dall'influenza dei pari, l'emulazione e la diffusione di erronee credenze tra cui quella relativa alla minore nocività del tabacco sciolto (1, 4-7, 14).

Prendendo in esame il ruolo delle politiche per la salute, in Italia il tabacco sciolto costa meno, perché si giova di una tassazione che favorisce il prodotto (2). In tal modo, i fumatori che non sono più in grado di sostenere il prezzo delle sigarette tradizionali, possono optare per un prodotto a prezzo più contenuto, invece di tentare di smettere. In tal modo, l'impatto della politica fiscale viene attutito e peggiorano le disuguaglianze sociali che, di norma, risultano associate al fumo (15).

Per comprendere l'importanza di questo fenomeno, che vale in Italia, grosso modo, tre punti percentuali della prevalenza di fumo, basti pensare che il trend della prevalenza di fumatori non è in linea con l'obiettivo dello sviluppo sostenibile dell'Italia che è la riduzione al 19% nel 2030. Di questo passo, la prevalenza si attesterebbe al 22%, con una differenza di tre punti percentuali rispetto all'obiettivo (16).

I dati auto-riferiti prodotti da PASSI possono essere affetti da distorsioni legate alla desiderabilità sociale di alcuni comportamenti, tuttavia l'abitudine tabagica non sembra esserne particolarmente influenzata. Inoltre, la modalità di raccolta dei dati (cioè l'intervista telefonica) potrebbe rappresentare una limitazione per una copertura incompleta, in particolare tra i giovani. Tuttavia, il protocollo di studio richiede grande rigore circa le modalità di contatto dei soggetti campionati in tutte le fasce d'età e gli strumenti di analisi consentono di adattare proporzionalmente le stime su eventuali strati sottorappresentati nel campione. Infine, ogni anno si verifica e si garantisce che la distribuzione per genere ed età del campione PASSI sia paragonabile a quella dei residenti in Italia rilasciata dall'Istituto Nazionale di Statistica, in modo da esserne rappresentativa.

In conclusione, nel periodo 2017-2018 è ulteriormente aumentata la percentuale di fumatori di sigarette rollate, soprattutto tra i giovani. È urgente rivedere il sistema fiscale in modo da riequilibrare i prezzi del tabacco sciolto per sigarette RYO a quelli delle sigarette confezionate.

Bisogna demistificare il consumo di tabacco sciolto, contrastando le credenze che circolano tra i consumatori relative alla presunta minore nocività delle sigarette rollate.

Citare come segue:
Minardi V, Ferrante G, D'Argenio P, Spizzichino L, Gallo R, Oddone MT, et al. Uso di sigarette rollate in Italia: dati dalla sorveglianza PASSI, 2017-2018. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1): 24-8.

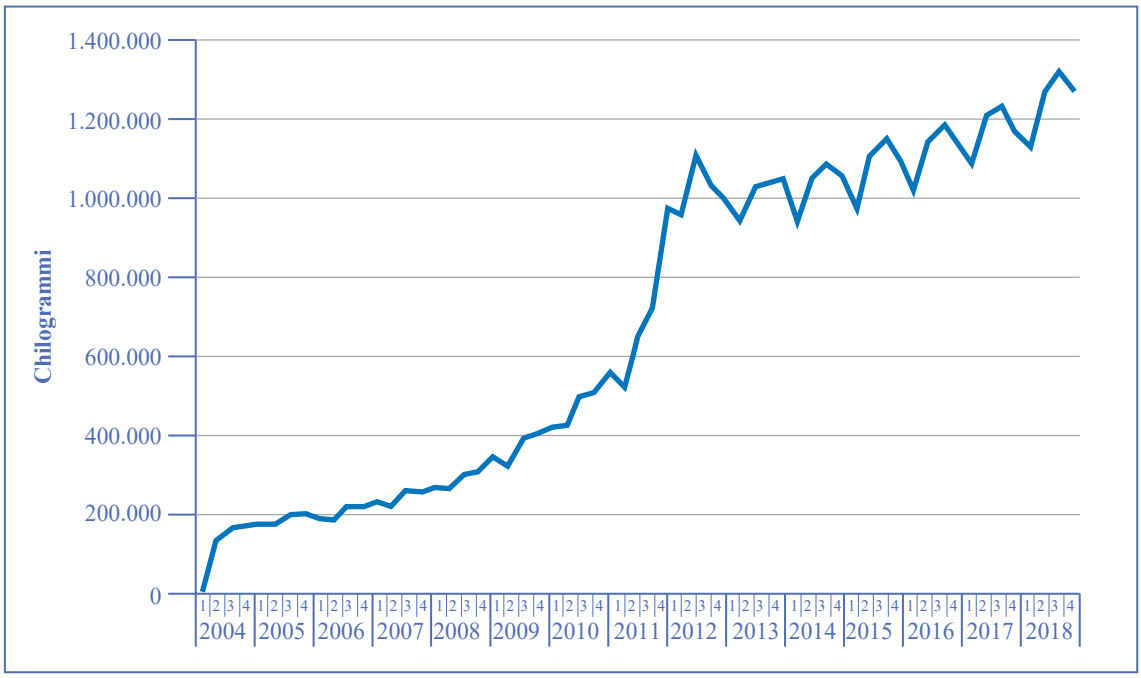
Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Minardi V, Ferrante G, D'Argenio P, Masocco M, Spizzichino L, Bietta C, et al. Roll-your-own cigarette use in Italy: sales and consumer profile - data from PASSI surveillance, 2015-2016. Int J Public Health 2019;64(3):423-30; doi: 10.1007/s00038-019-01204-5
2. Lugo A, Asciutto R, Pacifici R, Colombo P, La Vecchia C, Gallus S. Smoking in Italy 2013-2014, with a focus on the young. Tumori 2015;101(5):529-34; doi: 10.5301/tj.5000311
3. Gallus S, Lugo A, Ghislandi S, La Vecchia C, Gilmore AB. Roll-your-own cigarettes in Europe: use, weight and implications for fiscal policies. Eur J Cancer Prev 2014;23(3):186-92; doi: 10.1097/CEJ.0000000000000010
4. Brown AK, Nagelhout GE, van den Putte B, Willemsen MC, Mons U, Guignard R, et al. Trends and socioeconomic differences in roll-your-own tobacco use: findings from the ITC Europe Surveys. Tob Control 2015;24(Suppl 3):iii11–iii16; doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051986
5. Hoek J, Ferguson S, Court E, Gallopel-Morvan K. Qualitative exploration of young adult RYO smokers' practices. Tob Control 2017;26:563-8; doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053168
6. O'Connor RJ, McNeill A, Borland R, Hammond D, King B, Boudreau C, et al. Smokers' beliefs about the relative safety of other tobacco products: findings from the ITC collaboration. Nicotine Tob Res 2007;9(10):1033-42; doi: 10.1080/14622200701591583
7. Young D, Wilson N, Borland R, Edwards R, Weerasekera D. Prevalence, correlates of, and reasons for using roll-your-own tobacco in a high RYO use country: findings from the ITC New Zealand survey. Nicotine Tob Res 2010;12(11):1089-98; doi: 10.1093/ntr/ntq155
8. Laugesen M, Epton M, Frampton CMA, Glover M, Lea RA. Hand-rolled cigarette smoking patterns compared with factory-made cigarette smoking in New Zealand men. BMC Public Health 2009;9:194; doi: 10.1186/1471-2458-9-194
9. Young D, Yong HH, Borland R, Shahab L, Hammond D, Cummings KM, et al.Trends in roll-your-own smoking: findings from the ITC Four-Country Survey (2002-2008). J Environ Public Health 2012:406283; doi: 10.1155/2012/406283
10. Shahab L, West R, McNeill A. A comparison of exposure to carcinogens among roll-your-own and factory-made cigarette smokers. Addict Biol 2009;14(3):315-20; doi: 10.1111/j.1369-1600.2009.00157.x
11. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 09/31).
12. Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, Minardi V, Minelli G, Ferrante G, et al. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. Prev Chronic Dis 2011;8(1):A24. PMID: 21159236 PMCID: PMC3044035.
13. Lugo A, Zuccaro P, Pacifici R, Gorini G, Colombo P, La Vecchia C, et al. Smoking in Italy in 2015-2016: prevalence, trends, roll-your-own cigarettes, and attitudes towards incoming regulations. Tumori 2017;103(4):353-9; doi: 10.5301/tj.5000644
14. Bayly M, Scollo MM, Wakefield MA. Who uses rollies? Trends in product offerings, price and use of roll-your-own tobacco in Australia. Tob Control 2019;28(3):317-24; doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054334
15. Partos TR, Gilmore AB, Hitchman SC, Hiscock R, Branston JR, McNeill A. Availability and use of cheap tobacco in the United Kingdom 2002-2014: findings from the International Tobacco Control Project. Nicotine Tob Res 2018;20(6):714-24; doi: 10.1093/ntr/ntx108
16. Tobacco Endgame. Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile: si allontana per l'Italia il traguardo di riduzione del fumo nel 2030. https://tobaccoendgame.it/news/obiettivi-per-lo-sviluppo-sostenibile-si-allontana-per-litalia-il-traguardo-di-riduzione-del-fumo-nel-2030/; ultimo accesso 10/9/2020.

Materiale aggiuntivo (MA)



MA - Figura - Vendite di tabacco sciolto (in chilogrammi) per trimestre. Italia, Monopoli di Stato 2004-2018

Materiale aggiuntivo (MA)

MA - Tabella - Uso di trinciati tra i 18-69enni residenti in Italia. AdjPR da modello multivariato di Poisson[a] per classi di età. Italia, PASSI 2017-2018

		Classi di età			
Variabili	**Complessivo 18-69**	**18-24**	**25-34**	**35-49**	**50-69**
Classi di età					
25-34 vs 18-24	0,720[b] 0,625-0,829				
35-49 vs 18-24	0,466[b] 0,404-0,537				
50-69 vs 18-24	0,299[b] 0,256-0,349				
Sesso					
Uomini vs donne	1,407[b] 1,266-1,564	1,178 0,978-1,420	1.409[b] 1,157-1,716	1.529[b] 1,231-1,899	1.430[b] 1,120-1,827
Livello di istruzione					
Media superiore vs fino alle medie	1,145[b] 1,015-1,293	1,232 0,977-1,554	1,153 0,884-1,502	1,328[b] 1,072-1,645	0,904 0,681-1,200
Laurea vs fino alle medie	1,736[b] 1,485-2,031	1,647[b] 1,094-2,479	2,239[b] 1,711-2,930	1,564[b] 1,180-2,072	1,28 0,790-2,074
Difficoltà economiche					
Qualche vs nessuna	1,081 0,966-1,211	0,95 0,767-1,177	1,165 0,956-1,420	1,095 0,891-1,345	1,115 0,815-1,527
Molte vs nessuna	1,065 0.900-1.260	0,497[b] 0,321-0,771	0,885 0,646-1,213	1,19 0,888-1,595	1,674[b] 1,143-2,451
Cittadinanza					
Straniera vs italiana	0,618[b] 0,487-0,784	0,744 0,472-1,172	0,666 0,442-1,004	0,646[a] 0,437-0,957	0,291[b] 0,0996-0,847
Macroarea					
Centro vs Sud e Isole	1,445[b] 1,261-1,656	1,134 0,867-1,481	1,474[b] 1,164-1,867	1,411[b] 1,096-1,816	1,751[b] 1,245-2,461
Nord vs Sud e Isole	1,460[b] 1,282-1,662	1,254 0,981-1,603	1,384[b] 1,102-1,738	1,656[b] 1,309-2,094	1,413[a] 1,008-1,979
Occupazione					
In cerca di occupazione vs occupato	1,246[b] 1,055-1,471	1,335 0,952-1,873	1,229 0,938-1,610	1,575[b] 1,173-2,115	0,715 0,463-1,106
Inattivo vs occupato	1,112 0,976-1,267	1,446[b] 1,176-1,778	1,350[b] 1,046-1,742	0,915 0,580-1,444	0,692[b] 0,533-0,898
Osservazioni	14,832	1,711	2,789	5,095	5,237

(a) Gli AdjPR del modello multivariato di Poisson sono stati calcolati inserendo come covariate le seguenti variabili: sesso, età in classi, difficoltà economiche, istruzione, cittadinanza, occupazione, area geografica di residenza; *(b)* $p < 0,05$

DANIMARCA

Epidemia di pertosse

Nel periodo tra l'estate 2019 e la primavera 2020, la Danimarca ha dovuto affrontare un'epidemia di pertosse, che ha coinvolto 3.691 persone. Il primo focolaio si è verificato nell'isola di Fionia, nel Sud del Paese, con 735 casi, per poi diffondersi su tutto il territorio danese. Il picco dell'epidemia è stato raggiunto nel gennaio del 2020, con un totale di 874 casi diagnosticati in un solo mese. I casi si sono verificati più frequentemente tra i bambini di età inferiore ai due anni (299 casi). Tra questi, 116 (39%) non erano vaccinati, mentre 57 (19%) avevano ricevuto tutte e tre le dosi vaccinali previste per la pertosse. Un'altra fascia di età particolarmente colpita è stata quella tra i 35 e i 55 anni, probabilmente a causa della trasmissione dell'infezione tra genitori e figli.

A partire dal mese di marzo 2020 si è registrata una forte diminuzione dei casi in tutta la Danimarca, probabilmente da mettere in relazione con l'adozione delle misure di confinamento messe in atto per contenere la pandemia da COVID-19.

Nel novembre del 2019, al fine di arginare la diffusione dell'epidemia, il governo danese ha avviato una campagna di vaccinazione gratuita dedicata alle donne al secondo e terzo trimestre di gravidanza, a cui hanno aderito (a giugno 2020) 24.279 donne.

Fonte: https://en.ssi.dk/news/news/2020/08_the-whooping-cough-epidemic-has-ended

FRANCIA

Aumento degli incidenti domestici gravi durante il periodo di lockdown

Un danno collaterale del lockdown sembra essere stato l'aumento degli incidenti domestici gravi. È quanto emerge da uno studio nazionale effettuato in Francia, che ha esaminato i dati degli accessi ai Pronto Soccorso per tutti gli incidenti domestici di 10 aree metropolitane francesi durante il periodo 16 marzo-10 maggio 2020. Analizzando i dati di accesso al Pronto Soccorso e le relative ospedalizzazioni, è stata effettuata una comparazione con i dati relativi allo stesso periodo del 2019. Sebbene il tasso degli incidenti domestici sia diminuito del 50% nel totale dei casi (7.115 nel 2020 contro 15.881 nel 2019), risulta aumentata la percentuale degli incidenti domestici gravi in tutte le fasce di età: inferiore ai 15 anni (+20%) e superiore ai 45 anni (+5%). In particolare, si registra un aumento delle cadute con conseguenze gravi nei bambini tra i 2 e i 6 anni di età (+12%) e negli anziani tra i 65 e gli 84 anni (+15%).

I risultati dello studio suggeriscono come debbano essere aumentate le misure di prevenzione degli incidenti domestici, in particolare in presenza di bambini e anziani, nei periodi di confinamento obbligatorio.

Fonte: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/20/pdf/2020_20_1.pdf

GERMANIA

Salute e assistenza sanitaria delle donne con più di 50 anni

Nel giugno 2020 sono stati pubblicati i risultati del progetto di ricerca "Frauen 5.0". Il progetto, che raccoglie dati estrapolati da varie indagini nazionali, è interamente dedicato alla salute delle donne di età pari o superiore a 50 anni e ha lo scopo di individuare strategie per migliorare l'offerta di assistenza sanitaria in tre stati federali della Germania nord-orientale.

Secondo i risultati del progetto, il 41% delle donne nella fascia di età presa in considerazione non si sottopone a visita ginecologica, mentre circa il 60% si sottopone a visita ginecologica almeno una volta all'anno. Inoltre, circa il 65,0% si è sottoposta a visita senologica negli ultimi dodici mesi e il 58,0% si è sottoposta a pap test. I motivi principali per cui ci si rivolge al ginecologo sono lo screening di prevenzione oncologica (33,1%) e i disturbi della menopausa (45,3%).

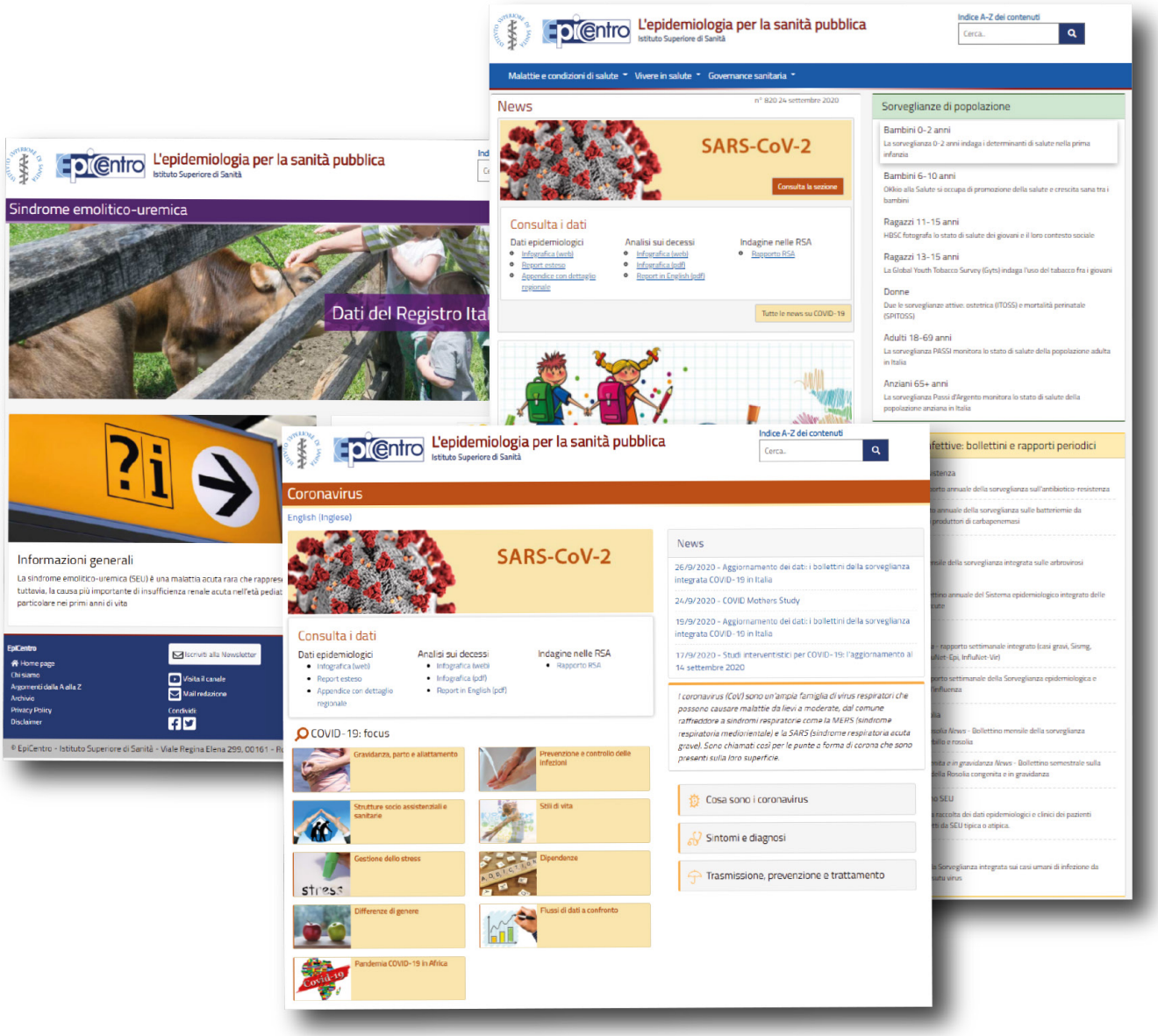
Il progetto ha messo in evidenza come i servizi di medicina generale vengano utilizzati per tutto il corso della vita, mentre si ricorre meno frequentemente ai servizi di ginecologia con l'avanzare dell'età, e come lo status socioeconomico e il luogo di residenza siano determinanti importanti per l'utilizzo dei servizi sanitari.

I risultati di "Frauen 5.0" evidenziano la necessità di sensibilizzare i medici di base a un atteggiamento proattivo per favorire la consultazione e il trattamento ginecologico da parte delle donne di età pari o superiore a 50 anni. Questi risultati, inoltre, possono aiutare a pianificare e progettare servizi sanitari più aderenti alle necessità delle donne di questa fascia di età.

Fonte: https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/GBEDownloadsJ/JoHM_02_2020_Healthcare_women_50_years_and_over.pdf?__blob=publicationFile

Il portale EpiCentro è uno strumento di lavoro che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mette a disposizione degli operatori di sanità pubblica con l'obiettivo di migliorare l'accesso all'informazione epidemiologica. Alla sua realizzazione partecipano Dipartimenti e Centri dell'ISS, in stretto collegamento con le Regioni, le aziende sanitarie, gli istituti di ricerca, le associazioni di epidemiologia, gli operatori di sanità pubblica.

EpiCentro è certificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come membro del Vaccine Safety Net.



Istituto Superiore di Sanità
viale Regina Elena, 299
00161 Roma
Tel. 06 49904206
ben@iss.it

ben
bollettino epidemiologico nazionale