

Sistema di sorveglianza Passi

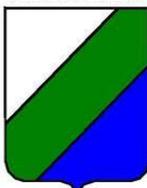
Rapporto regionale 2008-2011



Abruzzo



REGIONE
ABRUZZO



A cura di:

Claudio Turchi

Coordinatore aziendale PASSI ASL Lanciano-Vasto-Chieti

(Dipartimento di Prevenzione-Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica ASL Lanciano-Vasto-Chieti)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

Sandro Baldissera, Paolo D'Argenio, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica - Università degli studi Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carrozzini (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirous Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadig, Roma)

- a livello regionale:

Tamara Agostini

(Referente Regionale PASSI- Dipartimento Politiche della Salute -Regione Abruzzo)

Maria Maddalena Marconi

(Coordinatore Regionale PASSI- Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione ASL Teramo)

Giancarlo Diodati (Coordinatore Regionale PASSI dal 2006 al 2011, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica ASL Pescara)

- a livello aziendale:

Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila:

Coordinatore: Mancini Cristiana;

Intervistatori: Addiechi Antonella, Antidormi Nunziatina, Caroselli Lorella, Coppola Marina, D'Acchille Catia, Faggioni Viviana, Farello Piera, Gentile Cleofe, Mosca Graziella, Mosesso Dora, Romito Patrizia, Scipioni Maddalena, Zavarella Maria Concetta.

Asl Lanciano-Vasto-Chieti:

Coordinatori : Savino Antonio, Turchi Claudio;

Intervistatori: Abbonizio Concetta, Amoroso Lorenza, Capone Silvana, Berardi Enrico, Bomba Linda, Cerrone Roberta, Cugini Anna, D'Antonio Rita, Di Campi Gilda, Di Giovanni Fioravante, Di Pomponio Laura, Greco Berenice, Martorella Giuseppina, Micaletti Clorinda, Montini Rita, Morena Angelo, Nasuti Linda, Neviconi Antonella, Orlando Assunta, Petrocelli Luciana, Rabottini Nicola, Radico Silvana, Romagnoli Maria Grazia, Turchi Claudio, Vespasiano Cristina.

Asl Pescara:

Coordinatori: Diodati Giancarlo, Liberi Fabio;

Intervistatori: Calabrese Marina, Diodati Giancarlo, D'Ignazio Raffaella, Di Massimo Lucia, Di Matteo Anna, Pasqualone Maria Grazia, Pompei Carmela, Ruggeri Paola, Taglione Iole, Tini Elisabetta, Villanucci Lina.

Asl Teramo:

Coordinatore: Natali Paola;

Intervistatori: Centinaro Lorita, D'Eugenio Felesina, Di Basilio Francesca, Di Ferdinando Rosella, Di Giuseppe Giovanna, Di Sante Patrizia, Di Silvestre Anna Lia, Evangelista Silvana, Iezzi Livia, Natali Paola, Scafini Elisabetta, Setaro Virginia

Si ringraziano i Direttori Generali, i Direttori Sanitari e i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo ed i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione agli operatori.

Indice

Obiettivi	Pag.4
Metodi e privacy	Pag.7
Descrizione del campione	Pag.9
Percezione dello stato di salute	Pag.15
Attività fisica	Pag.19
Abitudine al fumo	Pag.25
Stato nutrizionale ed abitudini alimentari	Pag.38
Consumo di alcol	Pag.48
Alcol e guida	Pag.57
Uso dei dispositivi di sicurezza	Pag.63
Sicurezza domestica	Pag.68
Vaccinazione antinfluenzale	Pag.71
Vaccinazione antirosolia	Pag.75
Rischio cardiovascolare	Pag.79
Sintomi di depressione	Pag.92
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	Pag.96
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	Pag.103
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto	Pag.109
Sintesi del rapporto	Pag.116
Appendice-Monitoraggio	Pag.118

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione abruzzese di età compresa fra i 18 e i 69 anni, anche in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e a misure preventive adottate.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso alcuni indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione)
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, condizioni economiche, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati

2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- stimare la proporzione di persone sedentarie e individuare i gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la prevalenza di persone ai quali è stato chiesto e consigliato da parte degli operatori sanitari di svolgere attività fisica

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi;
- stimare frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- stimare la modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;

- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

7. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di persone che consumano alcol;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge, consumo fuori pasto e forte consumatore);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol;
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

8. Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

9. Infortuni domestici

- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la proporzione di persone di 18-64 anni che si sono vaccinate nei confronti dell'influenza nelle ultime campagne antinfluenzali;
- stimare la proporzione di soggetti di 18-64 anni portatori di patologie croniche che si sono vaccinati nei confronti dell'influenza nelle ultime campagne antinfluenzali
- .

11. Vaccinazione antirosolia

- stimare la proporzione di donne 18-49 anni vaccinate nei confronti della rosolia;
- stimare la proporzione di donne di 18-49 anni immuni, suscettibili o con immunità non nota nei confronti della rosolia.

12. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);

- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

13. Sintomi di depressione

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività;
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quali.

-

14. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening;
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o della sigmoido-colonscopia.

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene ad opera del personale delle ASL, tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e per tanto possono differire dai criteri applicati in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nella lista dell'anagrafe sanitaria della Regione Abruzzo. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69), direttamente effettuato sulla lista dell'anagrafe sanitaria della Regione Abruzzo. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza Passi. Nel periodo 2008-2011 sono state effettuate in Abruzzo 4216 interviste ed a livello nazionale oltre 150.000

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASL durante tutto il periodo, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità.

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

La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo, con informazioni successivamente riversate su supporto informatico, sia utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti in questo rapporto è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono mostrati anche i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel periodo di riferimento ("pool PASSI").

Etica e privacy

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

È stata chiesta una valutazione sul sistema PASSI da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Il personale delle ASL, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente su PC.

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

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

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 903646 residenti di 18-69 anni (valore medio del periodo 2008-2011) iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL della regione Abruzzo.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, sono state intervistate 4216 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall' anagrafe sanitaria regionale.

Le ASL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

Si precisa che il calo del numero delle interviste effettuate dal 2008 al 2011 è da ricondurre essenzialmente all'accorpamento delle ASL abruzzesi passate da 6 a 4 con i conseguenti problemi di riorganizzazione e le inevitabili ripercussioni sulle attività dei servizi.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

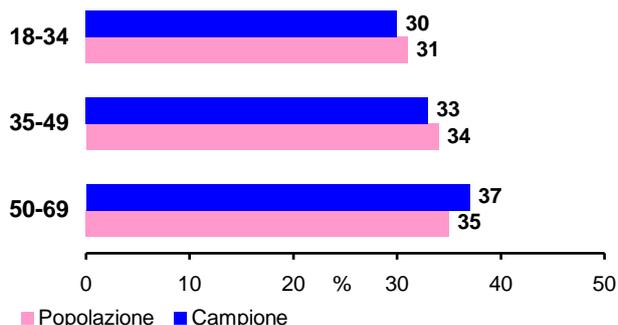
	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011
Numerosità	1494	1111	760	851
Tasso di risposta	93,2	95,9	98,4	93,4
Tasso di rifiuto	4,4	3,3	4,9	4,9

L'età e il sesso

- In Abruzzo, il campione intervistato (4216 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50,5%) e uomini (49,5%); l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il campione è costituito per:
 - il 30% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 33% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 37% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

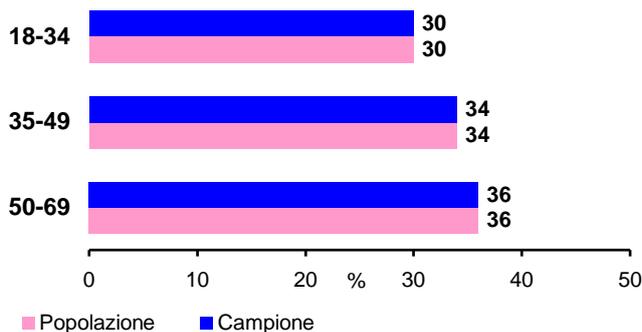
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

Abruzzo - PASSI 2008-11 (n=2088)



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

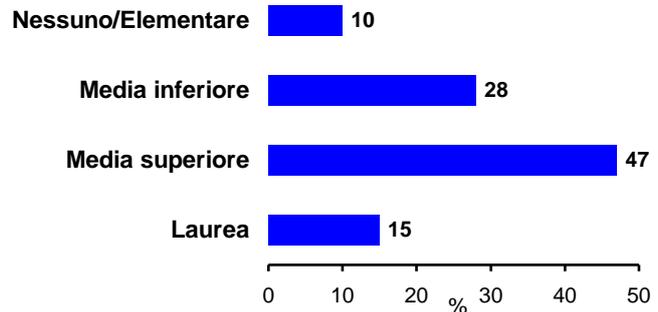
Abruzzo - PASSI 2008-11 (n=2128)



Il titolo di studio

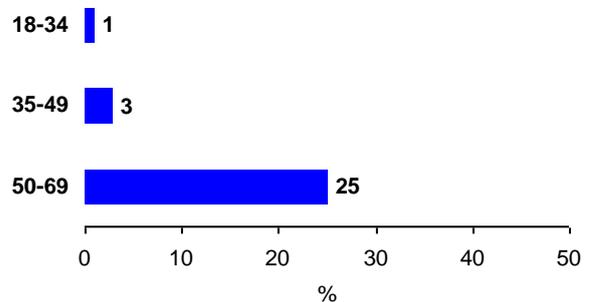
- In Abruzzo il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 28% la licenza media inferiore, il 47% la licenza media superiore e il 15% è laureato. Riguardo al titolo di studio non vi sono differenze statisticamente significative tra uomini e donne tranne che per la prima categoria (nessuno/elementare) in cui le prevalenze sono del 13% per le donne e del 7% per gli uomini.

Campione per titolo di studio
Abruzzo - PASSI 2008-11



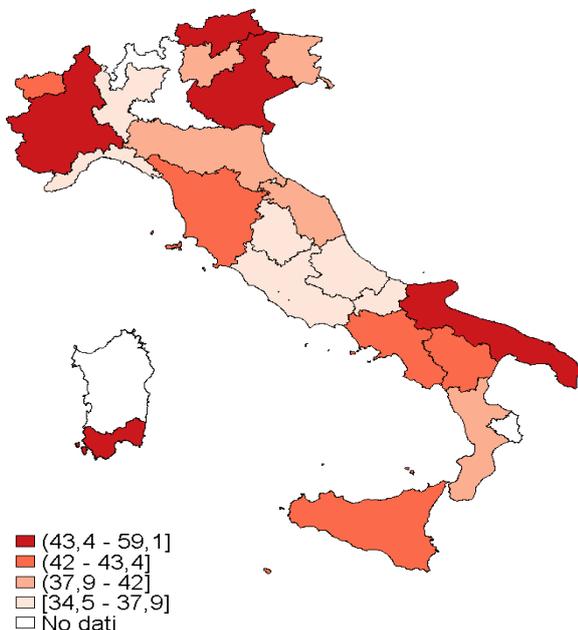
- L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
Abruzzo - PASSI 2008-11



- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2008-11

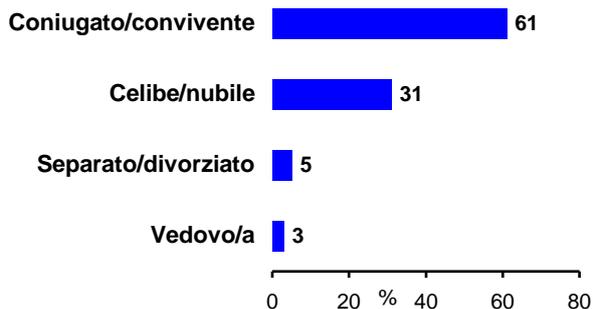


Lo stato civile

- In Abruzzo i coniugati/conviventi rappresentano il 61% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi il 3%.
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.

Campione per categorie stato civile

Abruzzo - PASSI 2008-11

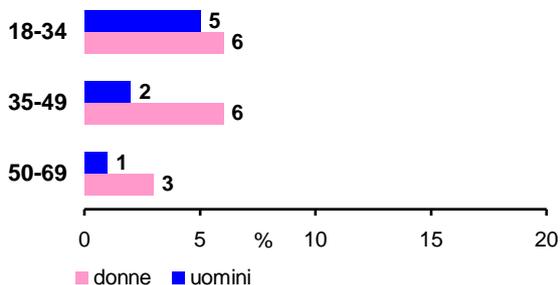


Cittadinanza

- In Abruzzo il campione è costituito dal 96% di cittadini italiani, da meno del 4% di stranieri e circa lo 0,5% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nelle fasce 18-34 e 35-49anni il 6% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.
- Nel pool di ASL PASSI le persone con cittadinanza straniera rappresentano nel 2008-11 il 3% degli intervistati con differenze territoriali.

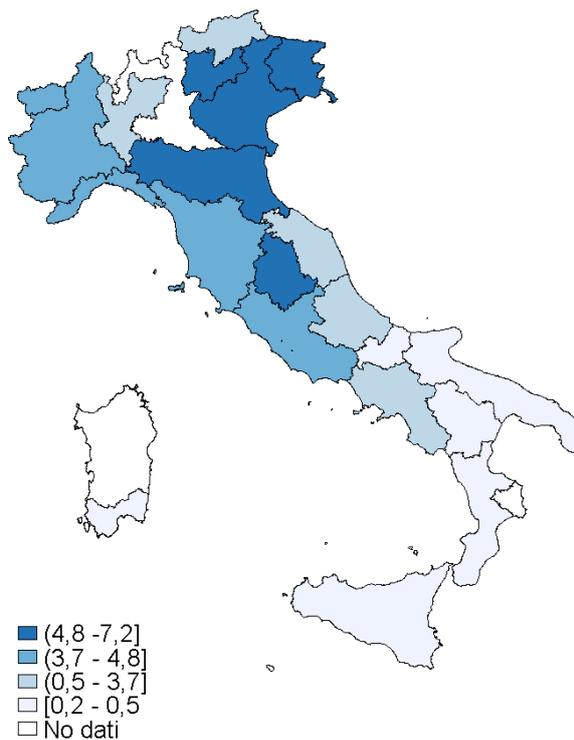
% di stranieri* per sesso e classi di età

Abruzzo - PASSI 2008-11



% di stranieri*

Pool PASSI 2008-11

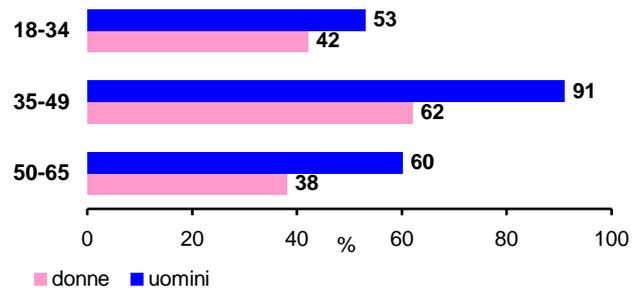


* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

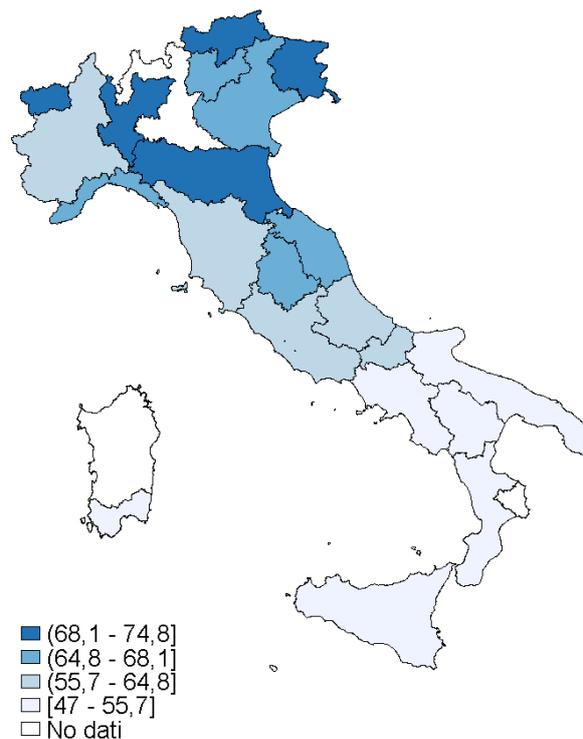
Il lavoro

- In Abruzzo il 58% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (48% contro 69%). Gli intervistati di 35-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.
- Nel pool di ASL PASSI la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
Abruzzo - PASSI 2008-11



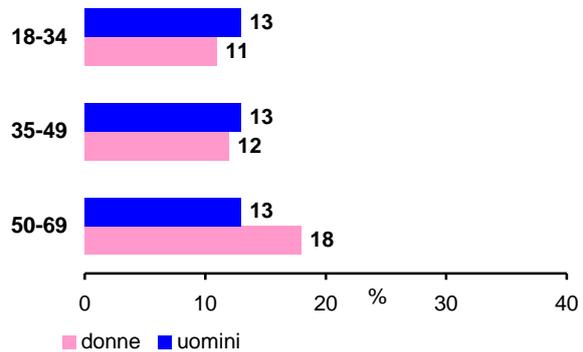
% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2008-11



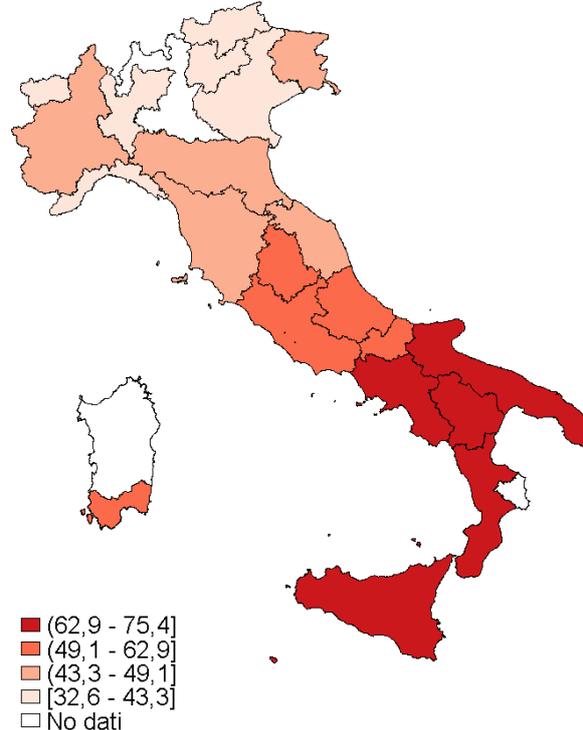
Difficoltà economiche

- In Abruzzo:
 - il 37% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 50% circa qualche difficoltà
 - il 13% molte difficoltà economiche.
- Nelle donne la percentuale che riferisce molte difficoltà economiche è maggiore in maniera statisticamente significativa nella classe di età 50-69 anni rispetto alle classi di età più giovani
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 il 46% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà, il 13% molte difficoltà. La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
Abruzzo - PASSI 2008-11



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2008-11



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e la bassa percentuale di rifiuti (i dati della regione Abruzzo per questi due indicatori sono migliori del dato medio nazionale) indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione con la popolazione della regione Abruzzo indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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

Percezione dello stato di salute

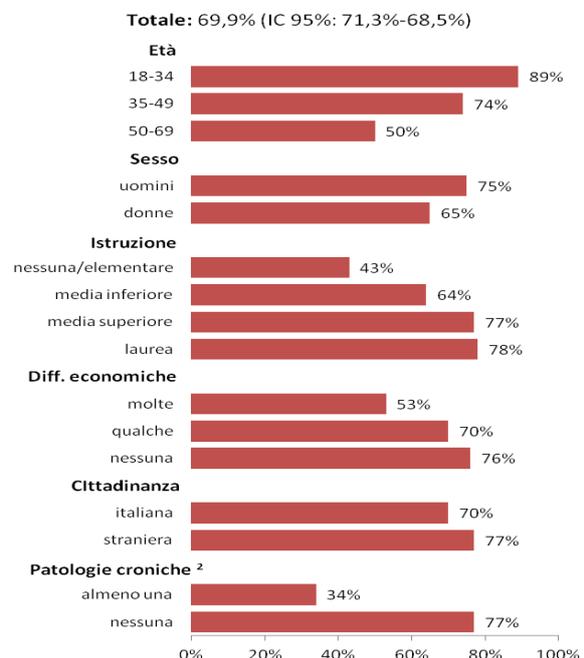
La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Abruzzo il 70% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 26% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe
 - i cittadini stranieri.
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa alla percezione positiva dello stato di salute sono:
 - per gli uomini, l'età, le condizioni economiche, la cittadinanza e l'assenza di patologie;
 - per le donne l'età, le condizioni economiche e l'assenza di patologie.

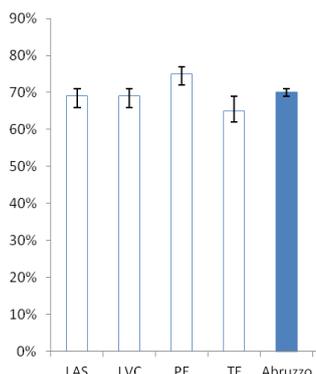
Stato di salute percepito positivamente¹
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



- L'unica ASL che mostra una differenza statisticamente significativa rispetto al dato regionale per quanto riguarda la percezione positiva del proprio stato di salute è la ASL di Pescara.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 67% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 67,4% (IC95%: 67,1%-67,7)

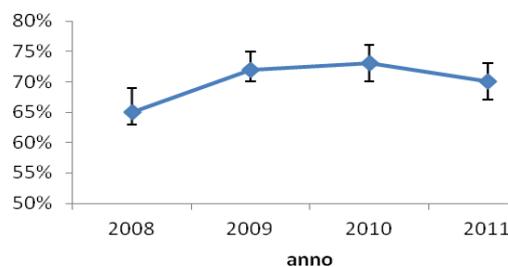


Confronto su pool omogeneo regionale

- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento non significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 65% del 2008 al 70% del 2011.

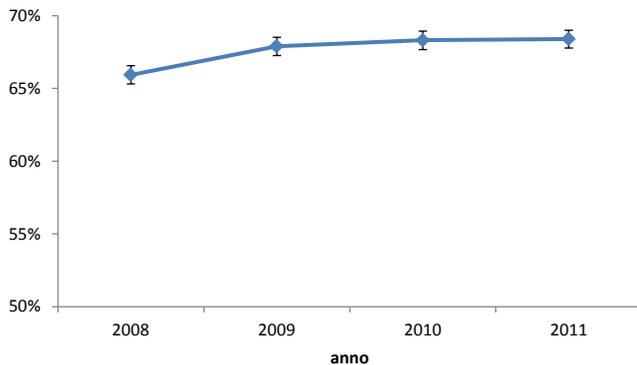
Stato di salute percepito positivamente

Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

Stato di salute percepito positivamente
Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11

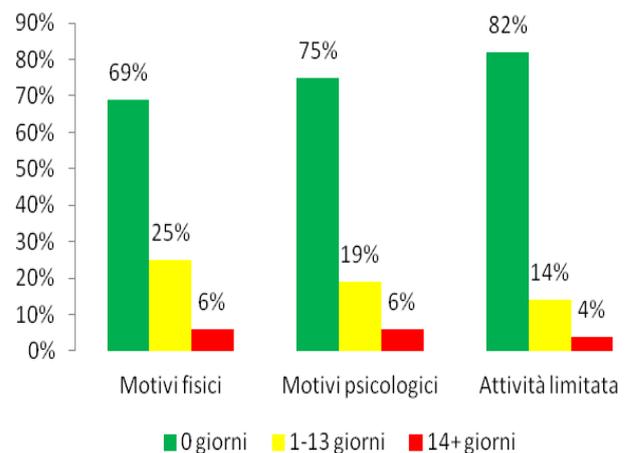


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo, tra il 2008 e il 2009, della percentuale di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute a cui fa seguito una stabilizzazione dell'indicatore.

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

- In Abruzzo la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (69% in buona salute fisica, 75% in buona salute psicologica e 82% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (6%), per motivi psicologici (6%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

Caratteristiche	N° gg/mese (IC95%) per					
	Motivi fisici	Motivi psicologici		Attività limitata		
Totale	2,5	2,3-2,7	2,4	2,2-2,6	1,5	1,4-1,7
Classi di età						
18 - 34	1,5	1,2-1,7	1,7	1,4-2,0	0,9	0,7-1,0
35 - 49	2,2	1,9-2,5	2,4	2,0-2,7	1,5	1,2-1,8
50 - 69	3,6	3,2-4,0	3,0	2,6-3,3	2,2	1,9-2,5
Sesso						
uomini	1,8	1,5-2,0	1,5	1,2-1,7	1,3	1,1-1,5
donne	3,2	2,9-3,5	3,3	2,9-3,6	1,8	1,6-2,0
Istruzione						
nessuna/elementare	5,5	4,5-6,5	4,2	3,3-5,0	3,5	2,6-4,3
media inferiore	2,5	2,1-2,8	2,5	2,1-2,9	1,6	1,3-1,9
media superiore	2,0	1,8-2,2	1,8	1,6-2,0	1,2	1,0-1,4
laurea	1,9	1,5-2,3	2,5	1,9-3,0	1,2	0,9-1,6
Difficoltà economiche						
molte	4,5	3,7-5,2	4,6	3,8-5,3	3,1	2,5-3,7
qualche	2,1	1,9-2,4	2,1	1,8-2,4	1,4	1,2-1,6
nessuna	2,2	1,9-2,5	1,9	1,6-2,2	1,2	1,0-1,5
Patologie croniche						
almeno una	5,9	5,3-6,6	5,2	4,4-5,8	4,0	3,4-4,6
nessuna	1,7	1,6-1,9	1,8	1,6-2,0	1,0	0,9-1,2

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è 2,5 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1,5 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nella fascia di età 50-69, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche ed in quelle con presenza di patologie severe.

Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> ¹	27,2 (25,8-28,7)
<i>parzialmente attivo</i> ²	31,4 (29,9-32,9)
<i>sedentario</i> ³	41,4 (39,8-42,9)

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

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

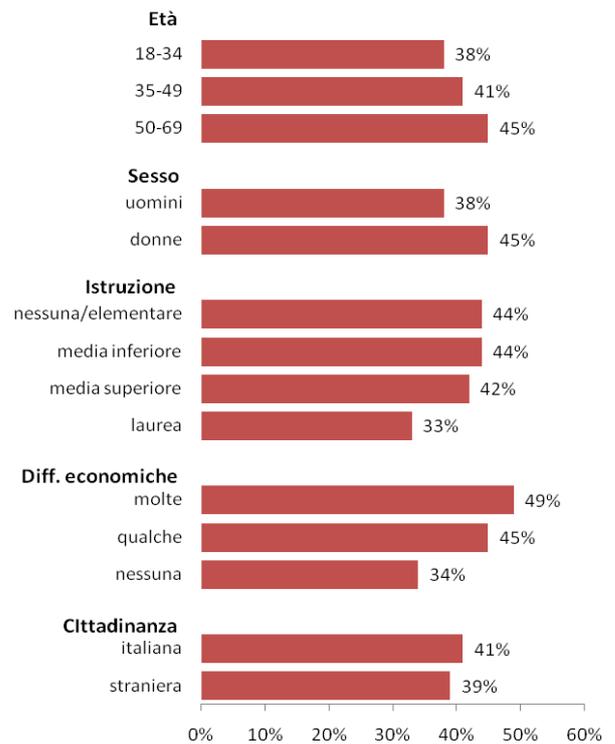
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2008-11, nella Regione Abruzzo il 27% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 31% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 41% è completamente sedentario.

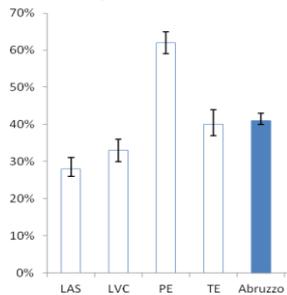
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche;
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa alla sedentarietà sono:
 - per gli uomini, le condizioni economiche;
 - per le donne, nessuna.

Sedentari
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11

Totale: 41,4% (IC 95%: 39,8%-42,9%)



Sedentari
Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



- Nelle ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla prevalenza dei sedentari (range dal 28% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona al 62% di Pescara).

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 30%
- Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

Sedentari
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)

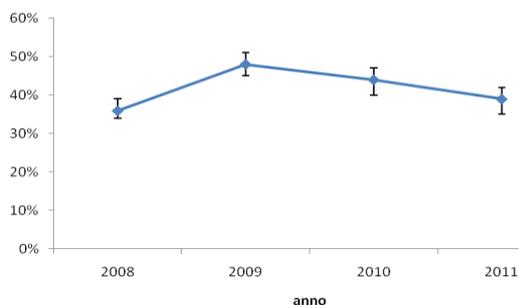


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

Sedentari

Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



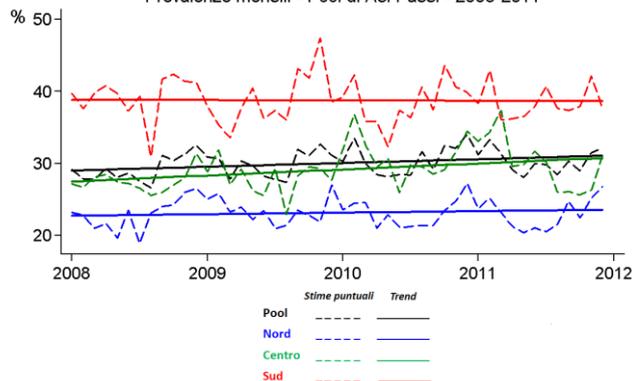
- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento non significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 36% del 2008 al 39% del 2011.

21

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di ASL omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di sedentari in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

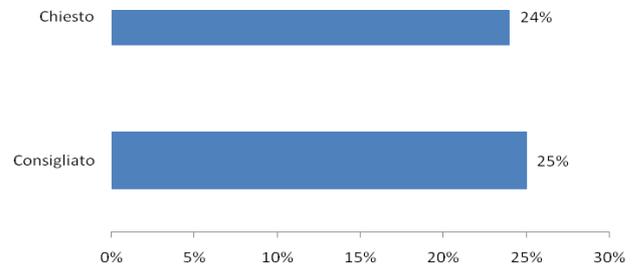
Trend soggetti sedentari
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011



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

- In Abruzzo solo il 24% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 25% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

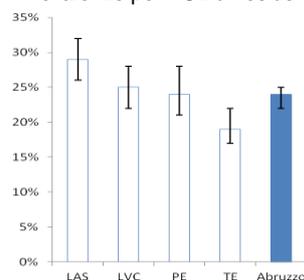
Attenzione degli operatori sanitari
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica
Regione Abruzzo PASSI 2008-11



- Nelle ASL regionali la percentuale di persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica da parte del medico varia dal 19% di Teramo al 29% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona (valore, quest'ultimo più alto di quello regionale in maniera statisticamente significativa).

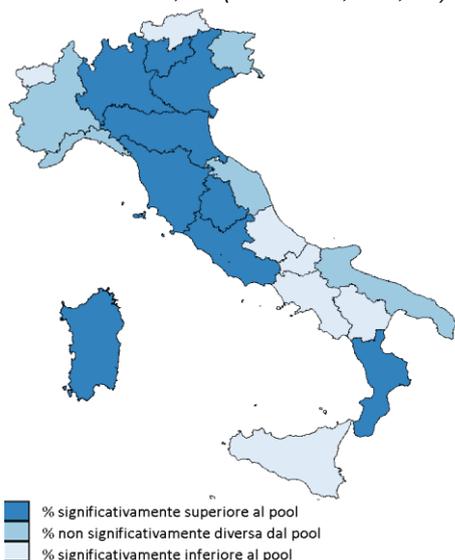
Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-2011
Pool di Asl: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)



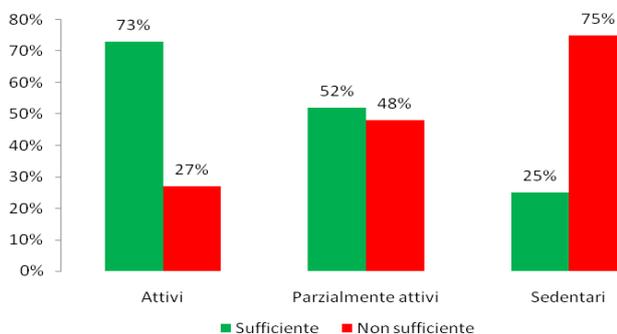
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (39%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 27% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 52% delle persone parzialmente attive ed il 25% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali si differenziano in parte con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari) essendo maggiore in Abruzzo la quota di sedentari che percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
-

Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
Regione Abruzzo PASSI 2008-11

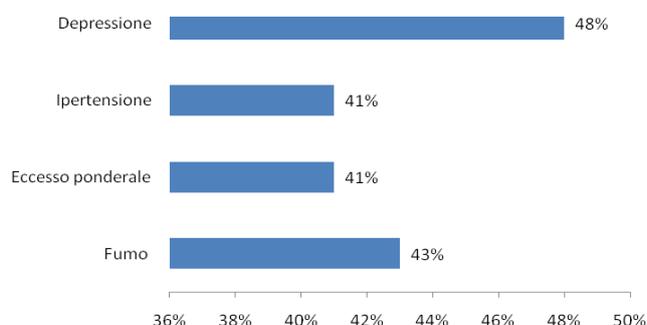


23

Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 48% delle persone depresse
 - il 41% degli ipertesi
 - il 41% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 43% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
Regione Abruzzo 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

In Abruzzo si stima che solo una persona adulta su 4 (27%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 41% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su quattro ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo di sigaretta – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	52,2 (50,6-53,7)
Fumatori ²	31,7 (30,3-33,2)
<i>in astensione</i> ³	1,2 (0,8-1,5)
<i>occasionali</i> ⁴	0,4 (0,2-0,6)
<i>quotidiani</i> ⁵	30,1 (28,6-31,6)
Ex –fumatori ⁶	16,1 (14,9-17,2)

¹ Non fumatore = soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

² Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

³ Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

⁴ Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

⁵ Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

⁶ Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

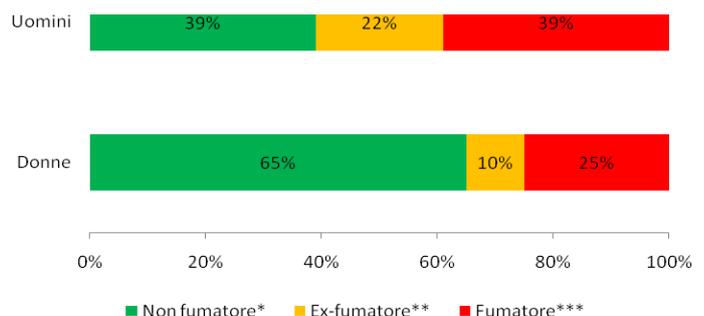
Nel periodo 2008-11 nella regione Abruzzo, tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà degli intervistati è non fumatore, il 16% è classificabile come ex fumatore e il 32% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 30% e gli occasionali meno dell'1%.

25

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella regione Abruzzo, la percentuale di fumatori nel 2008-11 è del 32%.
- L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono meno dell'1%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (39% versus 25%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (65% versus 39%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
Regione Abruzzo - PASSI 2008-11



*Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

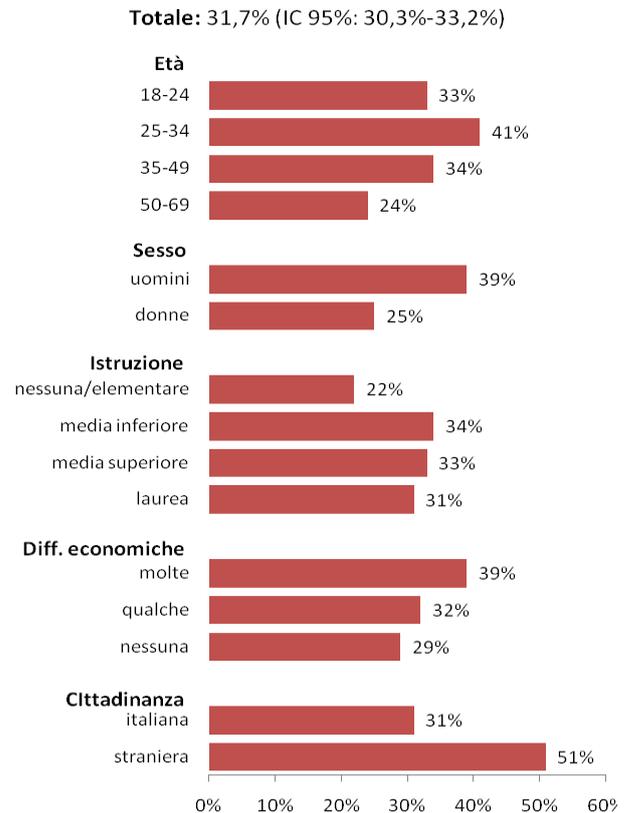
**Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

***Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

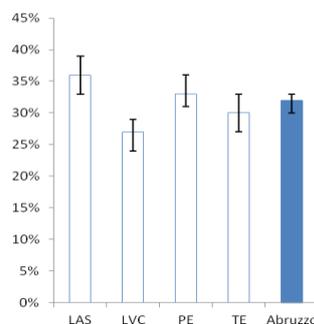
- L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma più di uno su tre), rispetto alle donne (una su quattro). La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, e medio-alto rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Infine la prevalenza è maggiore nei cittadini stranieri.
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata (modello logistico), tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate al fumo in maniera statisticamente significativa sono :
- Negli uomini :l'età e le condizioni economiche;
- Nelle donne:il livello di istruzione,le condizioni economiche e la cittadinanza.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno. Tra questi, il 10% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).
- Tra le ASL regionali l'unica che si differenzia in maniera significativa per quanto riguarda la prevalenza di fumatori rispetto al dato regionale è l'ASL di Lanciano-Vasto-Chieti (range dal 27% di Lanciano-Vasto-Chieti al 36% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona).

Fumatori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11

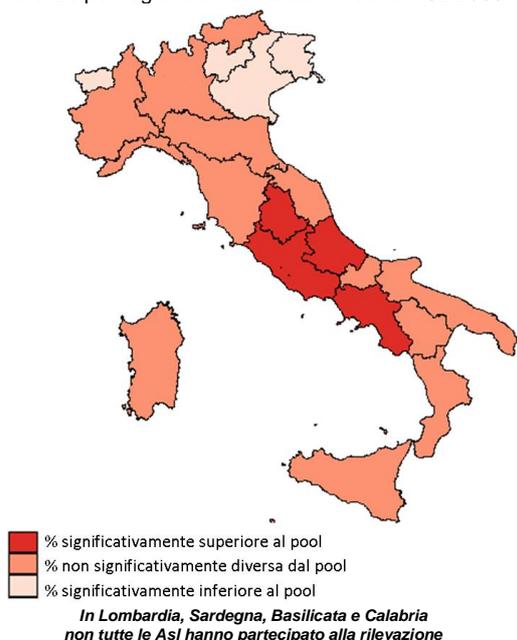


26

Fumatori
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Fumatori
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

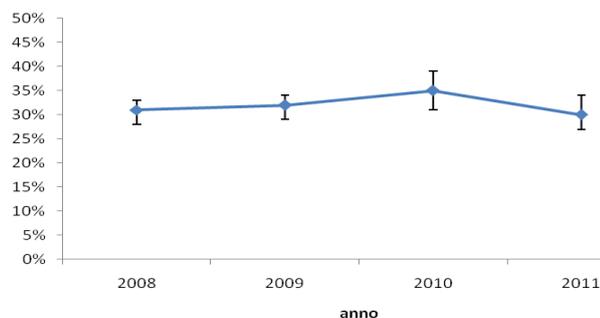


Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.

- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria.

Confronto su pool omogeneo regionale

Fumatori
Prevalenze per anno – Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

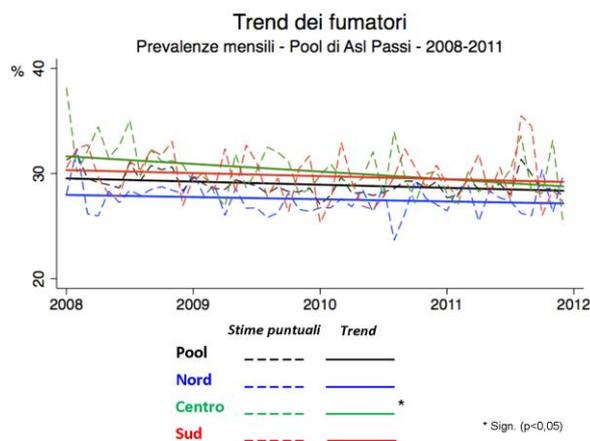


- Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore dopo aver toccato il valore più alto nel 2010 (35%) sia pressoché ritornato ai valori di partenza (dal 31% del 2008 al 30% del 2011)

27

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di ASL omogeneo, si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le ASL del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 31,6% al 28,8%.



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

Attenzione degli operatori sanitari – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

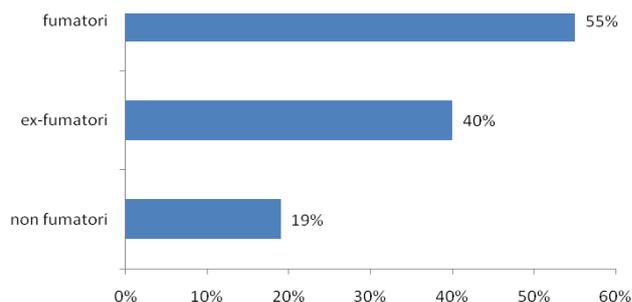
	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sull'abitudine al fumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	33,4 (31,8-35,1)

¹Intervistati che riferiscono di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Circa il 33% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
 - il 55% dei fumatori
 - il 40% degli ex fumatori
 - il 19% dei non fumatori.

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Regione Abruzzo - PASSI 2008-11 *

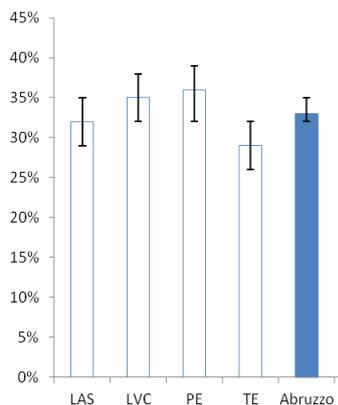


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra le ASL regionali, non sono emerse differenze significative relativamente alla percentuale di intervistati cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo da parte degli operatori sanitari (range dal 29% di Teramo al 36% di Pescara).

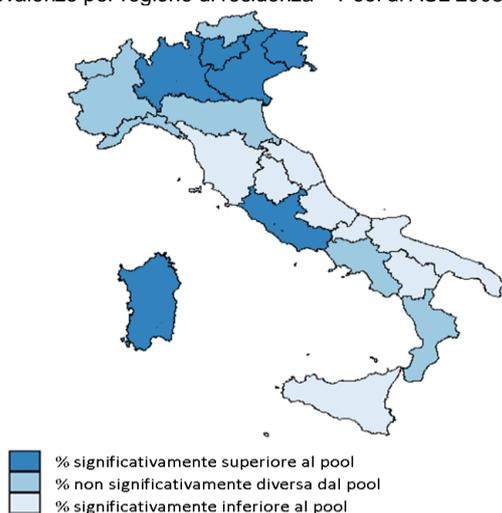
Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



**Persone a cui è stata posta la domanda
sull'abitudine al fumo**

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna.

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

Attenzione degli operatori sanitari – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali ¹ (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	54,5 (51,2-57,7)

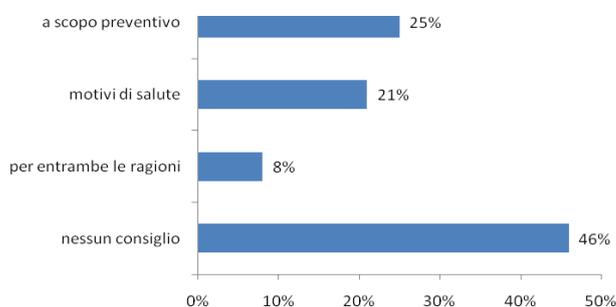
29

¹Fumatori che riferiscono di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Tra i fumatori, il 55% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (25 %).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

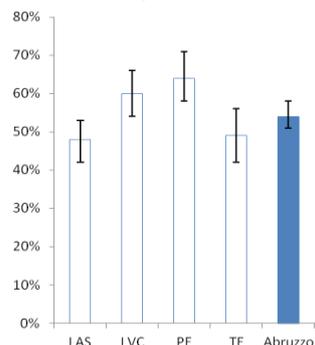
Regione Abruzzo - Passi 2008-11*



* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

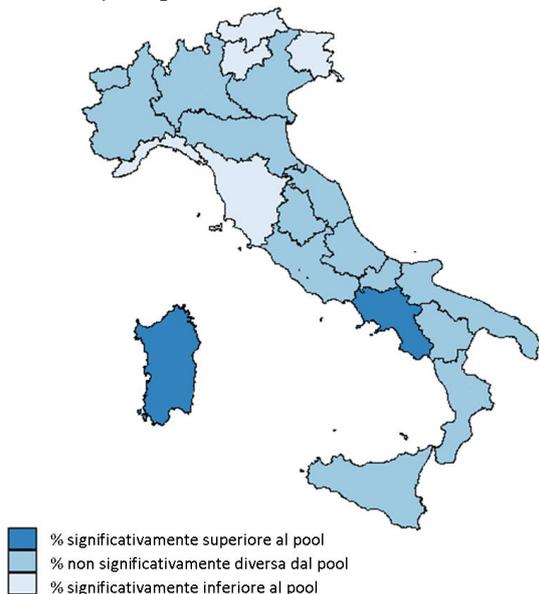
- Nelle ASL regionali l'unica differenza statisticamente significativa (comunque al limite) per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare riguarda l'ASL di Pescara (range dal 48% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona al 64% di Pescara).

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 57%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 41% della P.A. di Bolzano al 67% della Sardegna.

Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

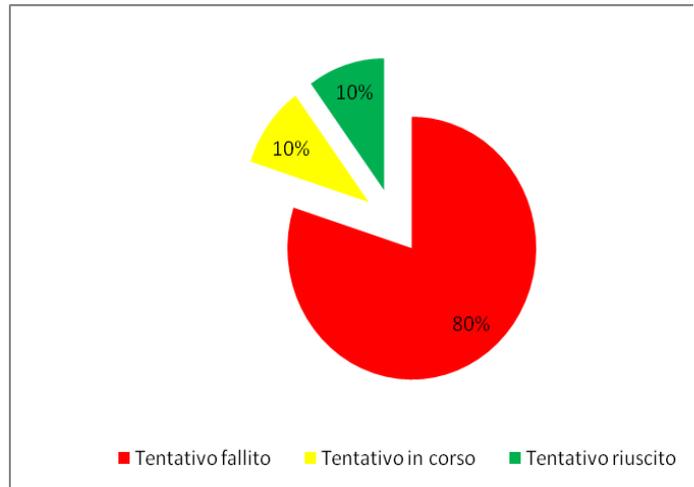
Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 34% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

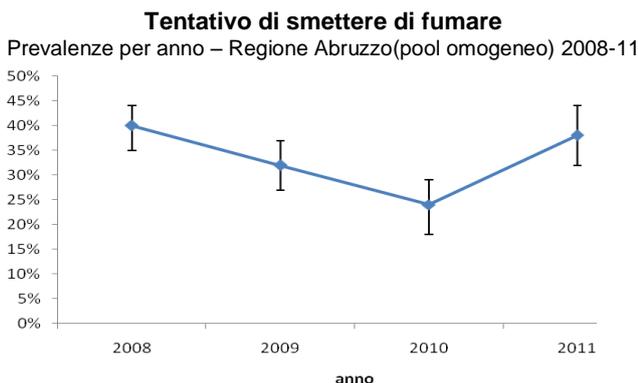
- l'80% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
Regione Abruzzo - Passi 2008-11

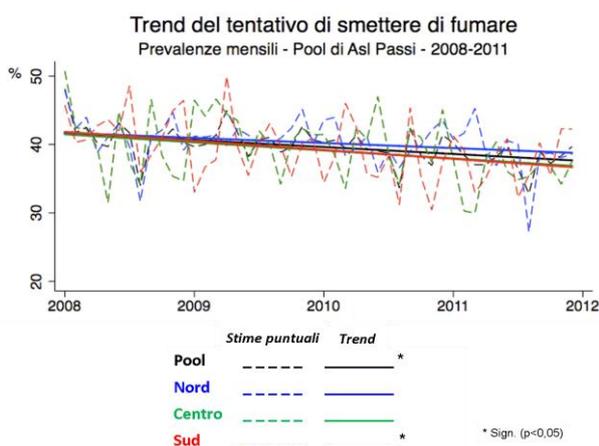


Confronto su pool omogeneo regionale



- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore ha subito una flessione negli anni 2009 e 2010 per ritornare pressoché ai valori iniziali nel 2011.

Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare in regione Abruzzo nell'ultimo anno precedente l'intervista, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 95% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Fumo passivo

Fumo passivo – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

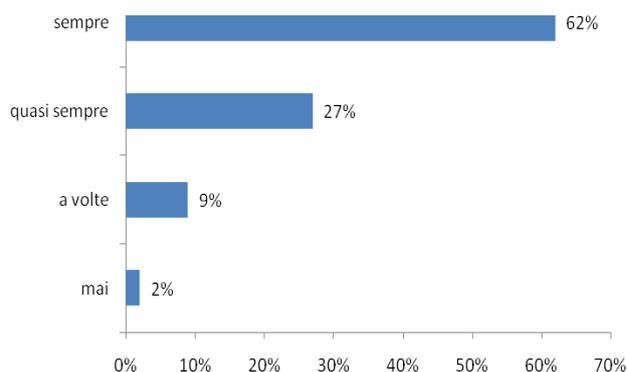
	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	88,7 (87,6-89,8)
<i>sul luogo di lavoro</i>	90,1 (88,8-91,4)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	68,4 (67,0-69,8)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	73,3 (70,6-76,0)

32

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2008-11 l'89% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (62%) o quasi sempre (27%).
- IL 2% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato e il 9% che lo è raramente .

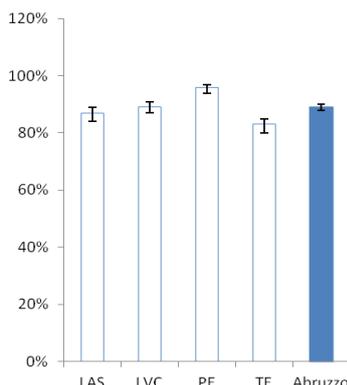
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Regione Abruzzo – Passi 2008-11*



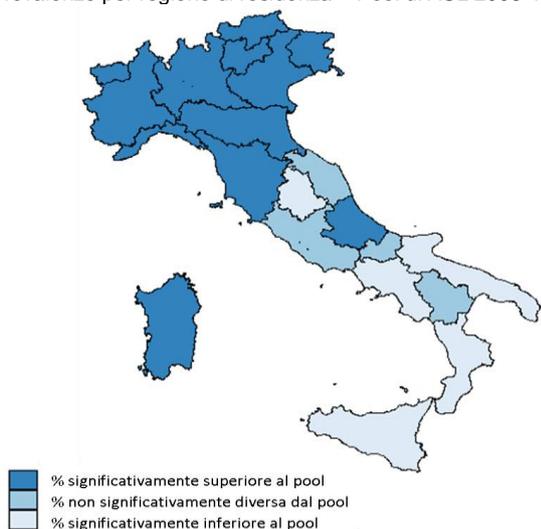
* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

- Nelle ASL regionali, hanno mostrato, rispetto al dato regionale, una differenza statisticamente significativa relativamente alla percentuale di persone che ritengono che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia rispettato sempre/quasi sempre le ASL di Pescara e di Teramo (range dall'83% di Teramo al 96% di Pescara).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

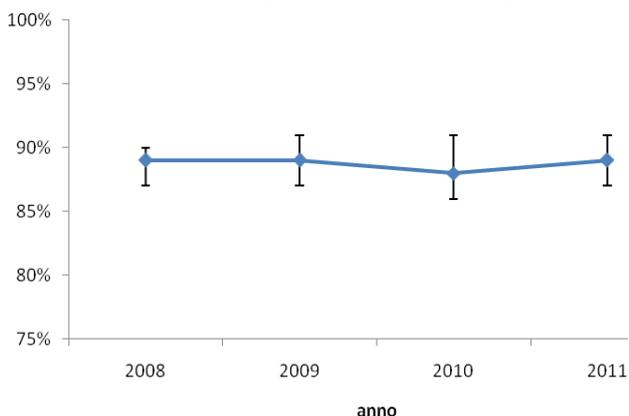


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 67% delle Asl della Calabria al 95% del Friuli-Venezia Giulia.

33

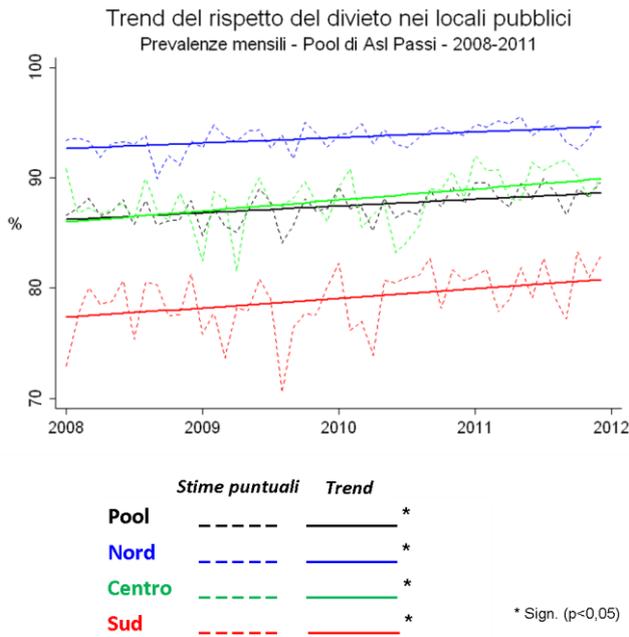
Confronto su pool omogeneo regionale

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze per anno – Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia praticamente costante.

Analisi di trend sul pool di ASL

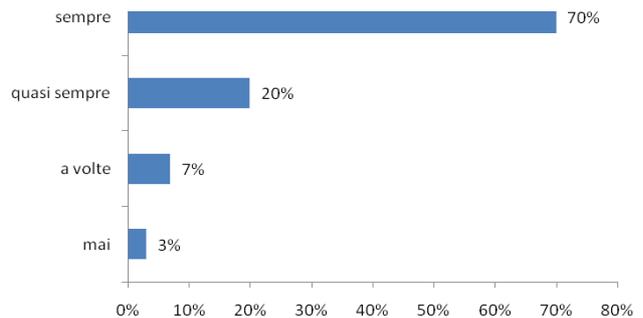


- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a un 95%, per il Centro 86% a 90%, per il Sud 77% a un 81%.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, il 90% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (70%) o quasi sempre (20%).
- Il 10% ha dichiara che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è a volte (7%).
- Nelle ASL regionali, Pescara mostra una differenza statisticamente significativa relativamente alla percentuale di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo sul luogo di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre (range dall'87% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona al 96% di Pescara).

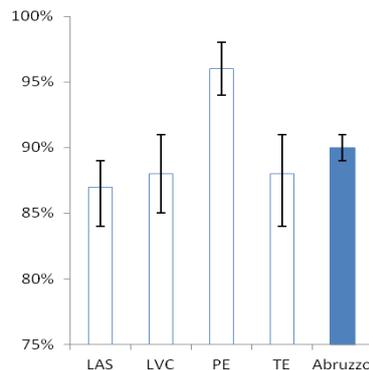
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro Regione Abruzzo – Passi 2008-11*



* lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

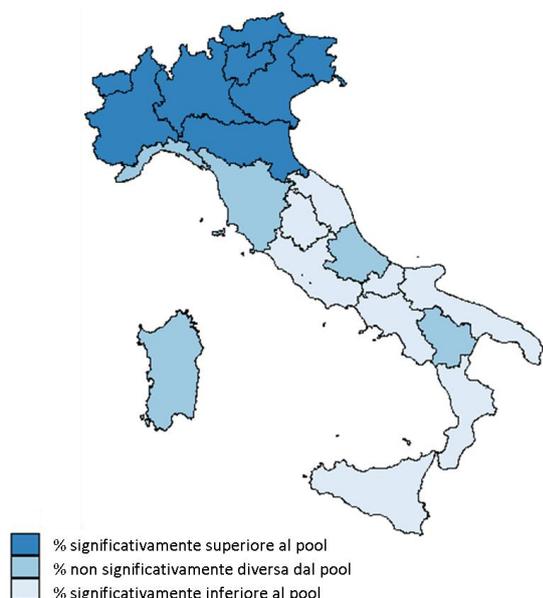
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

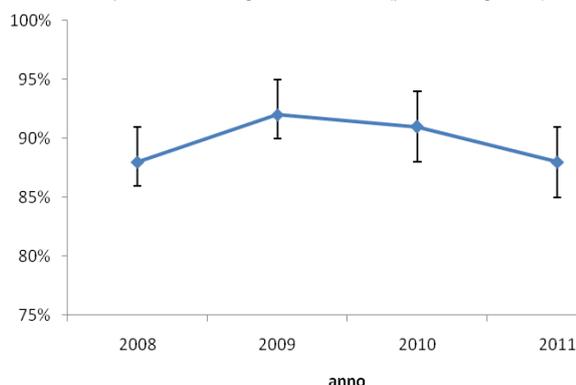


- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 79% delle ASL del Molise e della Calabria al 95% della P.A. di Bolzano.

Confronto su pool omogeneo regionale

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per anno – Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

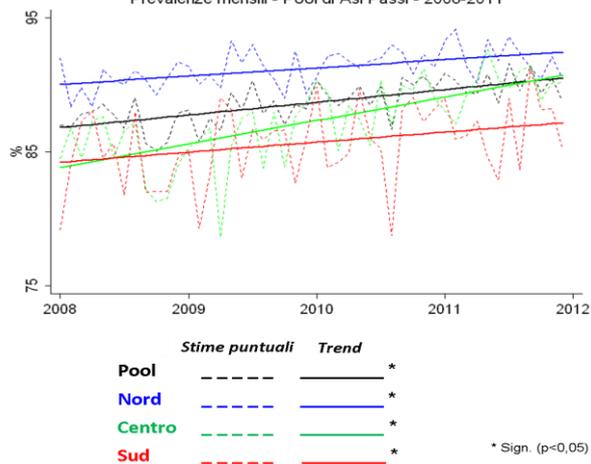


- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore dopo un leggero aumento sia tornato ai valori iniziali.

35

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Prevalenze mensili - Pool di Asi Passi - 2008-2011



Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 87% a 90%, per il Nord da 90% a un 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a un 87%.

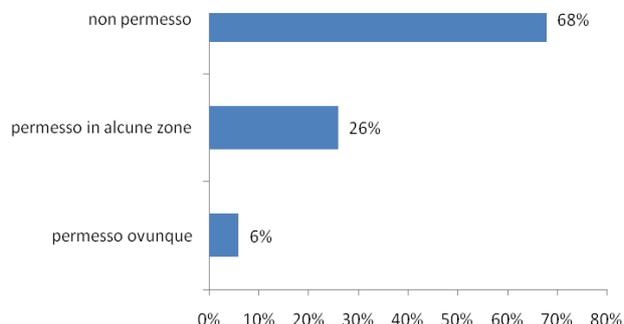
L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella Regione Abruzzo, nel periodo 2008-11:

- il 68% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 26% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 6% che si fuma ovunque.

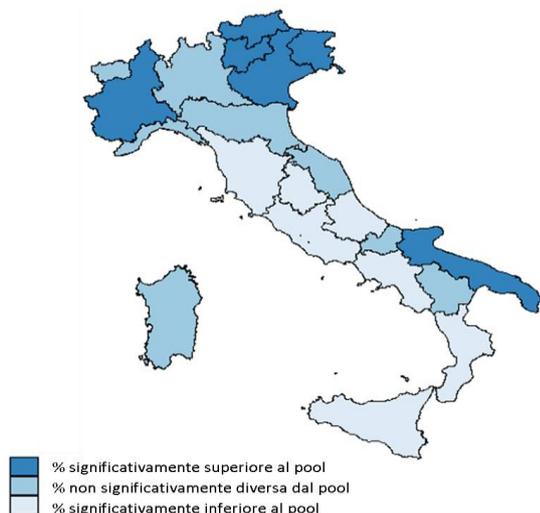
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 73% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Percezione del rispetto del divieto di fumo In ambito domestico Regione Abruzzo - Passi 2008-11



Divieto di fumo in casa

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



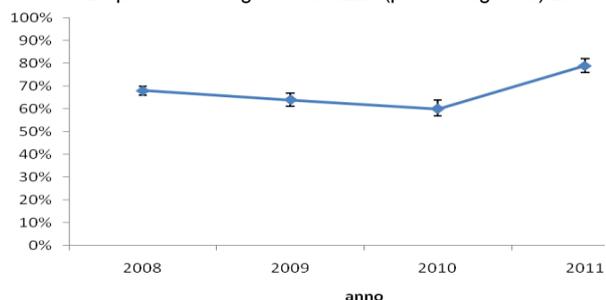
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% delle ASL di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'88% per quelle del Veneto.

36

Confronto su pool omogeneo regionale

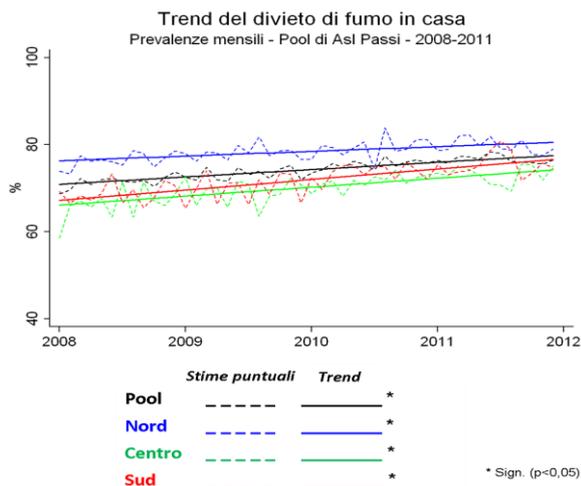
Divieto di fumo in casa

Prevalenze per anno Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore nel 2011 abbia fatto registrare, rispetto al 2008, un aumento statisticamente significativo.

Analisi di trend sul pool di ASL



- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il pool di Asl e per tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 72% a 77%, per il Nord da 76% a un 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.

Conclusioni e raccomandazioni

In Abruzzo, nel periodo 2008-11, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

Un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari che presenta degli ampi margini di miglioramento.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL regionali.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

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

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*five-a-day*).

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	33,2 (31,8-34,7)
<i>obesi</i> ²	10,4 (9,4-11,4)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>sovrappeso</i>	39,7 (36,9-42,6)
<i>obesi</i>	73,8 (69,2-78,3)
Adesione al <i>five-a-day</i>	8,5 (7,6-9,4)

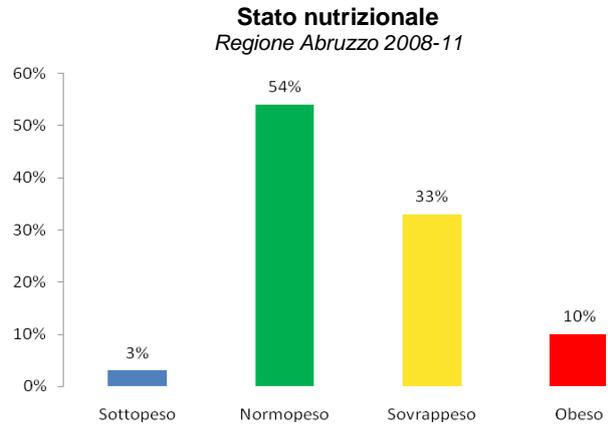
¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Abruzzo il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 33% sovrappeso e l'10% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



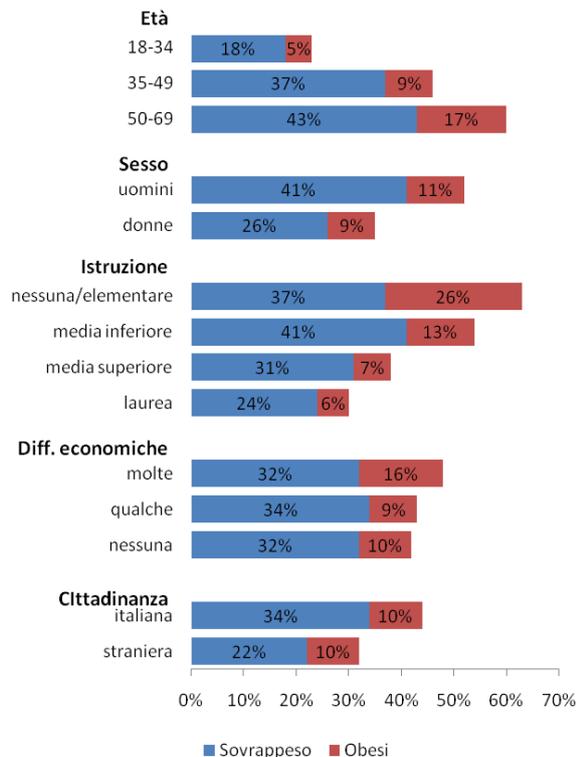
Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (52% vs 35% nelle donne)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nei cittadini italiani
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa ad un minor rischio di presentare eccesso ponderale sono:
 - sia per gli uomini che per le donne , l'età ed il livello di istruzione.

Eccesso ponderale

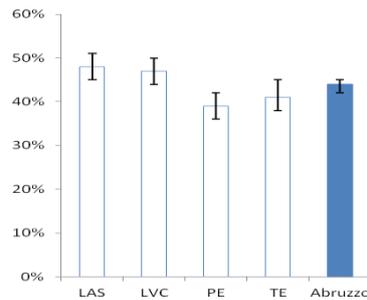
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11

Totale: 43,7% (IC 95%: 42,2%-45,2%)

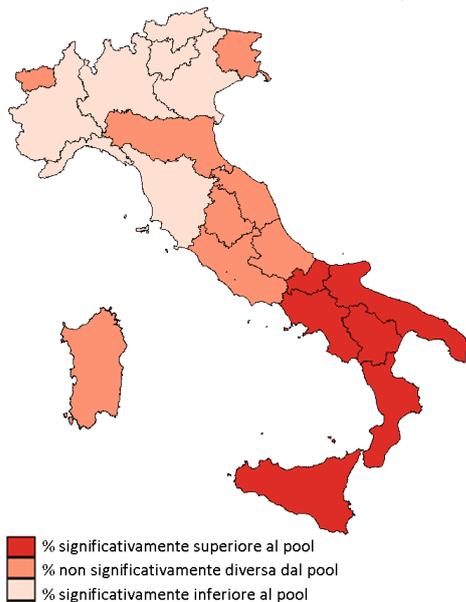


- Nelle ASL della Regione l'unica il cui valore è significativamente differente relativamente alla prevalenza dell'eccesso ponderale rispetto al dato complessivo regionale (comunque al limite) è l'ASL di Pescara (range dal 39% di Pescara al 48% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona).

Eccesso ponderale
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Eccesso ponderale
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 42,0% (IC95%: 41,6-42,3%)



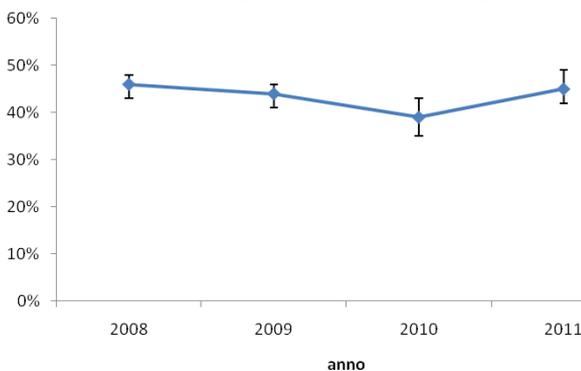
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

40

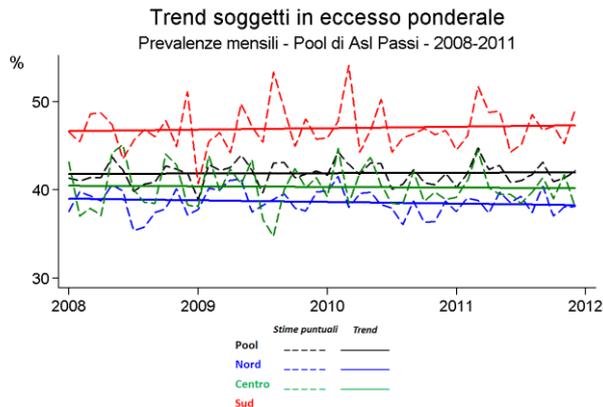
Confronto su pool omogeneo regionale

Eccesso ponderale
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) non si osserva nessun cambiamento significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 46% del 2008 al 45% del 2011.

Analisi di trend sul pool di ASL



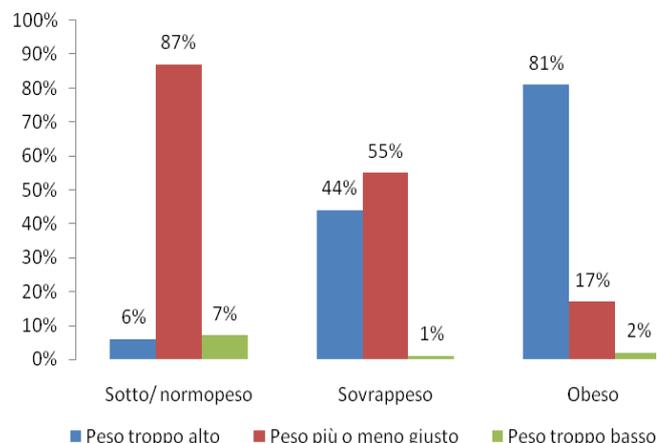
- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di ASL omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Abruzzo si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (81%) e nei normopeso (87%); tra le persone in sovrappeso, invece, ben il 55% ritiene il proprio peso giusto.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'84% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 90% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 39% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 65% degli uomini.

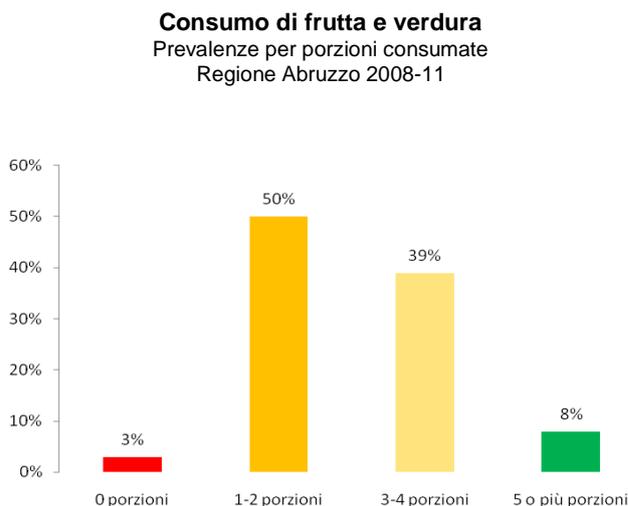
41

Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale – Regione Abruzzo 2008-11



Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

- In Abruzzo il 50% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 39% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'8% le 5 porzioni raccomandate.

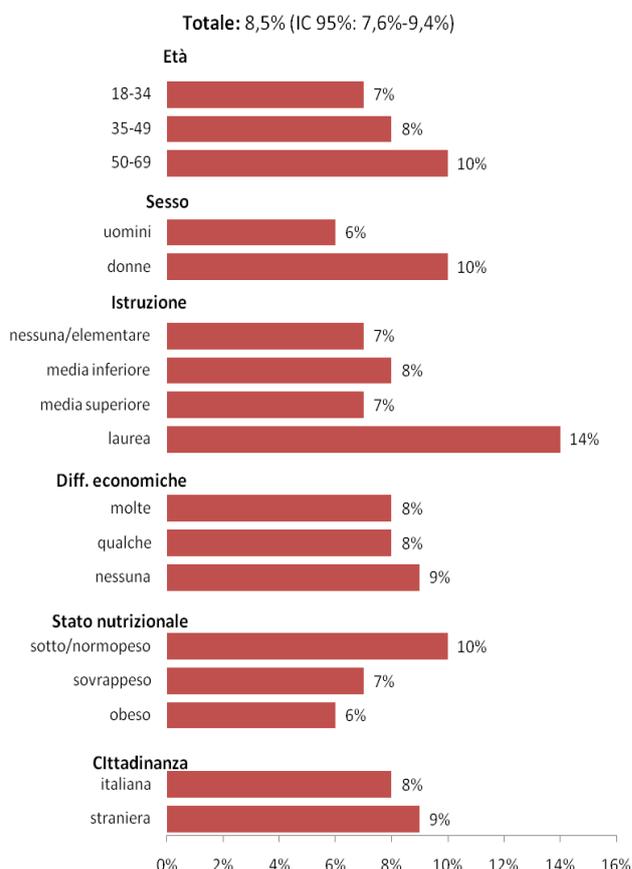


- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni (10%)
 - nelle donne (10%)
 - nelle persone con alto livello d'istruzione (14%)
 - nelle persone normo/sottopeso (10%).
 Non emergono differenze legate alla condizione economica.

- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa all'adesione al *five-a-day* sono:

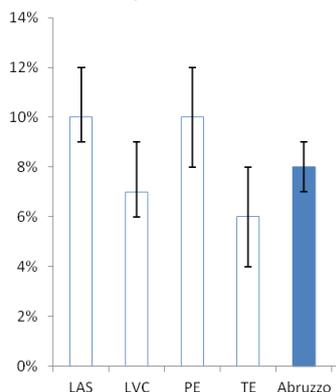
- per gli uomini, l'età, l'istruzione e lo stato nutrizionale;
- per le donne l'istruzione e lo stato nutrizionale

Adesione al five-a-day
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11



- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dall’6% di Teramo (il valore dell’asl di Teramo è al limite della significatività statistica) al 10% di L’Aquila-Avezzano-Sulmona.

Adesione al five-a-day
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Adesione al five-a-day
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)



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

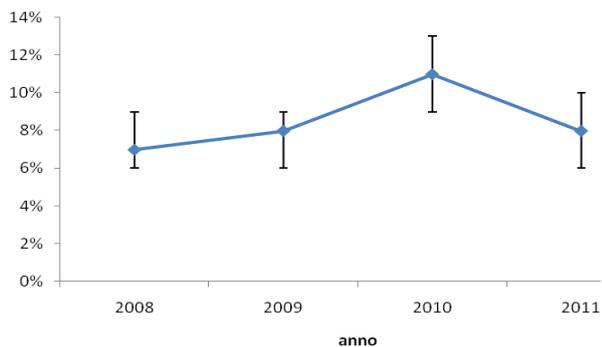
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al five-a-day è del 10%.
- La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell’adesione al five a day nel periodo 2008-2011. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

43

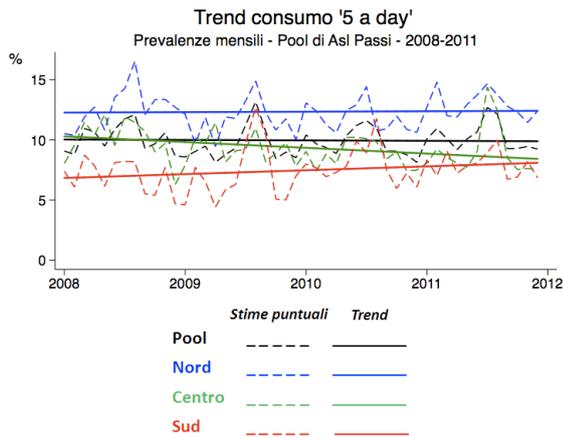
Confronto su pool omogeneo regionale

Adesione al five-a-day
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



- Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento dell’indicatore senza sostanziali differenze nell’intero periodo osservato, passando dal 7% del 2008 all’8% del 2011.

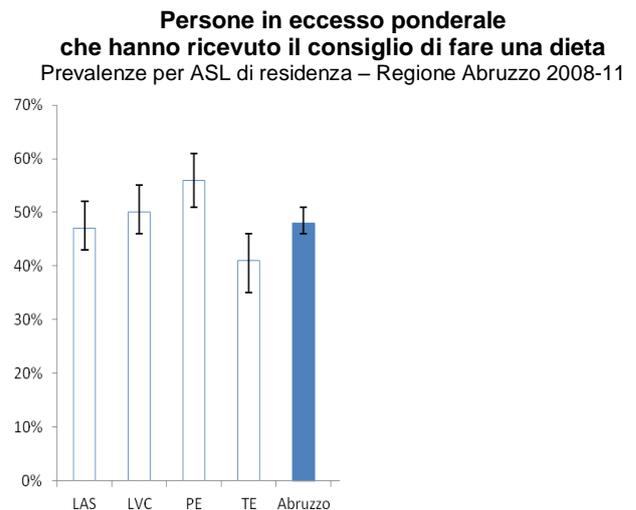
Analisi di trend sul pool di ASL



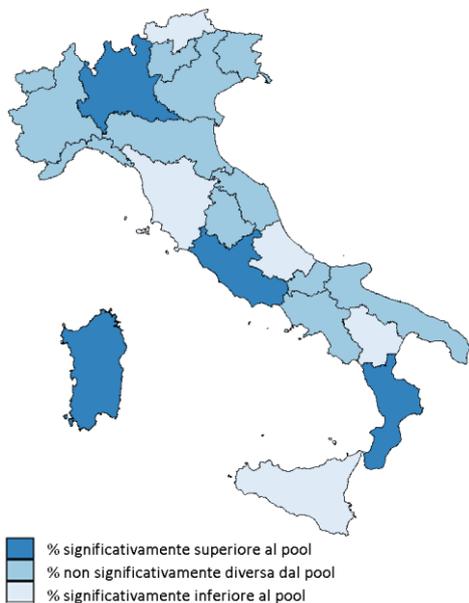
- L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Abruzzo il 48% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 40% delle persone in sovrappeso ed il 74% delle persone obese.
- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 41% di Teramo al 56% di Pescara (nessuna ASL presenta valori significativamente differenti rispetto alla media regionale).



Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11
Totale: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



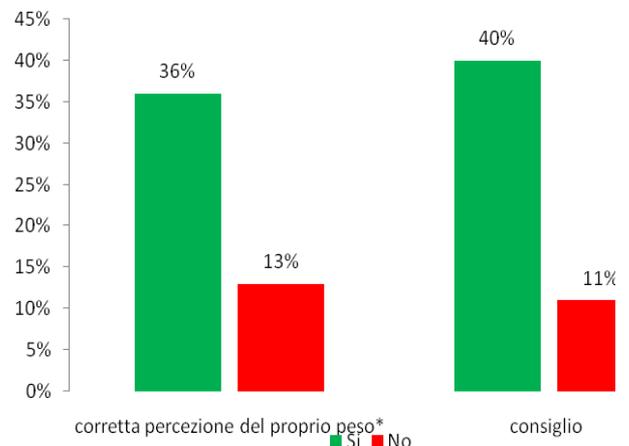
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.
- La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (63%).

45

- Il Abruzzo il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (23% nei sovrappeso e 31% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (37% vs 16% negli uomini)
 - negli obesi (31% vs 23% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (36%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (13%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (40% vs 11%).

Attuazione di una dieta
% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario
Regione Abruzzo 2008-11



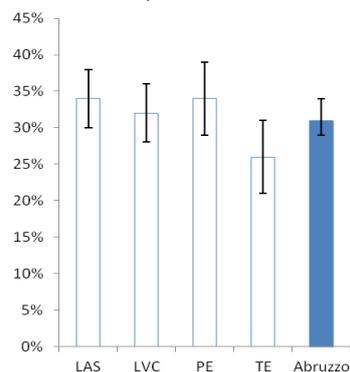
* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Abruzzo il 40% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (39% nei sovrappeso e 42% negli obesi). Il 31% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 27% delle persone in sovrappeso e il 43% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 71% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 56% di chi non l'ha ricevuto.

- Nelle ASL regionali, la percentuale di intervistati in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica varia dal 26% di Teramo al 34% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona; nessun valore delle singole ASL si differenzia in maniera statisticamente significativa dal dato regionale.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



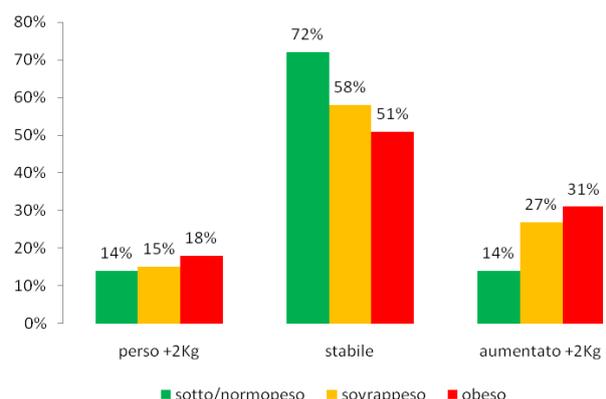
46

Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Abruzzo il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia 35-49 anni (21% vs 19% sia della classe 18-34 che 50-69)
 - nelle persone già in eccesso ponderale (31% obesi e 27% sovrappeso vs 14% normopeso).
- Sono emerse differenze statisticamente significative tra donne (23%) e uomini (17%).

Cambiamenti di peso
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale Regione Abruzzo 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in Abruzzo poco meno di una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto" ed una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 25% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (60%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: ma solo poco meno di 1 persona su 2 ne assume oltre 3 porzioni e solo una piccola quota (meno di una persona su 10) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

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

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori Passi

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; consumo binge: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti.

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	51,3 (49,8-52,8)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,4 (5,6-7,1)
Consumo abituale elevato ¹	5,3 (4,6-6,0)
Consumo binge (2010-2011) ²	10,9 (9,3-12,6)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	18,6 (16,6-20,5)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);

più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

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

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella regione Abruzzo è risultata pari al 51%, mentre il consumo fuori pasto era del 6% e il consumo abituale elevato del 5%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (11%) e del consumo a maggior rischio (19%), relative al periodo 2010-11.

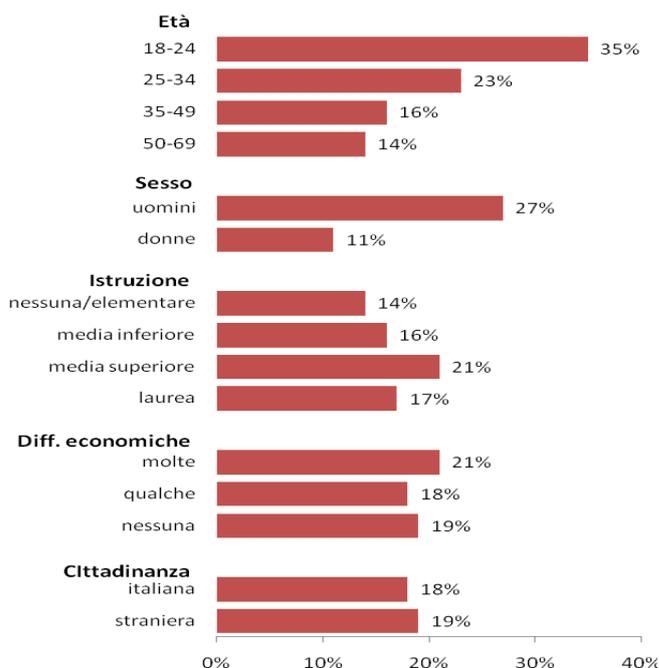
Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2010-11 nella regione Abruzzo, il 19% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-superiore ; minima è la differenza per quanto riguarda le difficoltà economiche e la cittadinanza.
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio sono:
 - per gli uomini, l'età ;
 - per le donne l'età ed il livello di istruzione.

Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2010-11

Totale: 18,6% (IC 95%: 16,6%-20,5%)

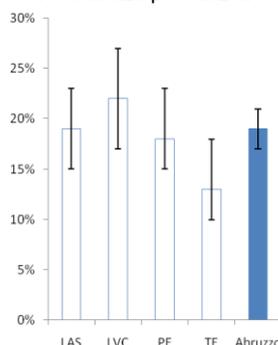


50

- Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 13% di Teramo al 22% di Lanciano-Vasto-Chieti).

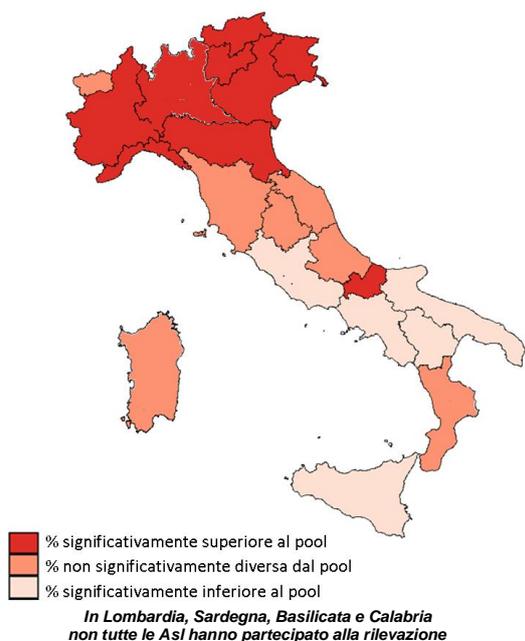
Consumo a maggior rischio

Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



Consumo a maggior rischio

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)



- Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano.

Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo a maggior rischio - Regione Abruzzo (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	22,7 (19,6-25,8)	15,5 (13,0-18,0)

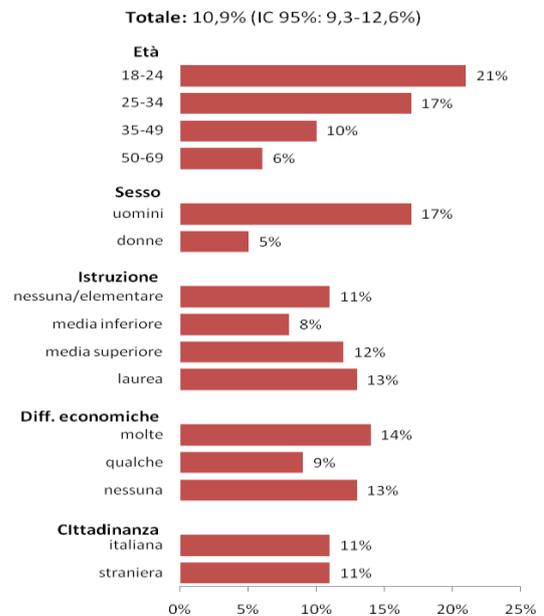
51

Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore nei due anni abbia subito una flessione statisticamente significativa

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2010-11 nella regione Abruzzo, l'11% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione alto; non c'è differenza per la cittadinanza mentre per quanto riguarda le difficoltà economiche la prevalenza è maggiore in chi ha molte o nessuna difficoltà rispetto a chi ha solo qualche difficoltà.
- L'analisi multivariata considerando separatamente i due sessi, evidenzia, negli uomini, l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa del consumo binge con l'età, con il livello di istruzione e con le condizioni difficoltà economiche; per le donne solo con l'età.

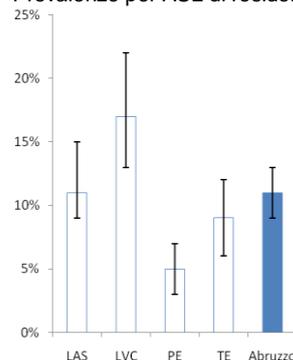
Consumo binge Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2010-11



52

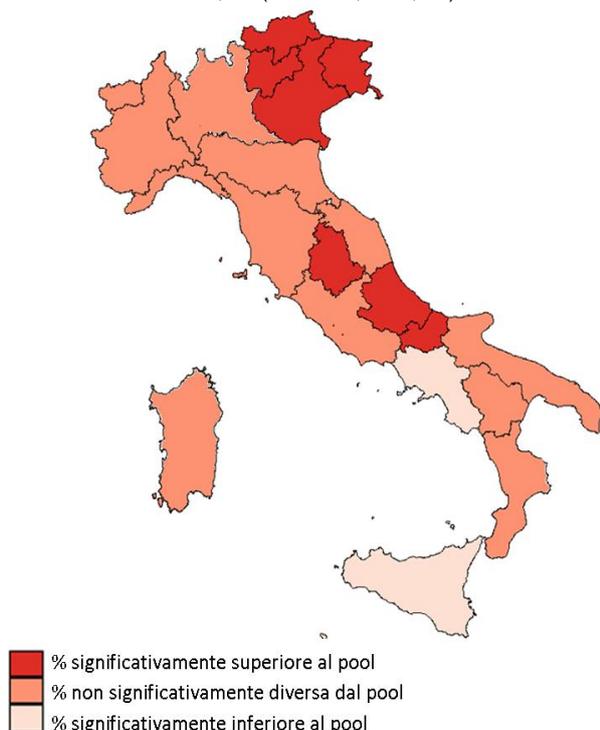
- Nelle ASL regionali il range relativo al consumo binge varia dal 5% di Pescara al 17% di Lanciano-Vasto-Chieti(ambedue questi valori sono significativamente differenti dal dato regionale)

Consumo binge Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2010-11



Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 8,6% (IC95%: 8,4%-8,9%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 18% della P.A. di Bolzano.

Confronto su pool omogeneo regionale

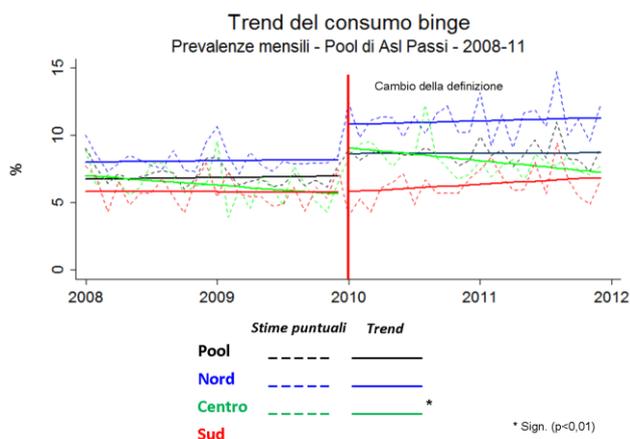
Consumo binge - Regione Abruzzo (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo binge (% con IC95%)	10,8 (8,3-13,2)	11,1 (8,8-13,3)

Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia stabile nei due anni.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL omogeneo, si osserva come in coincidenza del cambio di definizione ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente. Per i dati di pool di ASL, nel Nord e nel Sud, non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembrano esserci un aumento, sebbene non sia significativo) mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.



* Sign. (p<0,01)

Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

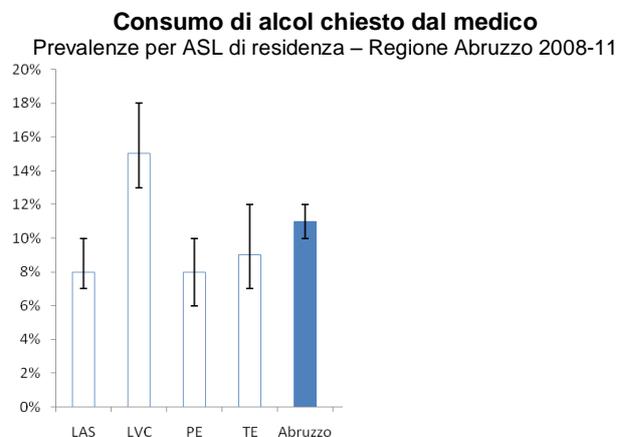
Attenzione al consumo alcolico – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sanitario sul consumo alcolico ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	11,0 (9,9-12,1)
Consiglio del medico di ridurre il consumo alcolico – nel caso di consumo a maggior rischio (2010-2011) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	2,7 (0,8-4,5)

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

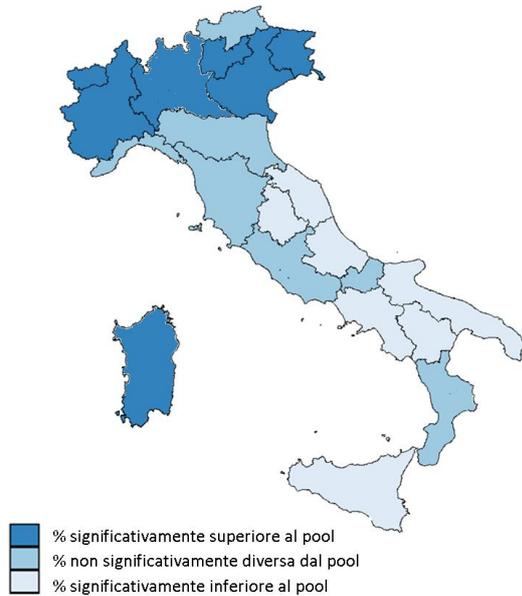
Nel periodo 2008-11, nella regione Abruzzo, solo l'11% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

- Nel confronto tra le ASL regionali la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol varia dal 5% di Pescara al 17 % di Lanciano-Vasto-Chieti (ambedue questi valori sono significativamente differenti rispetto dal dato regionale).



Consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)



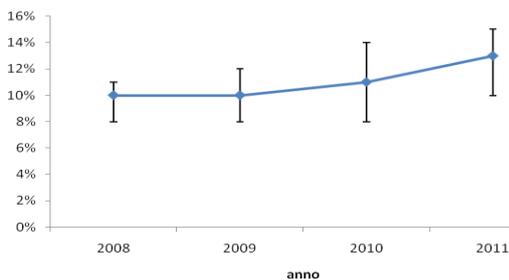
*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione*

- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle Asl della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo di alcol chiesto dal medico

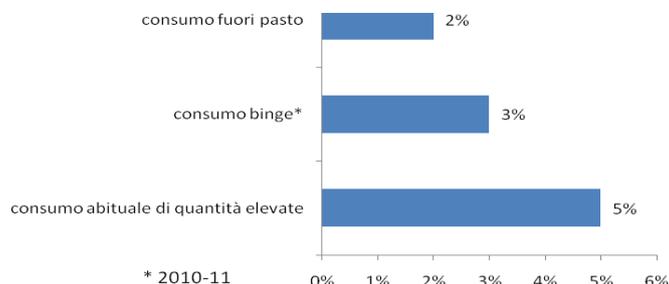
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento costante ma non significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 10% del 2008 al 13% del 2011.

Nel periodo 2010-11, nella regione Abruzzo, solo il 3% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio
che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Prevalenze per categoria di consumo – Regione Abruzzo 2008-11



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 2% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge è del 3% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato del 5% (dato 2008-11).

Conclusioni e raccomandazioni

56

La maggioranza della popolazione della regione Abruzzo beve alcol (51%). Tuttavia, si stima che circa 1 adulto su 5 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono uno su quattro e, tra i più giovani, uno su tre.

Secondo le indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, ed in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Alcol e guida

Nei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	11,6 (10,2-13,0)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	5,6 (4,8-6,3)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

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

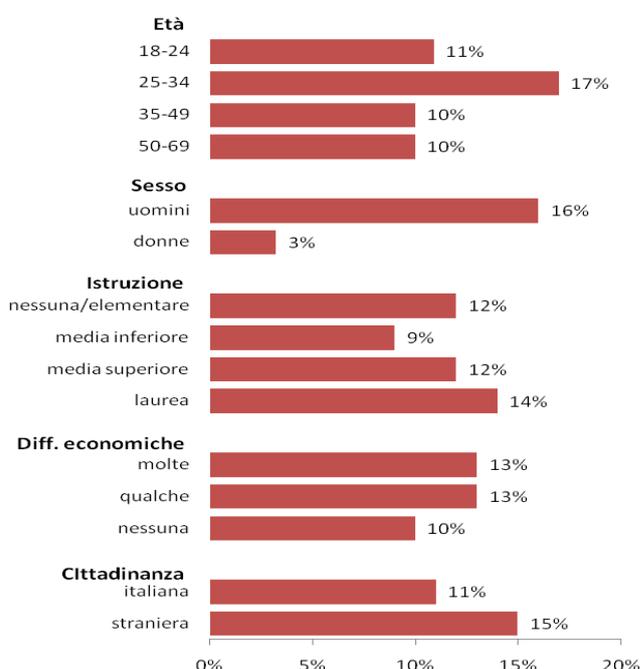
Nel periodo 2008-11, il 12% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 6% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

57

- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne; per quanto riguarda l'età il comportamento a rischio è più diffuso nella classe 25-34 anni.
-
- Una dimensione campionaria non sufficiente non ha permesso l'analisi mediante regressione logistica

Guida sotto l'effetto dell'alcol Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2008-11

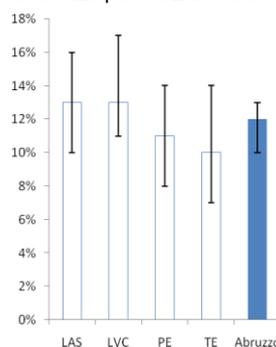
Totale: 11,6% (IC 95%: 10,2%-13,0%)



- Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda la guida sotto effetto dell'alcol (range dall'10% di Teramo al 13% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona e Lanciano-Vasto-Chieti).

Guida sotto l'effetto dell'alcol

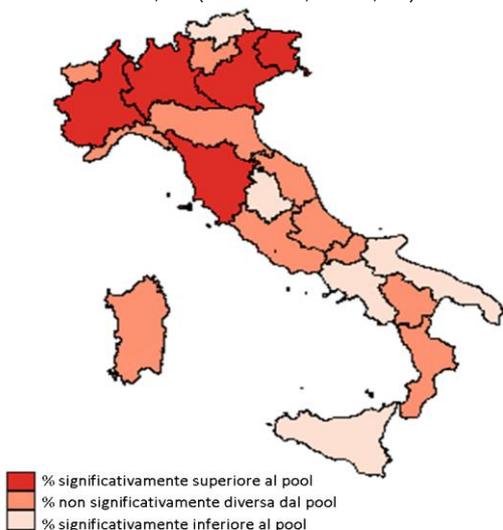
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Guida sotto l'effetto dell'alcol

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

Totale: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)



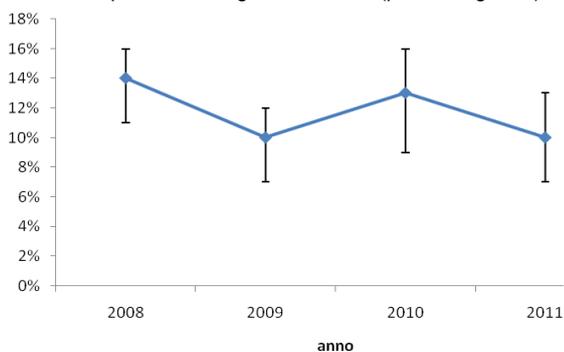
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con percentuali che variano dal 6,2% della Campania al 13,5% del Friuli Venezia-Giulia. Si nota un particolare gradiente geografico.

Confronto su pool omogeneo regionale

Guida sotto l'effetto dell'alcol

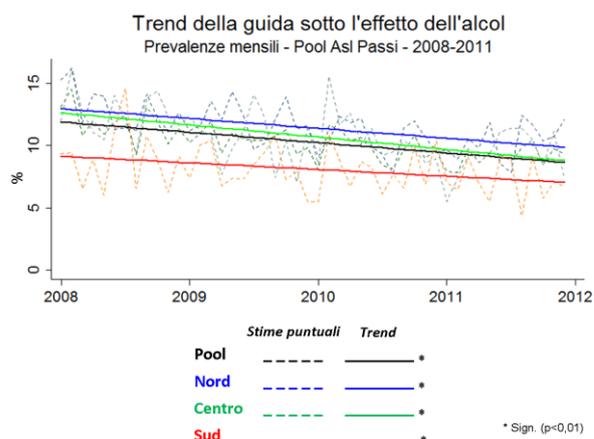
Prevalenze per anno- Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento altalenante dell'indicatore; considerando solo gli anni estremi si riscontra una diminuzione non significativa dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 14% del 2008 al 10% del 2011.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL omogeneo, si nota un decremento significativo, con stagionalità. Si passa in media dal 12% a 9%. Stratificando per macroarea, sia il decremento significativo che la stagionalità si confermano in tutte e tre la macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% a 7%).



Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

Alcol e guida nei giovani – Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	12,6 (8,7-16,6)
di cui 18-21enni*	5,4 (1,2-9,5)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

59

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, meritano di essere monitorate con attenzione:

- i giovani di 18-25 anni, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), sono esposti ad un rischio maggiore di incidenti;
- tra questi, i giovani di 18-21 anni, poiché per questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita in Italia è pari a zero; ogni livello di consumo va perciò considerato inappropriato.

Tra gli oltre 10 mila giovani di 18-25 anni, intervistati nel Pool di ASL nel quadriennio 2008-2011, il 12% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è poco differente dalla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto.

Nei giovani di età compresa tra i 18 e 21 anni, poi, uno su dieci dichiara di aver guidato dopo aver bevuto. Questo comportamento, oltre a comportare un rischio elevato di incidenti, è legalmente sanzionabile.

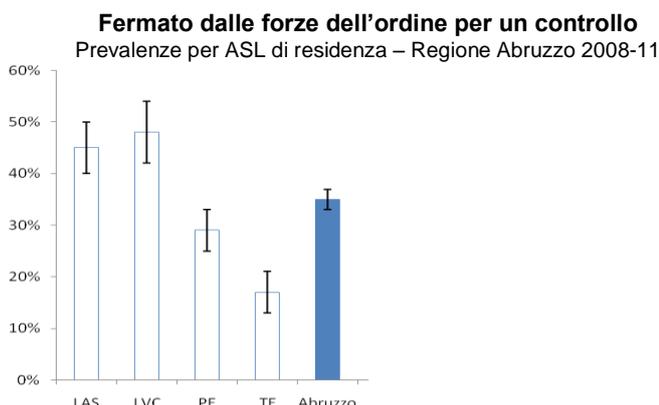
I controlli delle Forze dell'Ordine (2010-11)

Controlli delle forze dell'ordine – Regione Abruzzo - PASSI 2010-11

Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	% (IC95%)
	34,8 (32,5-37,2)

*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

- Nel periodo 2010-11, in Abruzzo il 35% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi.



Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo
Prevalenze per regione di residenza Pool di ASL 2008-11

Totale: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)



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

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel 2010-11, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 35%.

Confronto su pool omogeneo regionale

Controlli delle forze dell'ordine – Regione Abruzzo (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

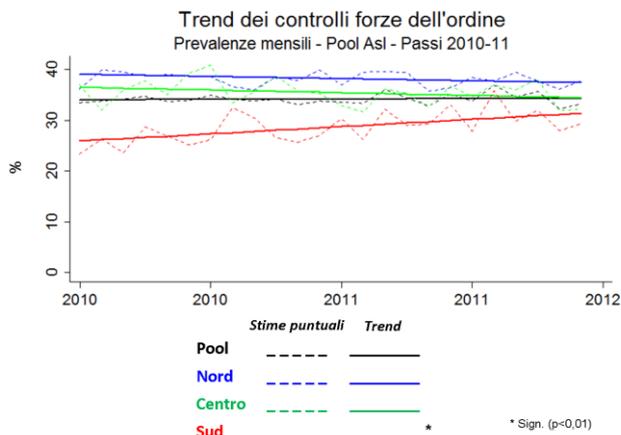
	2010	2011
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo* (% con IC95%)	30,0 (26,7-33,4)	38,5 (35,2-41,8)

*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore abbia fatto registrare un aumento statisticamente significativo dal 2010 al 2011.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno, analizzato per mese, nel periodo 2010-11, non si notano differenze significative per il pool di ASL omogeneo, e, stratificando per macroarea, neppure per il Nord e il Centro Italia mentre per il Sud si registra un incremento significativo che passa in media dal 26% al 31%.



Controlli delle forze dell'ordine – Regione Abruzzo - PASSI 2010-11

	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	10,4 (7,9-12,8)

61

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

- Il 10% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.
- La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 14% dei 18-24enni al 21% dei 25-34enni per scendere al 7% dei 35-49enni ed al 4% dei 50-69enni.
- Nel 2010-11, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è dell'11%.

Etilotest effettuato al guidatore Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11 Totale: 11,1% (IC95%: 10,7%-11,5%)



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

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

Controlli delle forze dell'ordine - Regione Abruzzo (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

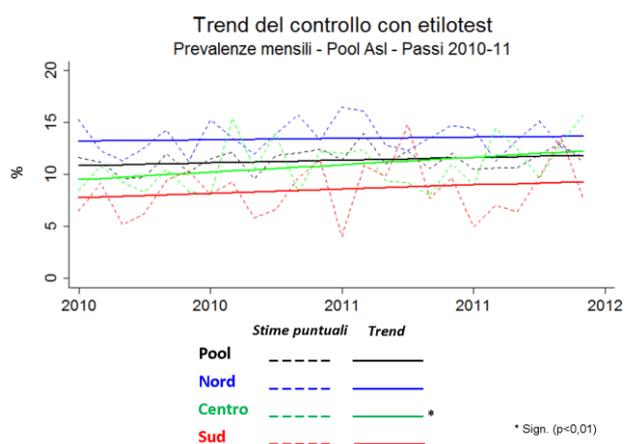
	2010	2011
Effettuato l'etilotest* (% con IC95%)	12,2 (8,5-15,9)	9,3 (6,1-12,5)

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore abbia subito, nei due anni, una flessione statisticamente non significativa.

Analisi di trend sul pool di ASL

- Nella valutazione mensile del fenomeno nel periodo 2010-11, non si osservano cambiamenti significativi per il pool di ASL al Nord ed al Sud, mentre per il Centro c'è un aumento significativo e si passa in media dal 10% a 12%.



62

Conclusioni e raccomandazioni

Nella regione Abruzzo, una minoranza consistente (il 12% circa dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri. Il problema presenta un andamento altalenante con valori che subiscono delle fluttuazioni annuali anche se la percentuale è scesa dal 14% del 2008 al 10% del 2011.

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

Sebbene i comportamenti individuali rappresentino fattori di primaria importanza, per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

USO DEI DISPOSITIVI DI SICUREZZA

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2010 sono stati registrati in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. Rispetto al 2009, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

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

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

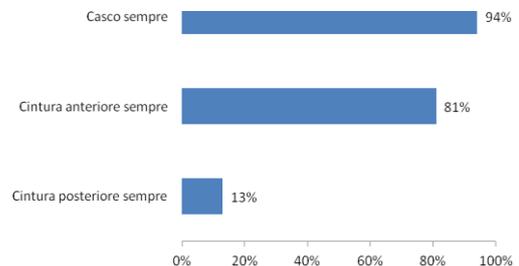
Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel periodo 2008-11, in Abruzzo la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (81%) e il casco (94%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 13% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

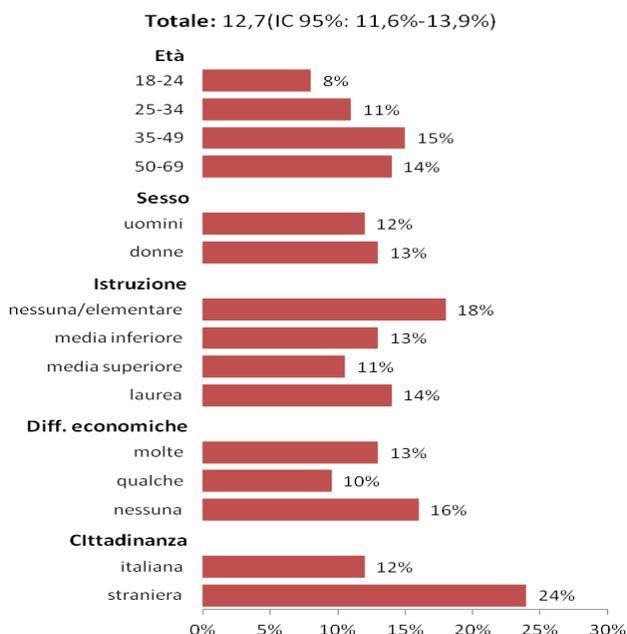
Uso dispositivi di sicurezza *
Regione Abruzzo - PASSI 2008-11



*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

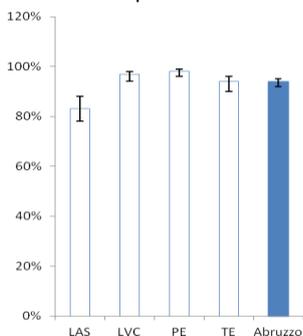
- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi d'età più giovani (18-24 anni).
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa all'uso sempre delle cinture posteriori sono:
 - per gli uomini l'età ed i livello di istruzione
 - per le donne la cittadinanza .

Utilizzo sempre delle cinture posteriori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11



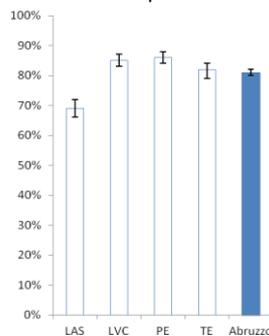
Uso casco sempre

Prevalenze per ASL di residenza - *Regione Abruzzo 2008-11*



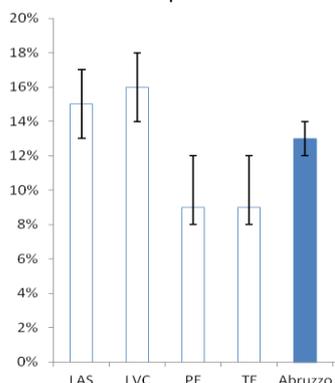
Uso cintura anteriore sempre

Prevalenze per ASL di residenza - *Abruzzo 2008-11*



Uso cintura posteriore sempre

Prevalenze per ASL di residenza - *Regione Abruzzo 2008-11*

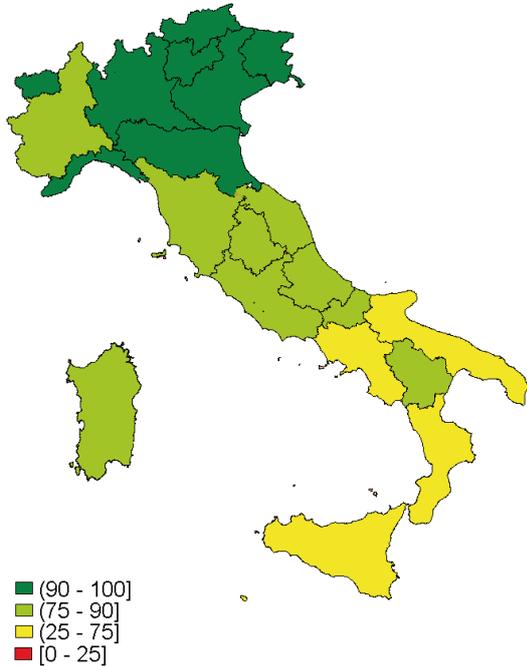


- Nel periodo 2008-11, in tutte le ASL della regione Abruzzo, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso; solo la ASL di L'Aquila-Avezzano-Sulmona si discosta significativamente dal dato regionale (range: ASL L'Aquila-Avezzano-Sulmona 83%-ASL Pescara 98%).

- Anche l'utilizzo della cintura anteriore è diffuso in tutte le ASL; rispetto al dato regionale si discostano significativamente le ASL di Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti per un uso più frequente e la ASL di L'Aquila-Avezzano –Sulmona per un minore uso;(range:dal 69% dell'ASL di L'Aquila-Avezzano-Sulmona all'86% di Pescara);
- L'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ampiamente disatteso in tutte le ASL: nelle ASL di Pescara e Teramo si sono registrati valori più bassi rispetto al dato regionale, valori più alti nelle ASL di Lanciano-Vasto-Chieti e di L'Aquila-Avezzano-Sulmona(range dal 9% di Teramo e Pescara al 16% di Lanciano-Vasto-Chieti).

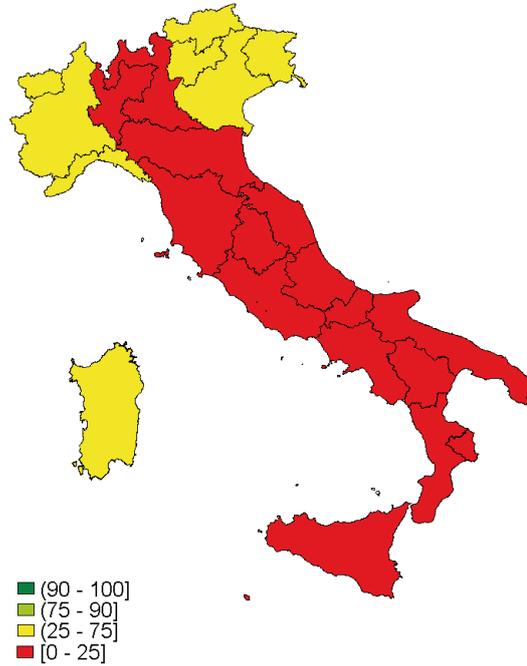
Uso della cintura anteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 83,1% (IC95%: 82,9%-83,4)



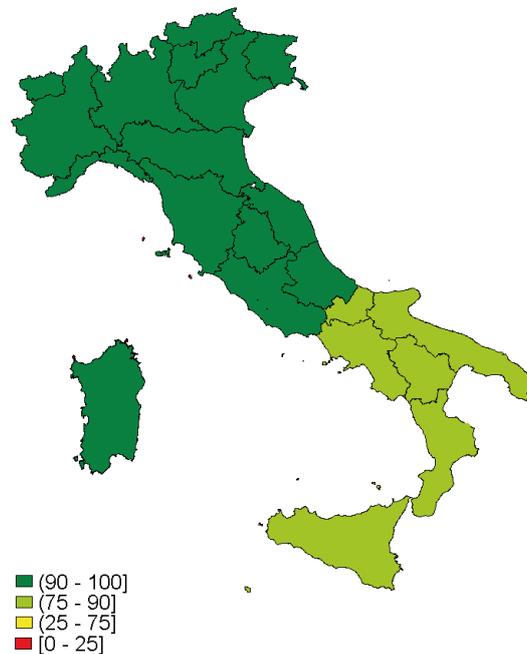
Uso della cintura posteriore sempre

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 19,1% (IC95%: 18,9%-19,4)



Uso del casco sempre

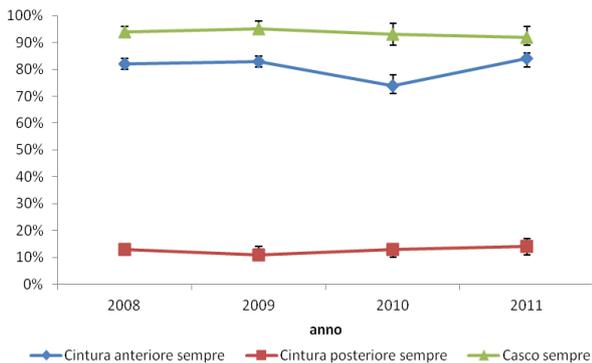
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 94,3% (IC95%: 93,9%-94,6)



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

Confronto su pool omogeneo regionale

Uso dei dispositivi di sicurezza sempre



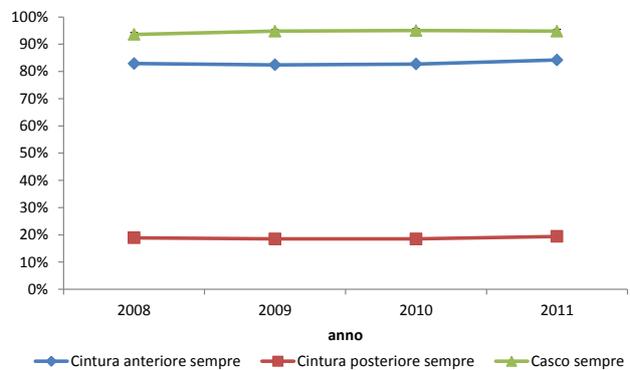
- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) non si osservano cambiamenti statisticamente significativi nelle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, di quella posteriore e del casco, ad eccezione dell'anno 2010 in cui si è registrato un calo di circa 10 punti percentuali nell'uso delle cinture anteriori rispetto sia agli anni precedenti che al successivo.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- Anche a livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni statisticamente significative delle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, di quella posteriore e del casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza sempre

Prevalenze per anno – Pool omogeneo regionale 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

I dati Passi sull'uso di cinture e casco misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da Passi, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

La maggior parte degli intervistati nella regione Abruzzo fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se esistono margini di miglioramento. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori: poco più di 1 persona su 10 la usa.

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati. Sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le forze dell'ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza. Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche in chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il sistema sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono a maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come Passi o Ulisse.

Il Piano nazionale della prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Sicurezza domestica

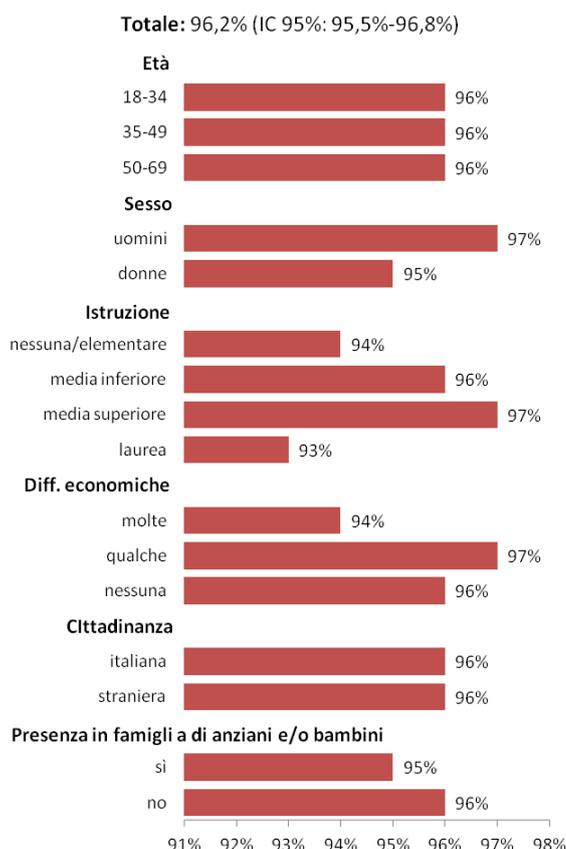
Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. A partire dal 2010 PASSI misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

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

- In Abruzzo la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 96% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- Non vi sono particolari differenze rispetto alla percezione del rischio relativamente alle variabili età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche, cittadinanza, presenza/assenza di soggetti a rischio nel nucleo familiare
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico sono:
 - per gli uomini, nessuna;
 - per le donne l'età, le condizioni economiche e la presenza in famiglia di anziani e/o bambini

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico¹ Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2008-11

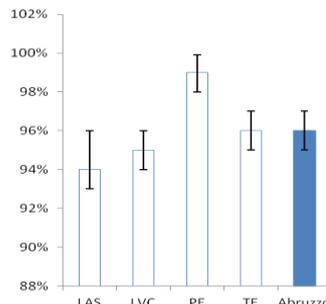


68

¹ Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

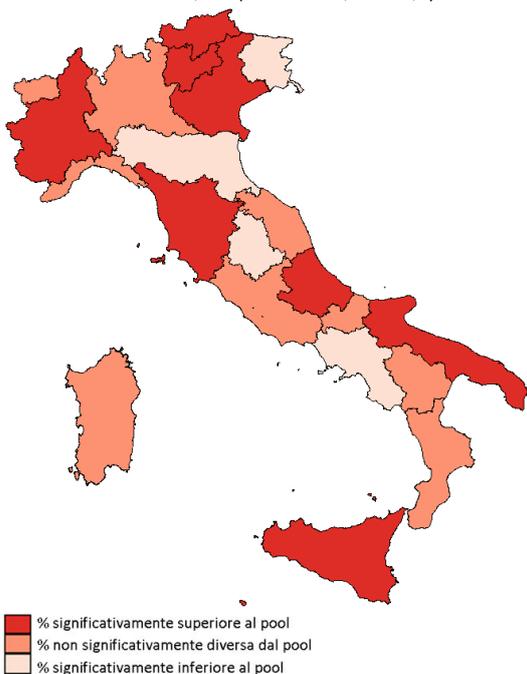
- Nel confronto tra le varie ASL regionali con il dato regionale l'unica differenza statisticamente significativa rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico è quella dell'ASL di Pescara (range dal 94% dell'ASL L'Aquila Avezzano-Sulmona al 99% dell' ASL di Pescara).

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico
Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 93,1% (IC95%: 93,0%-93,3)



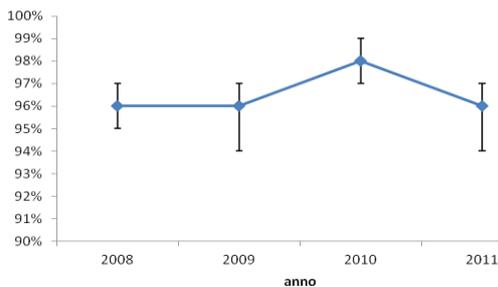
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

69

Confronto su pool omogeneo regionale

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo regionale 2008-11

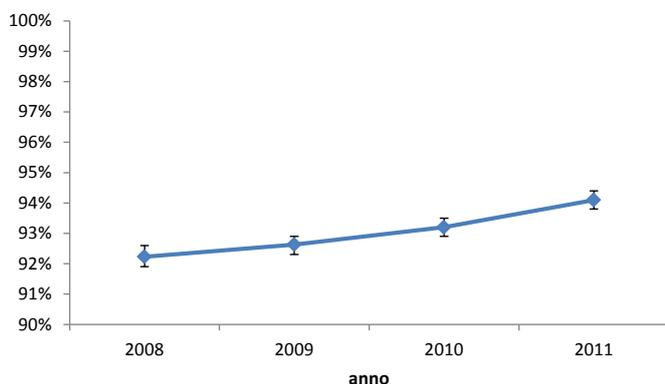


- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 96% del 2008 e 2009 al 98% del 2010 e ritornando al 96% nel 2011.

Confronto su pool omogeneo nazionale

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.

Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale son dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

Nel periodo 2010-11, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione è del 5%.

Nel pool di ASL PASSI, nello stesso periodo, questa percentuale è del 3,7% (IC95%: 3,5%-3,8%).

70

Conclusioni e raccomandazioni

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema nazionale linee guida (Snlg), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali. La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

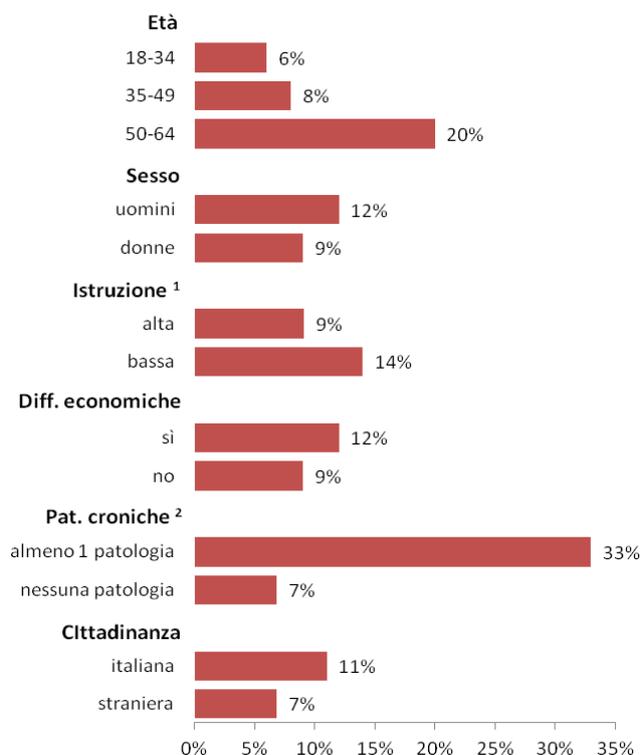
Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

- Nella Regione Abruzzo l'11% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 33%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con almeno una patologia cronica
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono significative l'età e la presenza di patologie croniche mentre diventa significativa l'associazione con il sesso.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 12%.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

Totale: 10,7% (IC 95%: 9,3%-12,1%)



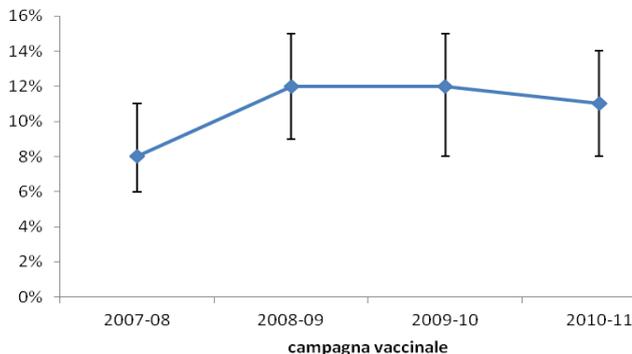
¹ istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

Confronto su pool omogeneo regionale

- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento non significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 8% del 2007/08 all'11% del 2010/11.

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)
Prevalenze per anno
Regione Abruzzo(pool omogeneo) 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

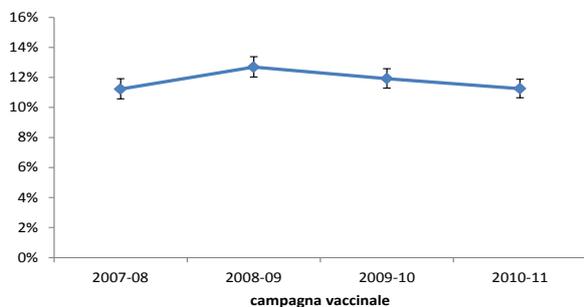


Confronto su pool omogeneo nazionale

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per anno

Pool omogeneo nazionale ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

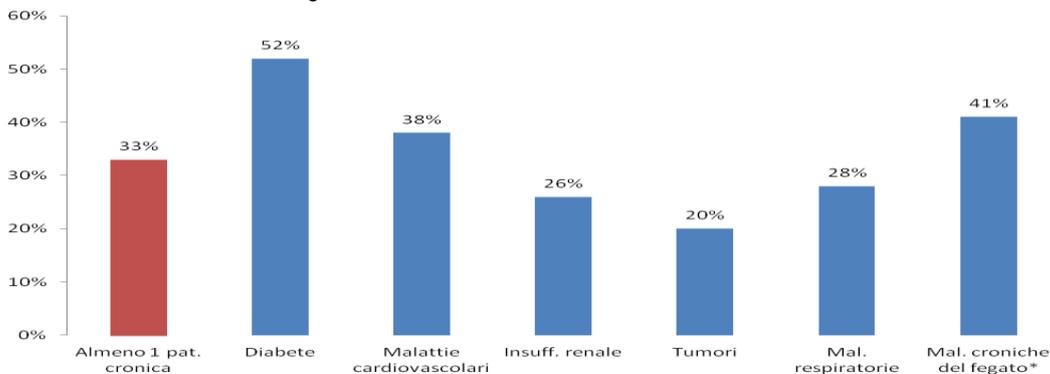


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

72

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)

Prevalenze per tipo di patologia cronica
Regione Abruzzo 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



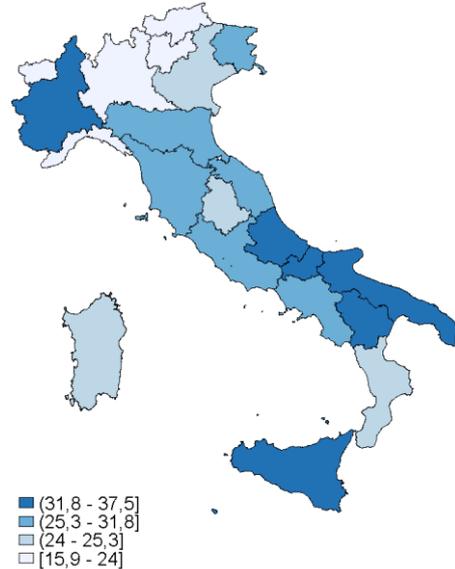
*Dato riferito alle sole campagne 2009/10, 2010/11

La copertura vaccinale tra coloro che hanno patologie croniche varia in base al tipo di patologia diagnosticata: si registrano basse coperture tra le persone affette da tumori (20%), insufficienza renale (26%), da patologie respiratorie croniche (28%); mentre tra le persone affette da malattie cardiovascolari (38%) malattie croniche del fegato(41%, dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11) e da diabete (52%) si raggiungono valori di coperture vaccinali più elevati.

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con un rilevanti differenze tra regioni.
- Anche a livello di Pool ASSI questa percentuale varia in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra le persone affette da tumori (26%), da patologie respiratorie croniche (28%) , da insufficienza renale (28%) e malattie croniche del fegato (26% con dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11);
 - poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (40%).

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)

Prevalenze per regione di residenza
 Pool di ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11
 Totale: 29,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)

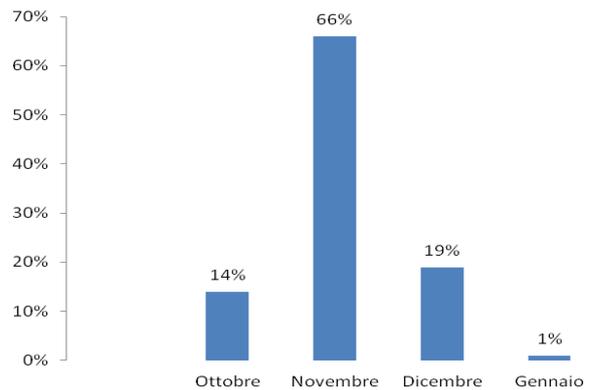


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

- Nella Regione Abruzzo, la maggior parte (66%) degli intervistati ha riferito di essere stata vaccinata durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Distribuzione per mese di vaccinazione
 Regione Abruzzo 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Purtroppo nonostante la collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori viene eseguita la maggior parte delle vaccinazioni contro l'influenza, le coperture vaccinali nei soggetti di età pari o superiore ai 65 anni si è costantemente ridotta passando dal 73% del 2007-08 al 61% del 2010-11.

E' necessario, pertanto, studiare nuove strategie per raggiungere una maggiore quota di popolazione anziana tra la quale sembra essersi diffusa una minore percezione del rischio influenza e poter agganciare almeno l'obiettivo minimo del 75% di copertura che negli anni passati sembrava a portata di mano.

I dati PASSI mostrano, inoltre, come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta essere ancora più insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

In Italia, nel 2011 è stato approvato il nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, che fissa per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione.

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

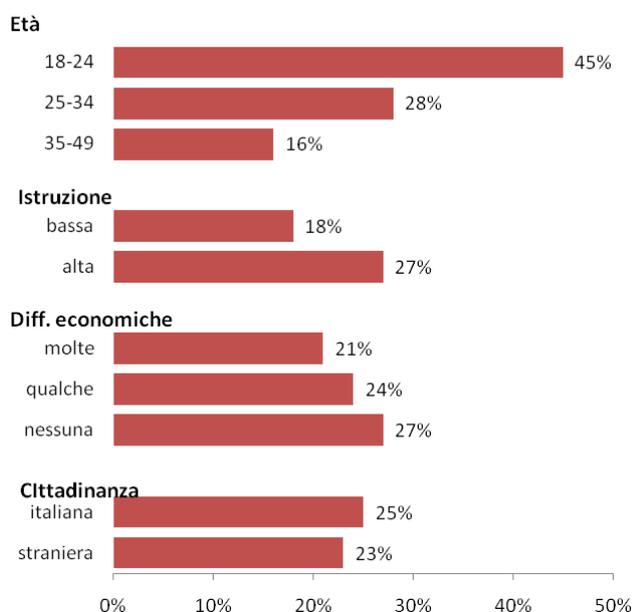
- In Abruzzo il 25% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è più elevata nelle donne:
 - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (45%)
 - con alto livello d'istruzione
 - senza difficoltà economiche
 - con cittadinanza italiana.

La significatività statistica si raggiunge esclusivamente per l'associazione con l'età ed il livello di istruzione

Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia

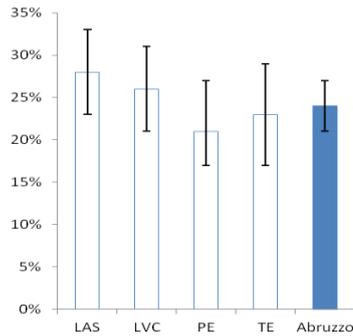
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11

Totale: 24,5% (IC 95%: 21,8%-27,1%)



- Tra le ASL regionali, non vi sono differenze statisticamente significative nella percentuale di donne vaccinate (range dal 21% della Asl di Pescara al 28% della Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila).

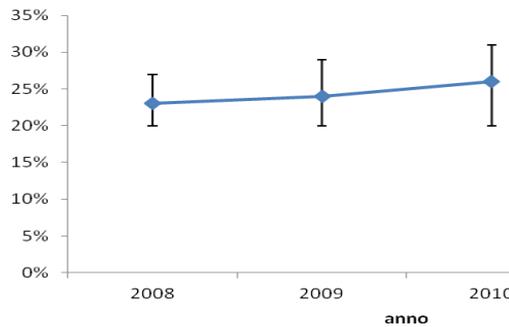
Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia
Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11



Confronto su pool omogeneo regionale

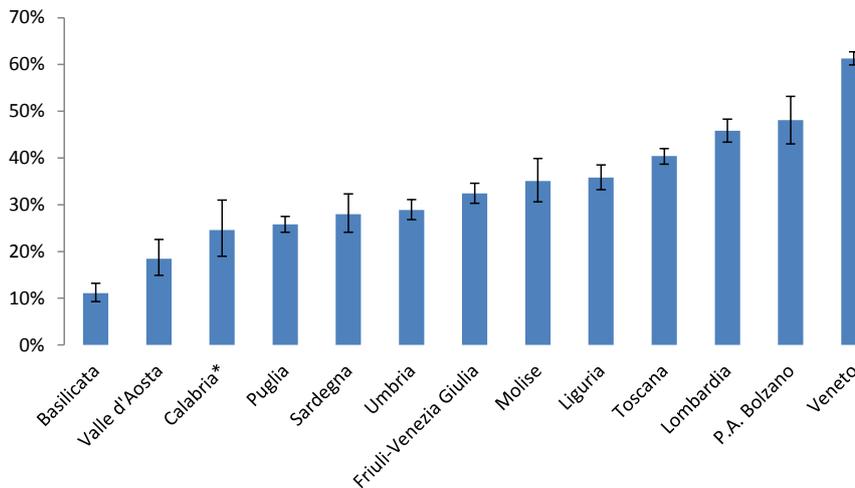
- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2010 (pool omogeneo regionale) si può osservare che la percentuale di donne vaccinate per la rosolia è da considerare praticamente stabile (dal 24% del 2008 al 26% del 2010)

Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-10



Confronto fra alcune Regioni/P.A.

Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11*



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

- Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale, somministrato continuativamente nel quadriennio 2008-11 soltanto nelle 13 Regioni rappresentate nel grafico sopra.
- Si osserva chiaramente che le percentuali di copertura vaccinale variano in maniera statisticamente significativa nelle diverse Regioni, con valori che vanno dall'11% della Basilicata al 61% del Veneto.

Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

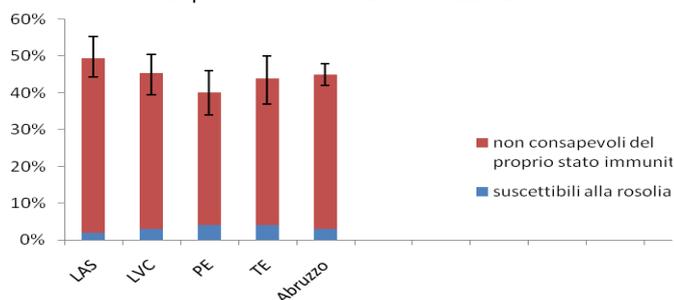
- In Abruzzo il 55% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia perché:
 - ha effettuato la vaccinazione (25%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (30%).
- Il 3% delle donne risultata suscettibile alla rosolia perchè non ha effettuato la vaccinazione e riferisce di aver effettuato un rubeotest con risultato negativo
- Il rimanente 42% delle donne non è consapevole del proprio stato immunitario; sono donne non vaccinate che:
 - non hanno o non sanno/ricordano di aver effettuato un rubeotest (40%)
 - hanno effettuato un rubeotest ma non ne conoscono/ricordano il risultato (2%)

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) Regione Abruzzo– 2008-10		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Immuni	54,9	(51,7-58,1)
<i>Vaccinate</i>	24,5	(21,8-27,1)
<i>Non vaccinate (con rubeotest positivo)</i>	30,4	(27,6-33,2)
Suscettibili		
<i>Non vaccinate (con rubeotest negativo)</i>	2,9	(1,9-3,9)
Immunità non nota	42,1	(39,0-45,3)
<i>Non vaccinate (senza rubeotest/non so)</i>	40,6	(37,5-43,7)
<i>Non vaccinate (con rubeotest dal risultato non noto)</i>	1,5	(0,8-2,3)

77

- Tra le Asl regionali, L'Aquila-Avezzano-Sulmona ha mostrato la quota più alta di donne che risultano suscettibili alla rosolia o non sono consapevoli del proprio stato immunitario (range dal 40% di Pescara al 50% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona).

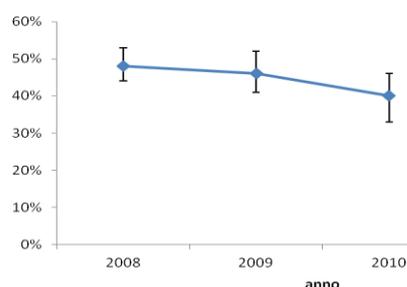
Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario
Prevalenze per ASL di residenza - Abruzzo 2008-10



Confronto su pool omogeneo regionale

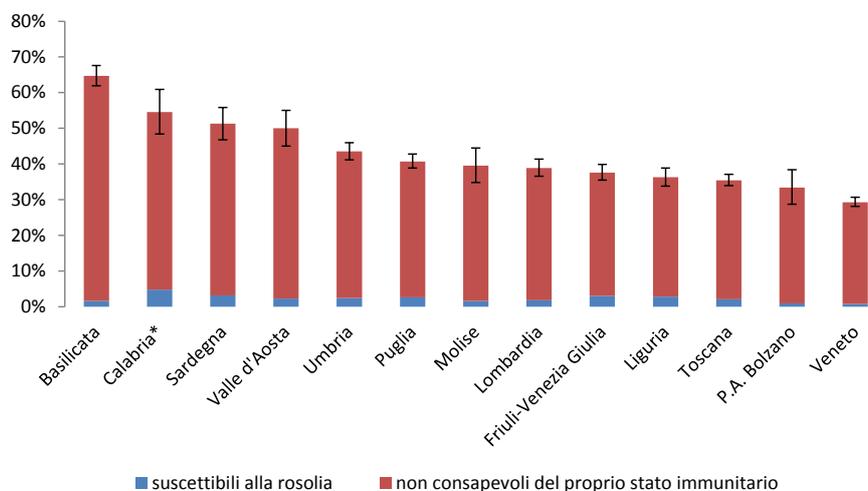
- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2010 (pool omogeneo regionale) la percentuale di donne suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario subisce una riduzione nel tempo anche se statisticamente non significativa.

Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-10



Confronto fra alcune Regioni/P.A.

Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11*



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

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

78

Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che circa il 3% delle donne in età fertile sia suscettibile alla rosolia, perché non è stata vaccinata e riferisce di aver eseguito un rubeotest dal risultato negativo; Accanto a questa percentuale che sebbene modesta andrebbe in ogni caso azzerata, c'è una quota non trascurabile, 42%, di donne in età fertile ignare del proprio stato immunitario nei riguardi della rosolia; è presumibile che la gran parte di queste donne abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale (come dimostrano i risultati di molti studi di sieroprevalenza) e che la reale proporzione fra loro di suscettibili sia contenuta; tuttavia si rende necessario non solo migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini, ma anche incoraggiare un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali, come i Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche, "più vicine" alla popolazione a rischio, le donne in età fertile, affinché promuovano una maggiore consapevolezza di questo rischio fra le loro assistite.

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

Rischio cardiovascolare

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

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse;

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

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene infine presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

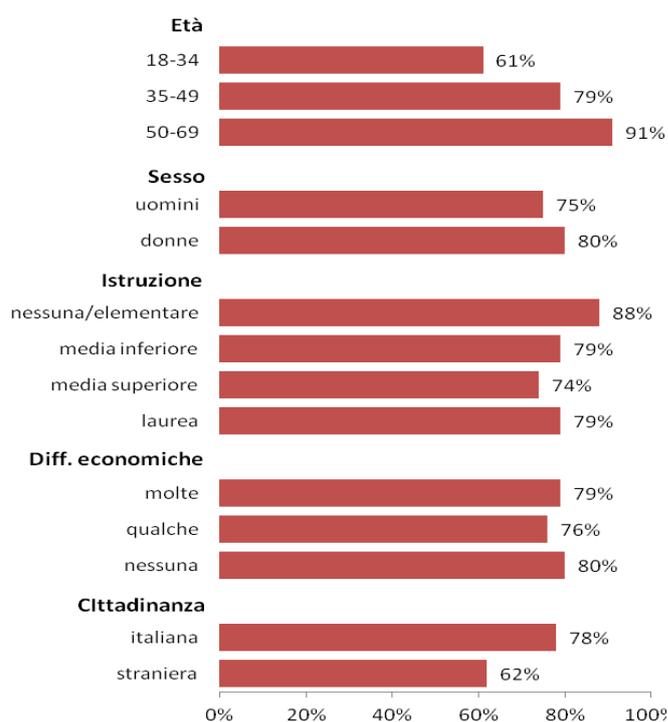
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Abruzzo, il 78% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il restante 14% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nei cittadini italiani
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa alla misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni sono:
 - per gli uomini, l'età e la cittadinanza ;
 - per le donne l'età.

- Tra le ASL regionali emergono differenze significative per quanto riguarda la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni rispetto al dato regionale per le ASL di Lanciano-Vasto-Chieti e Pescara (range dal 69% di Pescara all'85% di Lanciano-Vasto-Chieti).

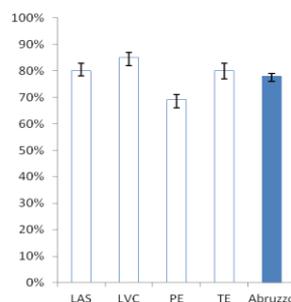
Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2008-11

Totale: 77,7% (IC 95%: 76,4%-78,9%)

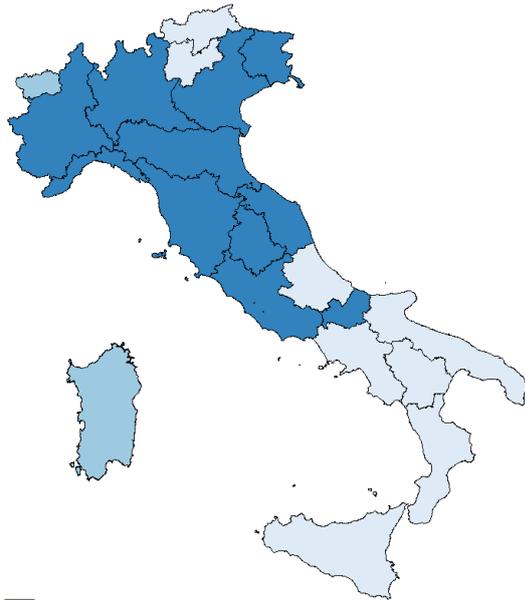


80

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Abruzzo 2008-11



Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



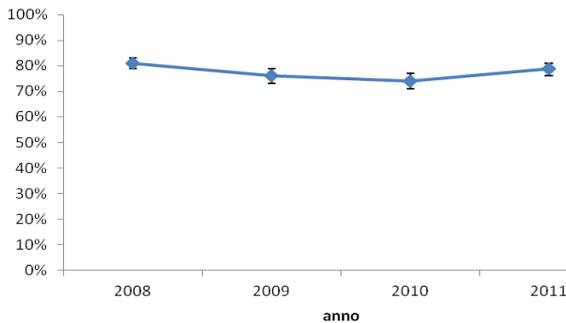
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'83%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.

Confronto su pool omogeneo regionale

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni
Prevalenze per anno Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

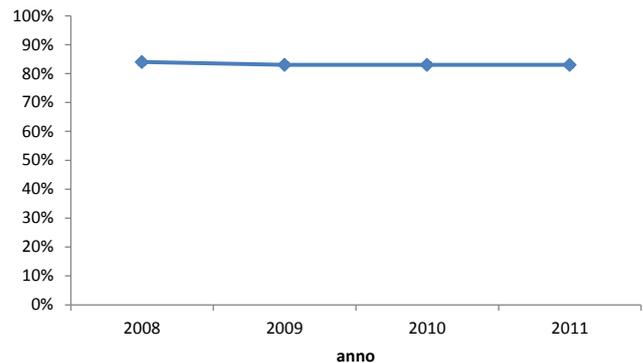


- Considerando solo le Asl che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia in leggera diminuzione.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale), risulta una chiara stabilità dell'indicatore negli anni.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11

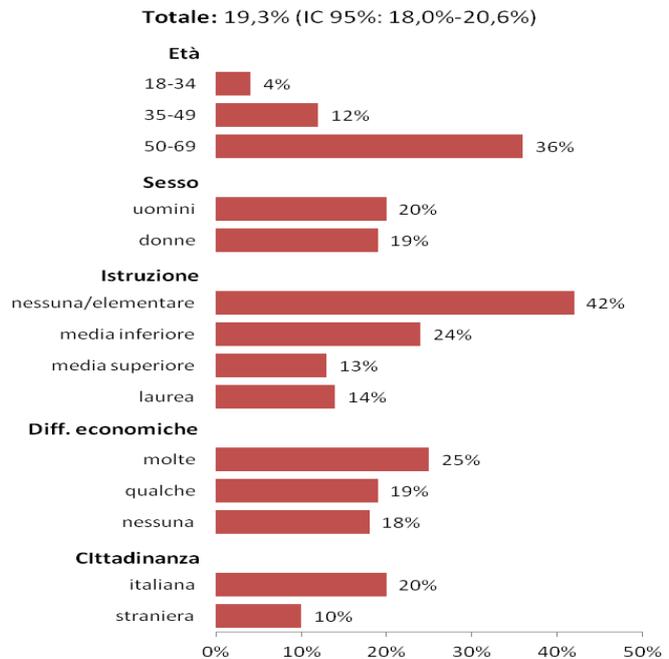


Quante persone sono ipertese?

- In Abruzzo, il 19% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (36% nella fascia 50-69 anni)
 - nelle persone con livello istruzione molto basso
 - nelle persone con molte difficoltà economiche
 - nei cittadini italiani.
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa alla ipertensione sono:
 - sia per gli uomini che per le donne l'età e l'istruzione;

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

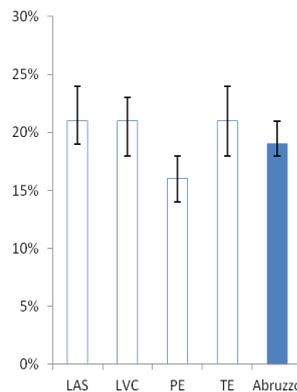
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2008-11



- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 16% di Pescara al 21% delle altre ASL senza che si osservino differenze statisticamente significative
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21%.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

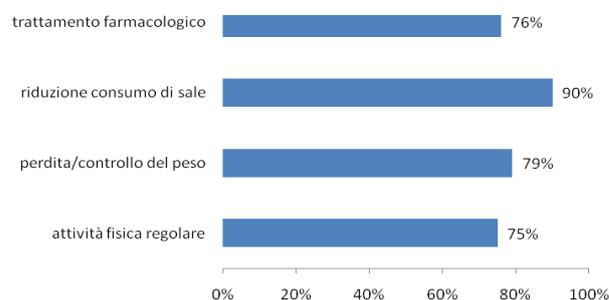
Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

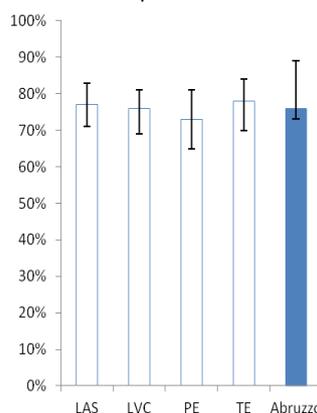
- In Abruzzo il 76 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (90%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (79%)
 - svolgere regolare attività fisica (75%).

Trattamenti consigliati dal medico
Regione Abruzzo PASSI 2008-11



- Tra le ASL regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 73% di Pescara al 78% di Teramo).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



83

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Abruzzo, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 36% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

In Abruzzo si stima che circa una persona su cinque non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a più di due ipertesi su tre.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?

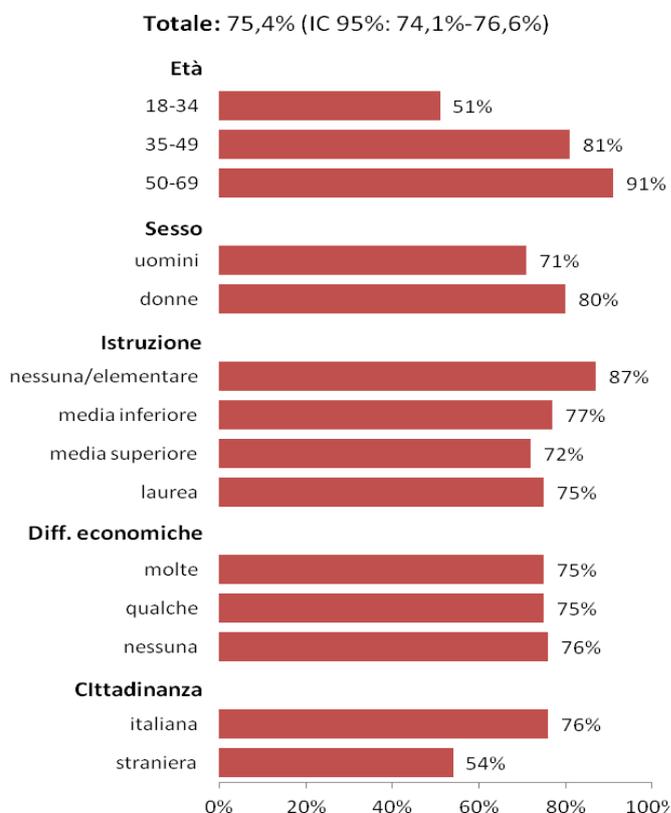
In Abruzzo, il 75% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 52% nel corso dell'ultimo anno
- il 15% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- l'8% da oltre 2 anni.

Il 25% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

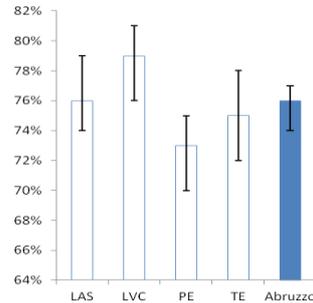
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 51% della fascia 18-34 anni al 91% di quella 50-69 anni) ;
 - nelle donne;
 - nelle persone con basso livello di istruzione;
 - nei cittadini italiani;
 - non vi sono differenze per quanto concerne le difficoltà economiche
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che risultano associate in maniera statisticamente significativa alla misurazione del colesterolo sono, sia per gli uomini che per le donne , l'età e la cittadinanza (quest'ultima nelle donne è al limite delle significatività).

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11



- Tra le ASL regionali nessuna si differenzia in modo statisticamente significativo dal dato regionale relativamente alla percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia (range dal 73% di Pescara al 79% di Lanciano-Vasto-Chieti).

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



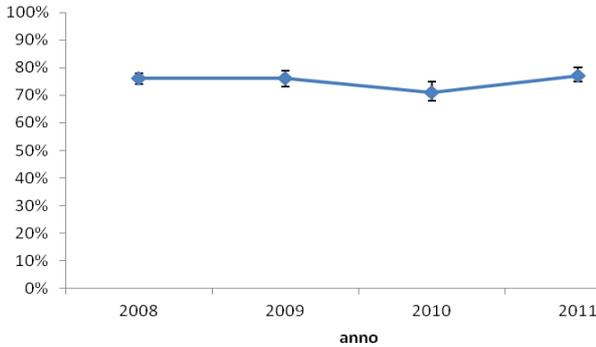
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per anno – Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

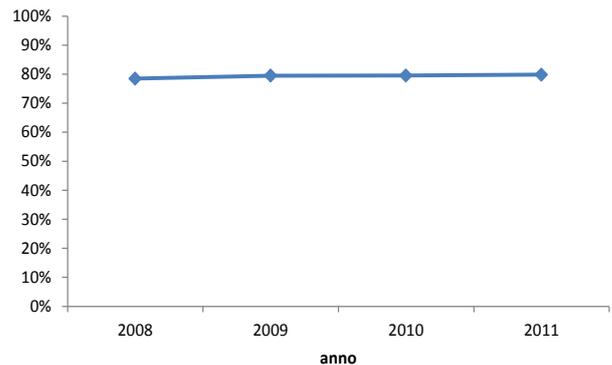
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è dell'80%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.



Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11

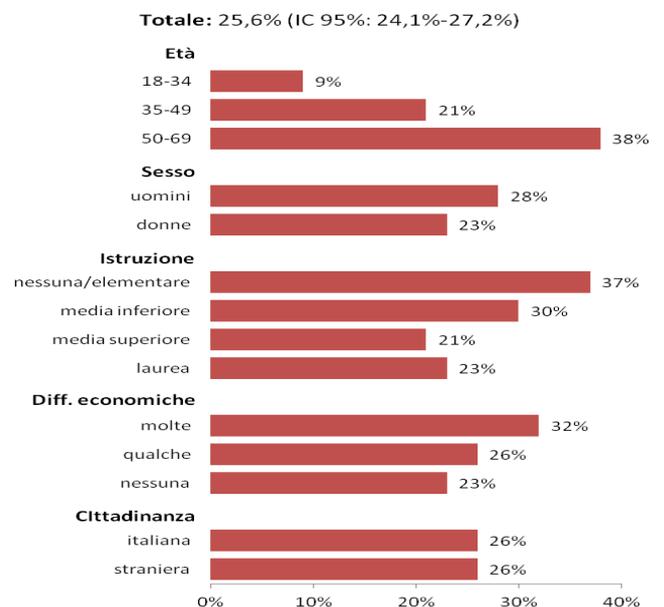


Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In Abruzzo il 26% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla ipercolesterolemia sono:
 - per gli uomini, l'età e le difficoltà economiche;
 - per le donne l'età.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

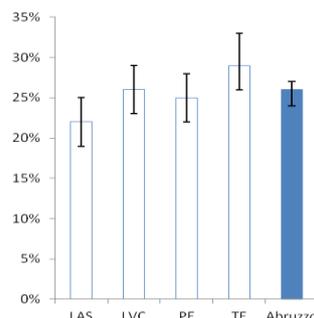
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2008-11



- Tra le ASL regionali non si osservano differenze statisticamente significative rispetto al dato regionale per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue anche per la limitata numerosità (range dal 22% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona al 29% di Teramo).
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11

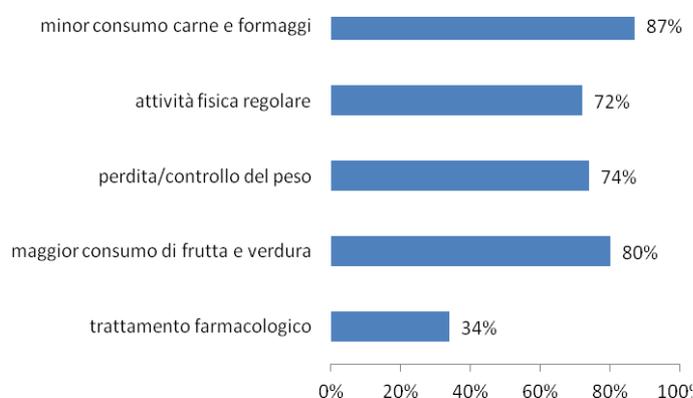


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia

- In Abruzzo il 34% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (87%)
 - svolgere regolare attività fisica (72%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (74%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (80%).

Trattamenti consigliati dal medico

Regione Abruzzo PASSI 2008-11

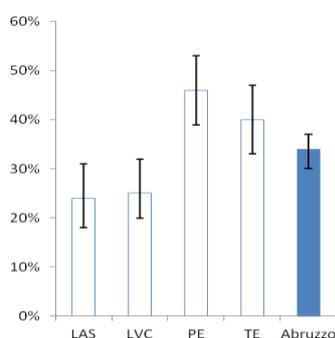


87

- Tra le ASL regionali l'unica differenza statisticamente significativa rispetto al dato regionale per quanto concerne il trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia si riscontra nella ASL di Pescara (range dal 24% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona al 46% di Pescara).
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 29%.

Percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci

Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Abruzzo, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su quattro non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia una su tre ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 70 e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; la variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare? 89

In Abruzzo solo il 9% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare

In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

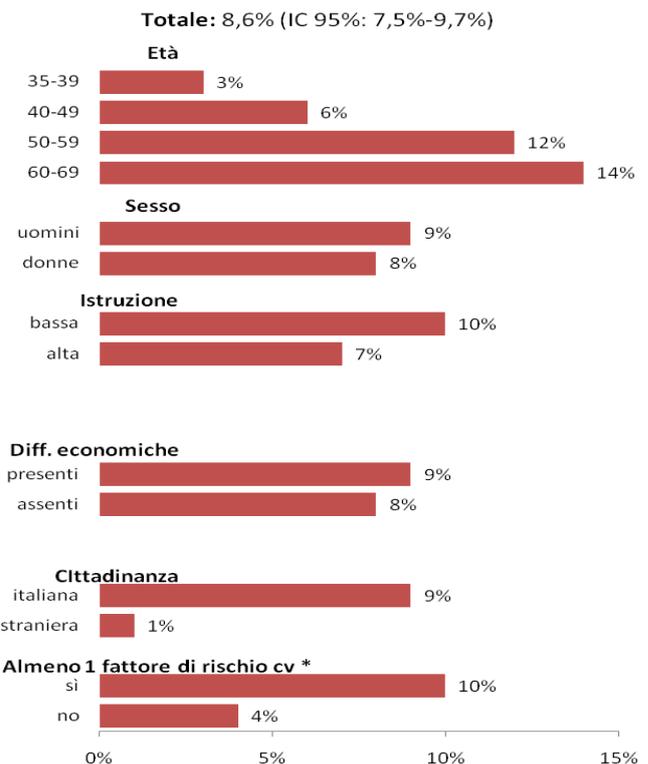
- nella classe di età più avanzata;
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare;
- nei cittadini italiani

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa al calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare sono:

- per gli uomini, l'età ;
- per le donne l'età, la presenza di almeno 1 fattore di rischio cardiovascolare e la cittadinanza (quest'ultima al limite della significatività)

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Abruzzo 2008-11 (n=2765)

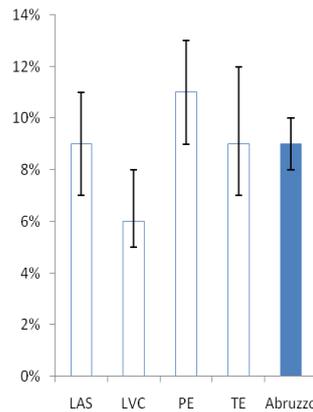


* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

- In tutte le ASL regionali la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è molto bassa (range dal 6% di Lanciano-Vasto-Chieti all'11% di Pescara); nessun valore delle singole ASL si differenzia in modo statisticamente significativo dal dato regionale.

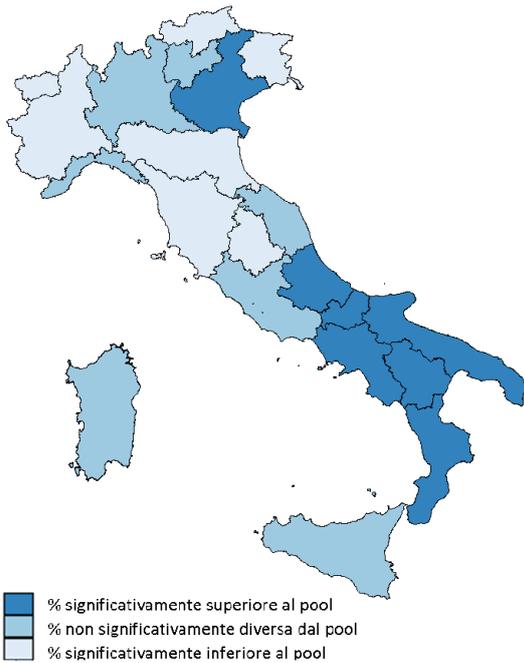
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

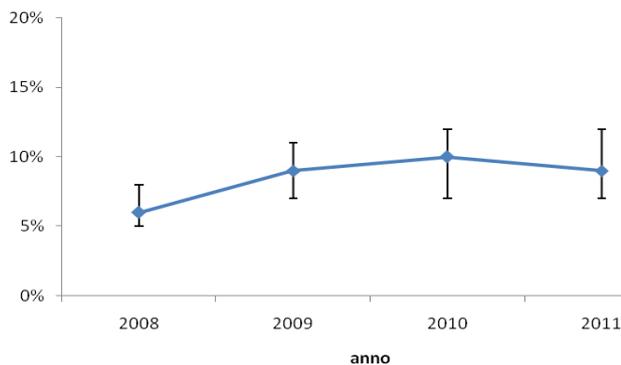


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6,5%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.

Confronto su pool omogeneo regionale

**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)**
Prevalenze per anno – Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

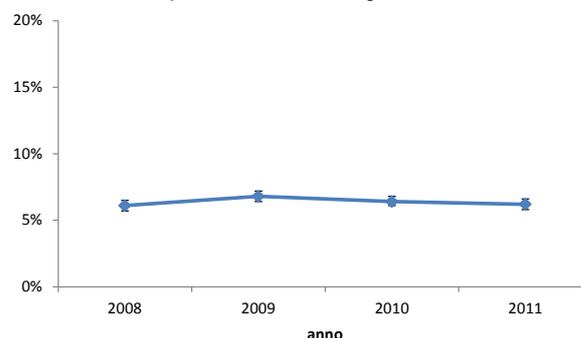


- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia in leggera ascesa

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi due anni**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



91

Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

In Abruzzo, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

Sintomi di depressione

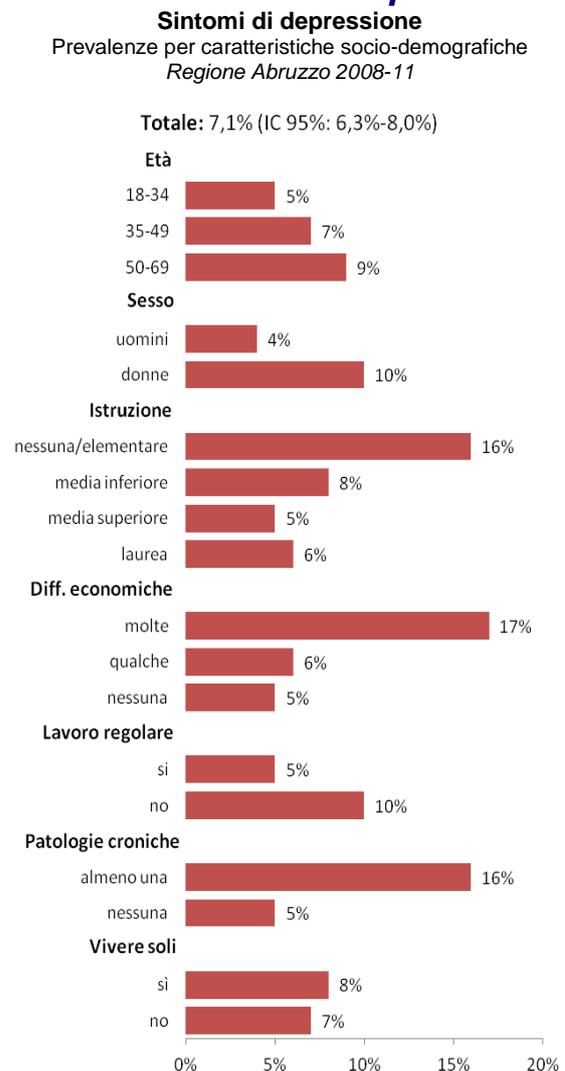
Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

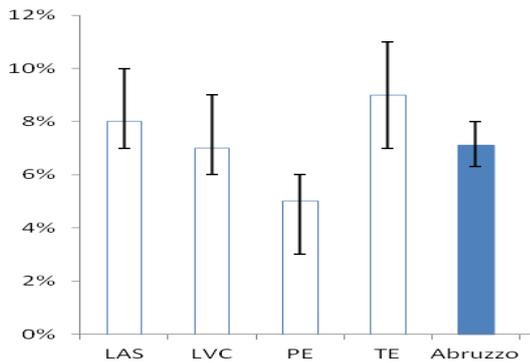
Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- In Abruzzo circa il 7% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia cronica
- Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla depressione sono:
 - sia per gli uomini che per le donne le condizioni economiche e le patologie croniche



Sintomi di depressione

Prevalenze per ASL di residenza - Regione Abruzzo 2008-11

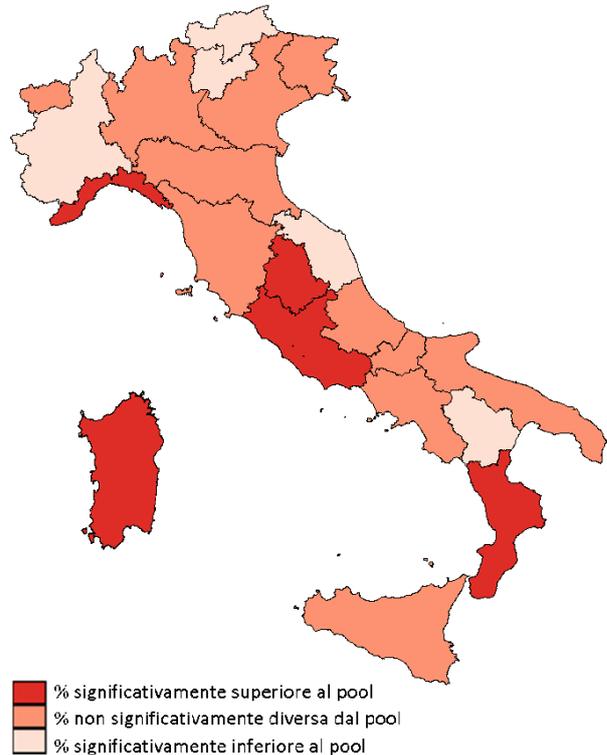


- Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente ai sintomi di depressione rispetto al dato medio regionale ad eccezione della ASL di Pescara (range dal 5% di Pescara al 9% di Teramo).

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 6,8%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

Sintomi di depressione

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 6,8% (IC95%: 6,7%-7,1)



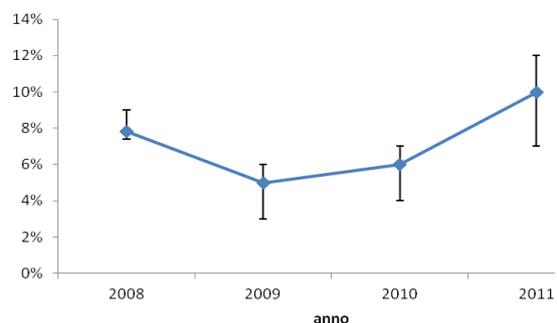
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare una tendenza all'aumento anche se non significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dall'8% del 2008 al 10% del 2011.

Sintomi di depressione

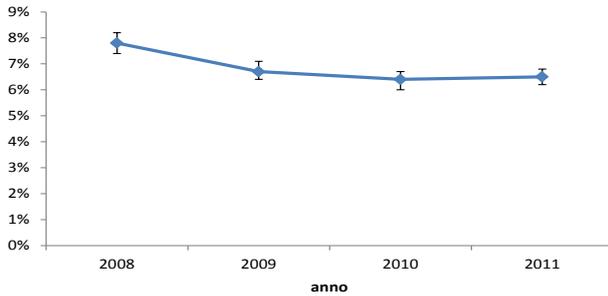
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

Sintomi di depressione

Prevalenze per anno - (pool omogeneo nazionale) 2008-11



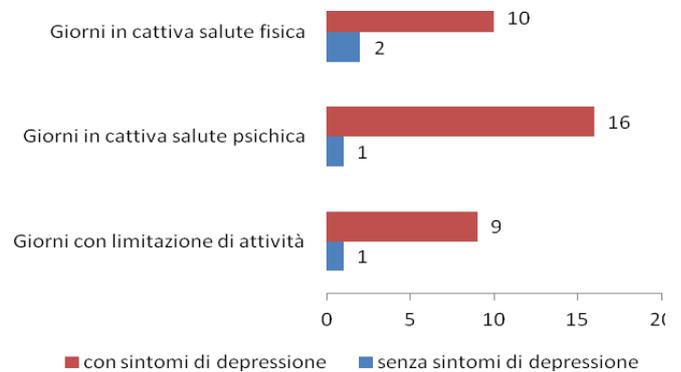
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
 - il 30% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 73% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

Regione Abruzzo - PASSI 2008-11



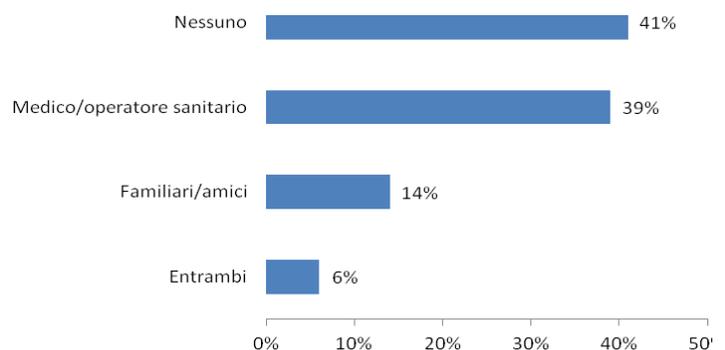
94

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione

Regione Abruzzo - PASSI 2008-11

- Il 59% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (39%), a familiari/amici (14%) o ad entrambi (6%).



Conclusioni e raccomandazioni

In Abruzzo si stima che poco meno di 1 persona su 10 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (quasi una persona su due).

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti ormai sufficienti prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del dna di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*). L'Italia nei prossimi anni si avvia ad essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

Nella Regione Abruzzo i programmi di screening organizzati sono attivi in tutte le asl e nel periodo 2006-2010 sono state invitate oltre 400000 donne con range di adesione nel periodo considerato che va dal 18% al 33%.

(http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Abruzzo_cerv_2010.pdf#overlay-context=node/72)

Nel 2010 tutte le asl regionali hanno partecipato al progetto pilota che prevedeva l'offerta del test dell'HPV come test primario di screening con oltre 50.000 donne invitate ed un'adesione del 22%.

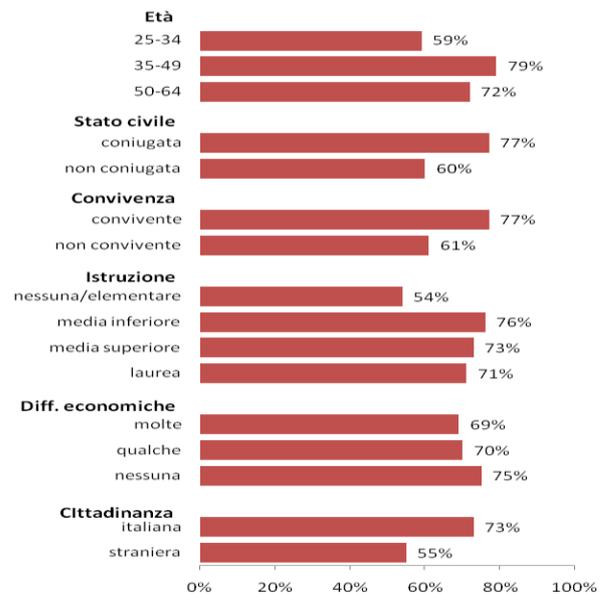
Quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida?

- In Abruzzo, il 72% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.
- In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni
 - coniugate/conviventi
 - con livello d'istruzione superiore a quello elementare
 - senza difficoltà economiche
 - con cittadinanza italiana.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, risulta significativa l'associazione con l'età, il livello d'istruzione, la cittadinanza e la convivenza (quest'ultima al limite della significatività).
- Nel confronto con il dato regionale l'unica differenza statisticamente significativa è quella dell'ASL di Teramo (range dal 62% di Teramo al 76% di Lanciano-Vasto-Chieti).

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11

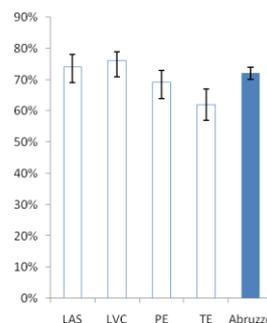
Totale: 71,8% (IC 95%: 69,5%-74,0%)



97

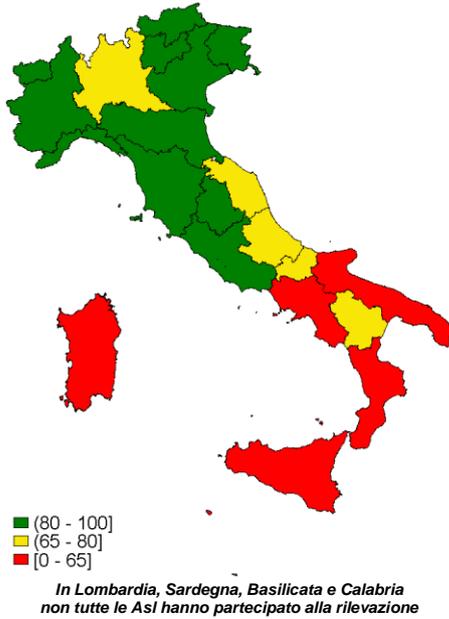
Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



**Test di screening per neoplasia cervicale
eseguito negli ultimi tre anni
Donne 25-64 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)

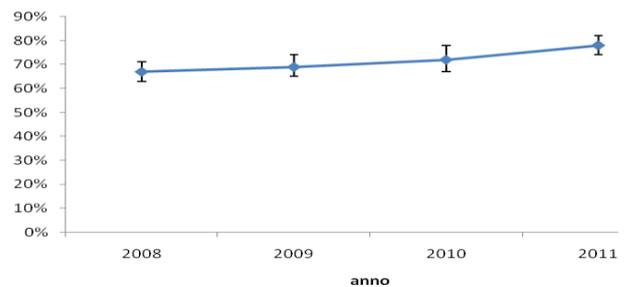


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Confronto su pool omogeneo regionale

- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento costante e significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 67% del 2008 al 78% del 2011.

**Test di screening per neoplasia cervicale
eseguito negli ultimi tre anni
Donne 25-64 anni**
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

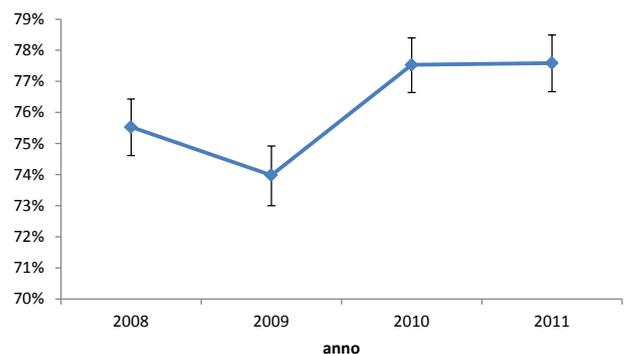


98

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.

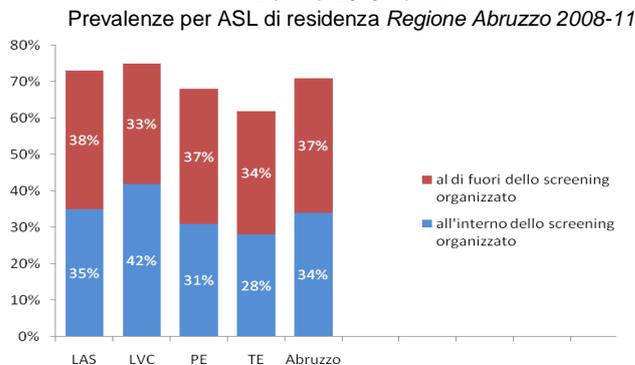
**Test di screening per neoplasia cervicale
eseguito negli ultimi tre anni
Donne 25-64 anni**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella Regione Abruzzo, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 34% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 37% l'ha eseguito come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL nazionale la quota di adesione spontanea allo screening cervicale è rilevante: si stima infatti che quasi quattro donne su dieci (37%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato.

Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato Donne 25-64 anni

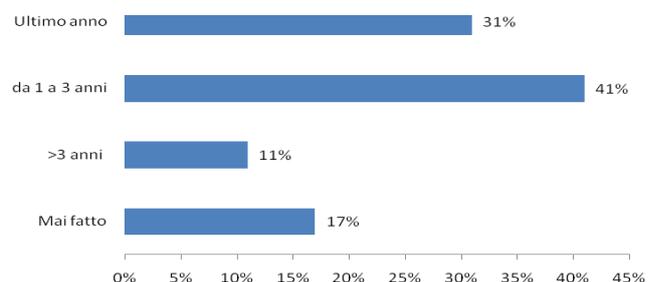


99

Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Circa un terzo delle donne 25-64enni (31%) ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno in accordo con i valori attesi.

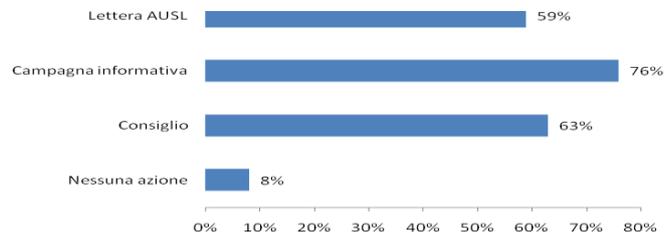
Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale Donne 25-64 anni Regione Abruzzo 2008-11



Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- In Abruzzo:
 - Il 59% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 76% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
 - il 63% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

Promozione del test di screening per neoplasia cervicale*
Donne 25-64 anni
Regione Abruzzo 2008-11



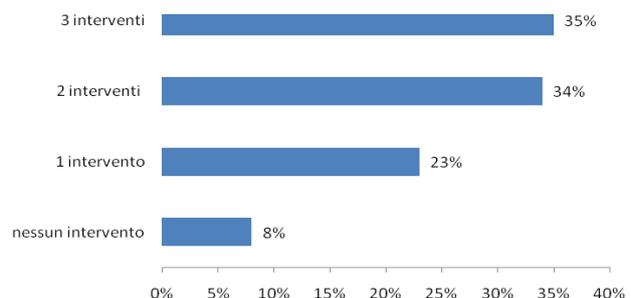
* escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Nelle ASL abruzzesi si sono rilevate differenze statisticamente significative, rispetto al dato regionale, relative a:
 - lettera d'invito (range dal 40% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona al 83% di Lanciano-Vasto-Chieti)
 - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 53% di Teramo al 70% di Lanciano-Vasto-Chieti)
 Le differenze riscontrate per la campagna informativa non sono significative (range dal 72 di Pescara% all'81% di Lanciano-Vasto-Chieti).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 54% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 63% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 67% ha visto una campagna informativa.

- I due terzi delle donne intervistate (69%) è stata raggiunta da tre (35%) o due (34%) degli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 30% delle donne ha ricevuto tre interventi, il 35% due interventi, il 25% un intervento e 10% nessun intervento.

Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening*
Donne 25-64 anni
Regione Abruzzo 2008-11

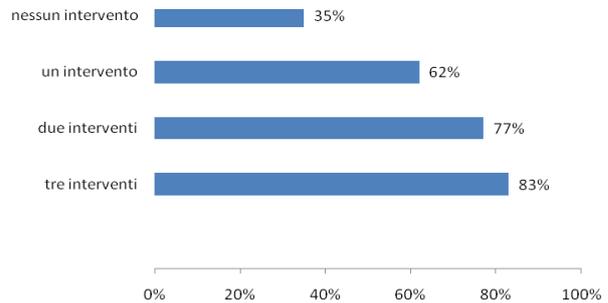


*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati: infatti ha eseguito il test la maggior parte delle donne che ha ricevuto almeno un intervento (62%), due interventi (77%) e tre interventi (83%) mentre solo un terzo (35%) di quelle non raggiunte da interventi di promozione.
- Anche a livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore sanitario come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Donne 25-64 anni
Regione Abruzzo 2008-11



Perché non è stato eseguito il test di screening?

- In Abruzzo il 28% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (17%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (11%).
- La mancata esecuzione del test pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 36% ritiene, infatti, di non averne bisogno.

Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Donne 25-64 anni
Regione Abruzzo 2008-11



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

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

Nella Regione Abruzzo, la copertura al test di screening si attesta di poco al di sotto della media nazionale (72% vs 75%); la quota di adesione spontanea è in linea a quella presente a livello nazionale (37%) e comunque superiore a quella rilevata all'interno del programma di screening (34%)

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e l'immigrazione straniera condizionano infatti la copertura al test; una particolare attenzione va posta, pertanto, nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione, lo screening cervicale attraverso un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

102

Bibliografia:

- Health Technology Assessment: Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino Epidemiol Prev 2012; 36 (3-4), maggio-agosto
http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf
- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

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

Nella Regione Abruzzo all'interno dei programmi di screening organizzati sono state invitate, nel periodo 2006-2009, oltre 126000 donne con un'adesione di circa il 50% (<http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Abruzzo2012mammo.pdf>)

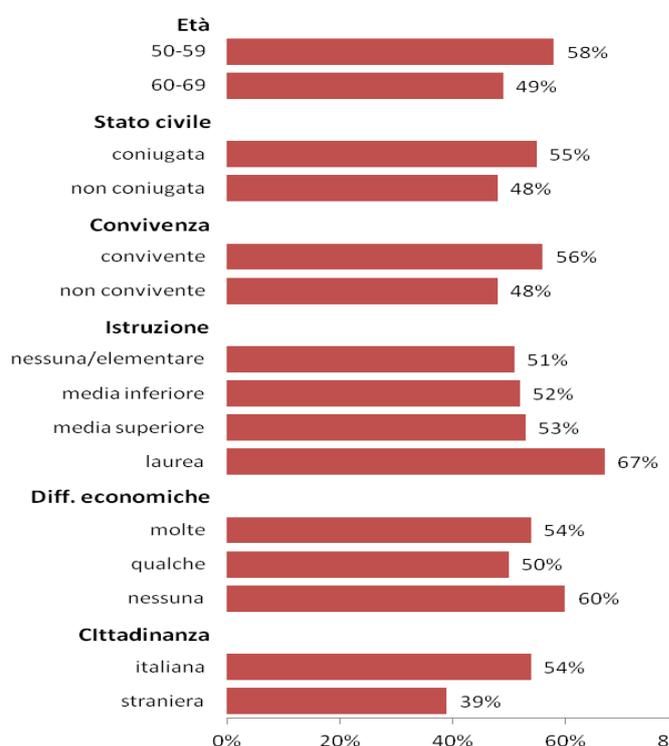
Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- In Abruzzo circa il 54% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta :
 - nella fascia 50-59 anni;
 - nelle coniugate/conviventi;
 - nelle laureate;
 - senza difficoltà economiche
 - nelle cittadine italiane.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'unica variabile che si mostra associata in maniera statisticamente significativa all'effettuazione della mammografia nel rispetto delle linee guida è l'età (comunque al limite della significatività)

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Abruzzo 2008-11

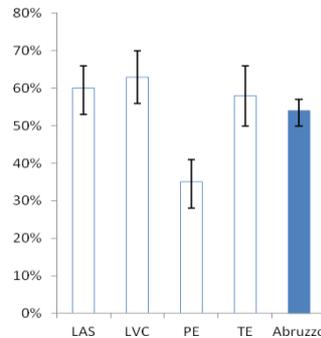
Totale: 53,6% (IC 95%: 49,9%-57,4%)



- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 47anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 54% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.
- In Regione l'unica ASL il cui valore si differenzia in maniera statisticamente significativa dal dato regionale relativo alla percentuale di donne che ha riferito di aver eseguito la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è la ASL di Pescara (range dal 35% di Pescara al 63% di Lanciano-Vasto-Chieti).

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



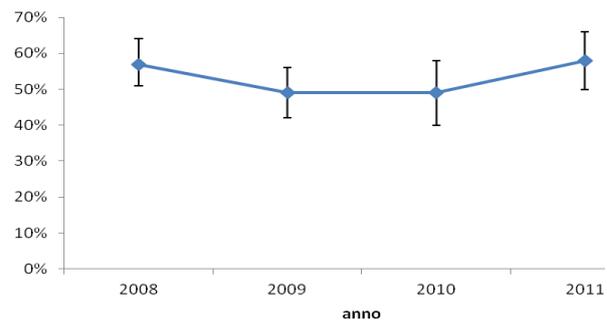
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Confronto su pool omogeneo regionale

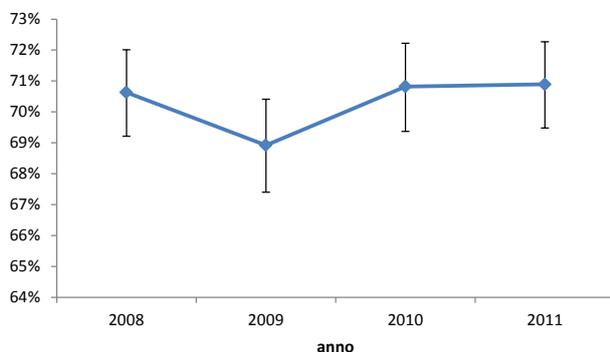
- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un andamento altalenante dell'indicatore nell'intero periodo osservato, rimanendo, comunque, lo stesso stabile se si considerano gli anni limite del periodo di osservazione (57% nel 2008, 58% nel 2011).

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**
Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
Donne 50-69 anni**
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

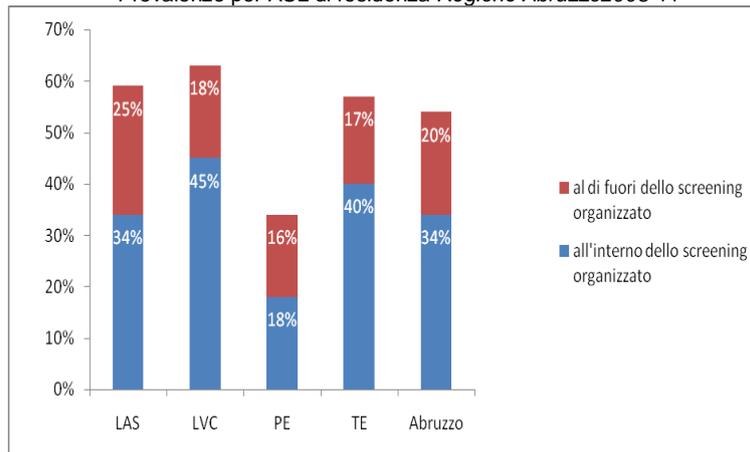
105

Quante donne hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella Regione Abruzzo, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 34% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 20% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

**Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Donne 50-69 anni**

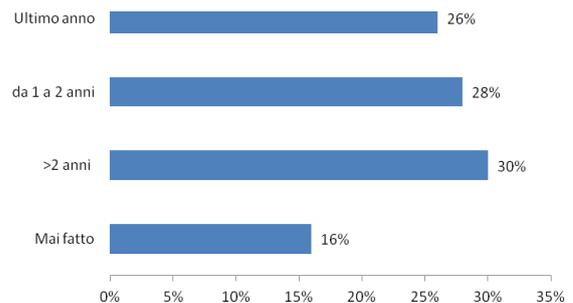
Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- Circa un quarto delle donne 50-69enni (26%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno.
- Il 16% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

Periodicità di esecuzione della Mammografia Regione Abruzzo 2008-11



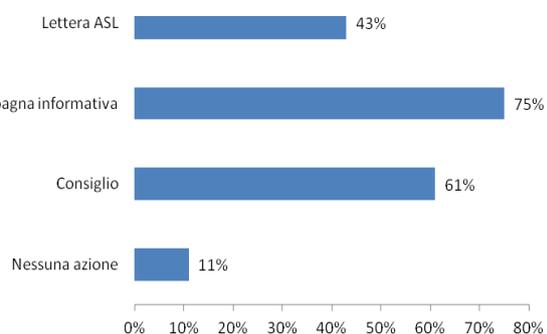
106

Quale promozione della Mammografia?

- Nella Regione Abruzzo:

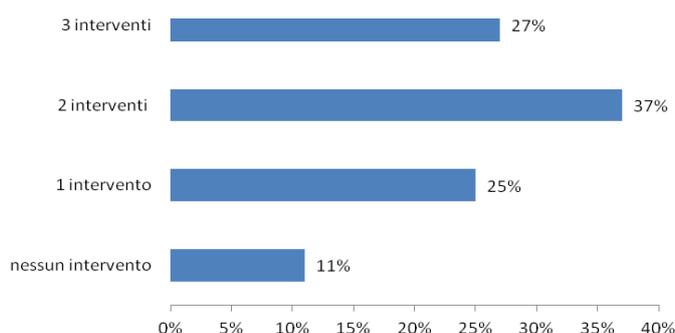
- il 43% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 75% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 61% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia
- l'11% non riferisce nessun intervento di promozione.

Promozione della Mammografia Regione Abruzzo 2008-11



- Nelle ASL regionali, rispetto al dato regionale, si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
 - lettera d'invito (range dal 22% di Pescara al 61% di Lanciano-Vasto-Chieti e Teramo)
 - campagna informativa (range dal 61% di Pescara al 81% di Lanciano-Vasto-Chieti e Teramo);
 - non sono significative le differenze riscontrate relativamente al consiglio dell'operatore sanitario (range dal 51% di Pescara al 68% di Lanciano-Vasto-Chieti)
 - .
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 64% delle donne ha ricevuto la lettera della ASL, il 65% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.
- Il 27% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 37% da due interventi ed il 25% da uno solo; l'11% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.

Numero di interventi di promozione ricevuti per la Mammografia
Regione Abruzzo 2008-11

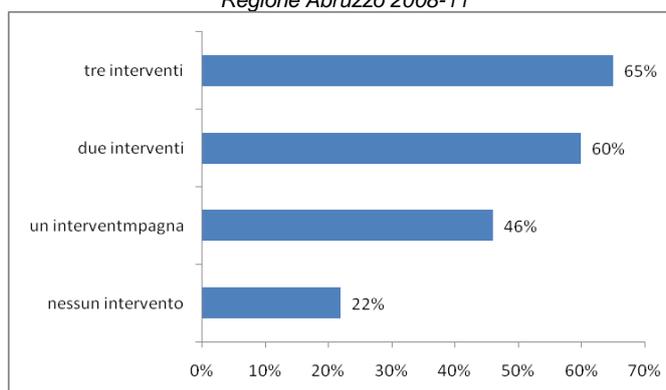


107

Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati: infatti ha eseguito la Mammografia circa i 2/3 delle donne che ha ricevuto due o tre interventi (rispettivamente il 60% ed il 65%), mentre solo un quinto (22%) di quelle non raggiunte da interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni
Regione Abruzzo 2008-11



Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

- In Abruzzo il 46% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (16%) o l'ha eseguita da oltre due anni (30%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 31% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida Regione Abruzzo 2008-11



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito la Mammografia all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea, in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale.

Nella nostra Regione, la copertura per il test di screening è sensibilmente inferiore alla media nazionale (54% vs 70%); ma se la quota di adesione spontanea è in linea a quella presente a livello nazionale (20% vs 19%) molto più bassa è la proporzione di coloro che hanno eseguito la mammografia all'interno dello screening organizzato (34% vs 50%).

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Bibliografia:

- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011
http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay-context=content/programmi-di-screening-italia-2011
- Osservatorio Nazioanle Screening. Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: risultati del progetto IMPATTO dei programmi di screening mammografico Pacini editore, 2011
<http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf>

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening infatti sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

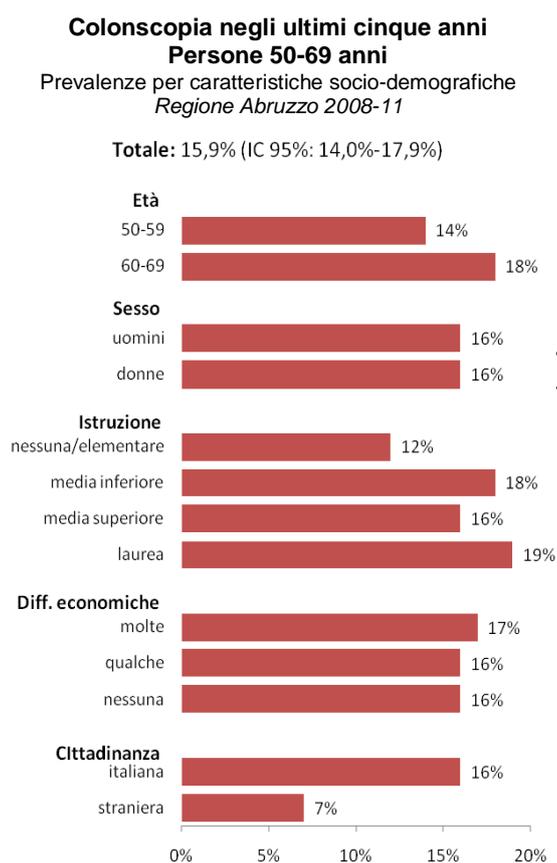
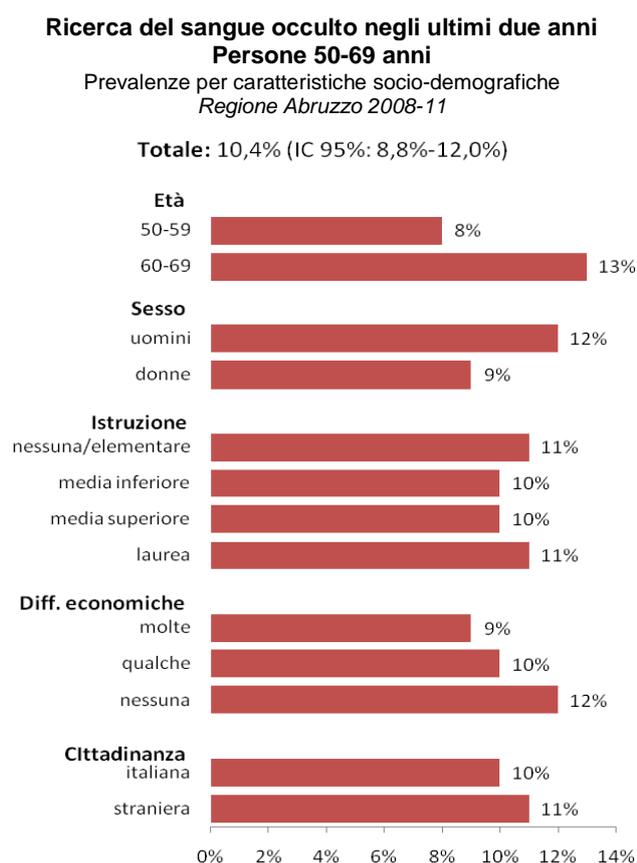
Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale; sono inoltre attivi 7 programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte e Asl di Verona).

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

Nella Regione Abruzzo i programmi di screening coloretale non sono ancora ben strutturati ed al 2010 era attivo un solo programma che interessava un'unica asl regionale (http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Abruzzo%20Colon_2010.pdf)

Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- In Abruzzo circa il 24% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- Il 10% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata più elevata nella fascia di età 60-69 e negli uomini. L'analisi logistica multivariata, separata per genere evidenzia per gli uomini un'associazione statisticamente significativa con l'età; nessuna associazione, statisticamente significativa, risulta per le donne.
- Il 16% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni. L'analisi logistica, separata per genere, evidenzia negli uomini un'associazione statisticamente significativa con l'età, con l'istruzione e con le condizioni economiche; nelle donne non si riscontra nessuna associazione statisticamente significativa.



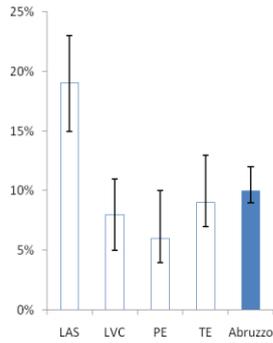
110

- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni è risultata significativamente più alta, rispetto al dato regionale, nella ASL di L'Aquila-Avezzano-Sulmona (range dal 6% della ASL Pescara al 19% della ASL L'Aquila-Avezzano-Sulmona).

Si osservano differenze statisticamente significative tra le ASL per la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni rispetto al dato regionale (range dal 7% della ASL Teramo al 25% della ASL Pescara).

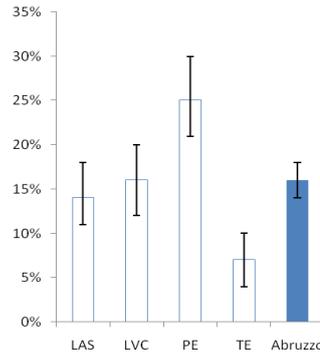
**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



**Colonscopia negli ultimi cinque anni
Persone 50-69 anni**

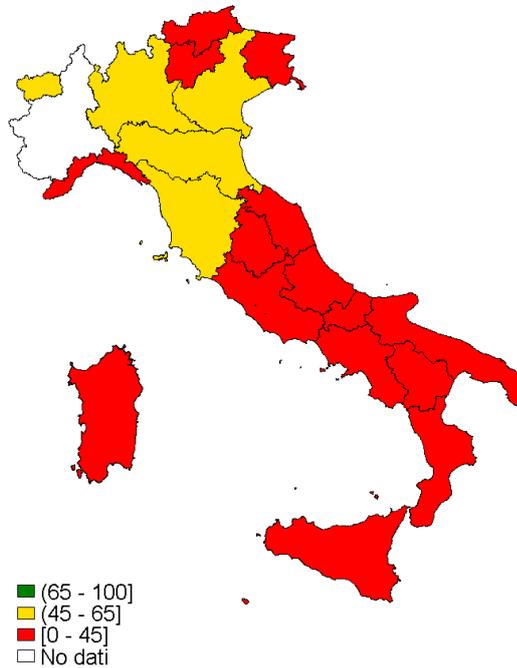
Prevalenze per ASL di residenza Regione Abruzzo 2008-11



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11*
Totale: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



*In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria
non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione*

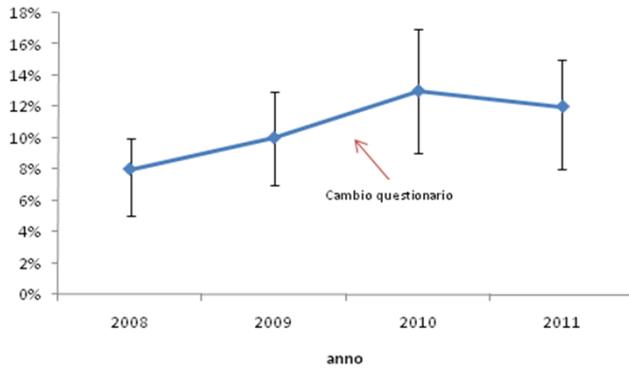
* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

Confronto su pool omogeneo regionale

- Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un modesto e non significativo aumento degli indicatori nell'intero periodo osservato, passando la ricerca del sangue occulto dall'8% del 2008 al 12% del 2011 e l'esecuzione della colonscopia dal 14% al 16%.

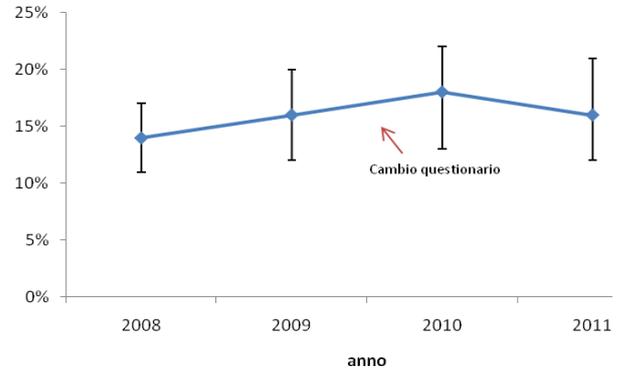
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11



Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per anno - Regione Abruzzo (pool omogeneo) 2008-11

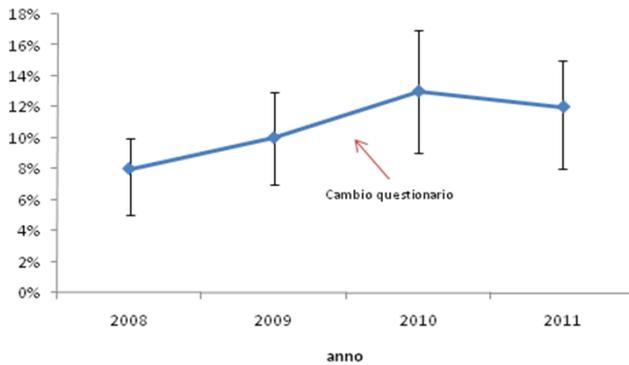


Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale*, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

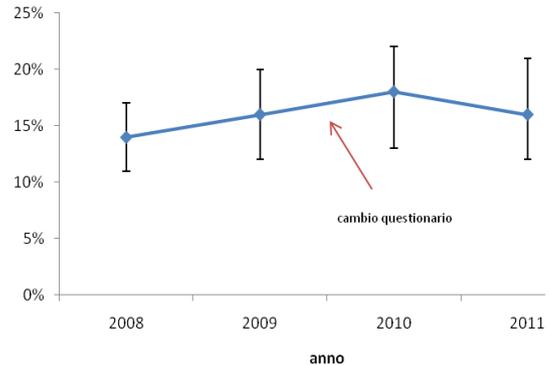
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

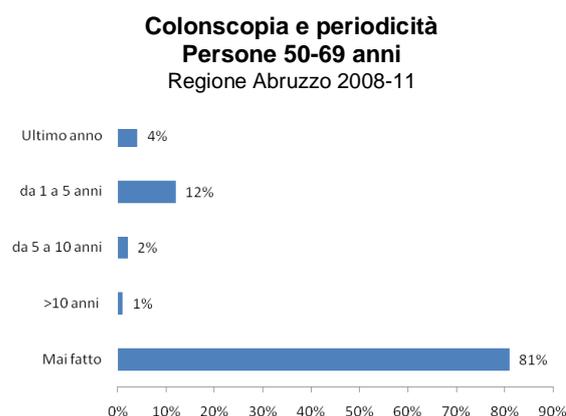
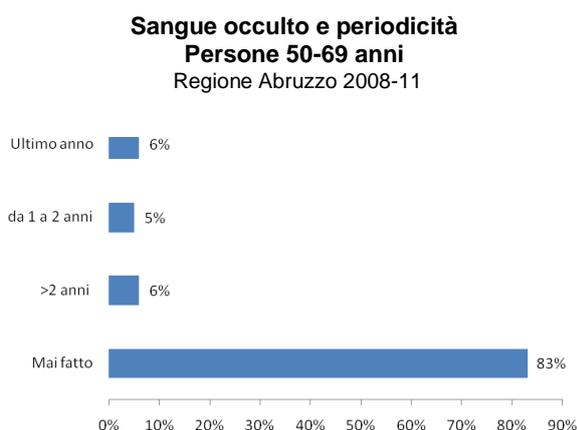
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11*



* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

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

- Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:
 - il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 5% da uno a due anni
 - il 6% da più di 2 anni
- l'83% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.
- Relativamente all'ultima colonscopia eseguita:
 - il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 12% da uno a cinque anni
 - il 2% da cinque a dieci anni
 - l'1% da più di dieci anni.
- Il 81% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.



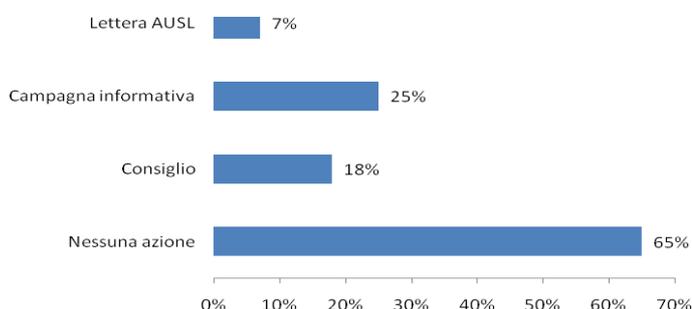
113

Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

- In Abruzzo:
 - il 7% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
 - il 25% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 18% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettaale.
- Nelle ASL regionali:
 - per la lettera d'invito il range dei valori va dal 2% della ASL di Pescara all'21% della ASL L'Aquila-Avezzano-Sulmona; (ambidue i valori si differenziano in maniera statisticamente significativa dal dato regionale);
 - per il consiglio dell'operatore sanitario il range va dal 9% della ASL Teramo al 32% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona (valore, quest'ultimo, significativamente differente dal dato regionale);
 - per aver visto o sentito una campagna informativa il range varia dal 13% della ASL Teramo al 38% di L'Aquila-Avezzano-Sulmona (valore, quest'ultimo, significativamente differente dal

Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci

Persone 50-69 anni
Regione Abruzzo 2010-11



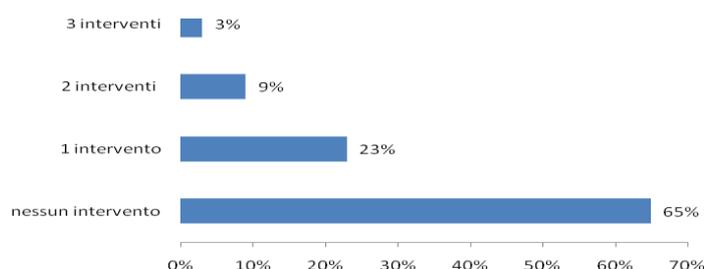
dato regionale).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

*Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

- Il 3% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 9% da due interventi di promozione ed il 23% da un solo intervento; il 65% non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale*, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.

**Interventi di promozione dell'ultima ricerca di sangue occulto nelle feci
Persone 50-69 anni
Regione Abruzzo 2010-11**



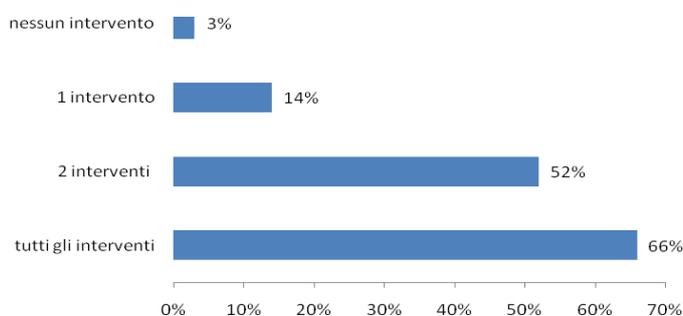
* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

114

Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

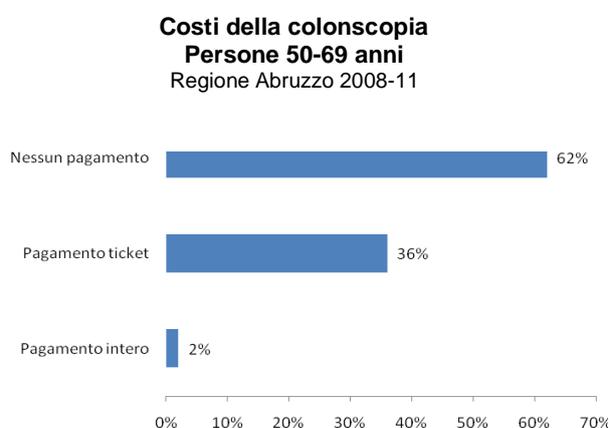
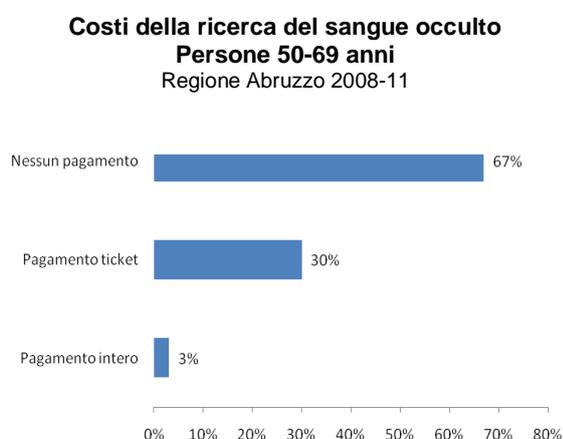
- In Abruzzo la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 3% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 66% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione. Questo comportamento conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati, come avviene all'interno dei programmi organizzati.

**Interventi di promozione ed effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci entro i tempi raccomandati
Persone 50-69 anni
Regione Abruzzo 2010-11**



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Abruzzo il 67% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 30% ha pagato solamente il ticket e l'3% l'intero costo dell'esame.
- il 62% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 36% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 2% l'intero costo dell'esame.

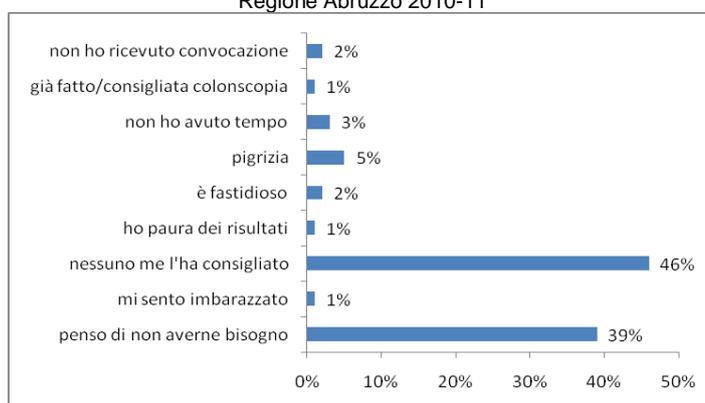


Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

115

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (39%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (46%). Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

Motivazione della non effettuazione della ricerca di sangue occulto nelle feci*
Persone 50-69 anni
Regione Abruzzo 2010-11



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

Conclusioni e raccomandazioni

In Abruzzo l'offerta dello screening del cancro del colon-retto non è ancora diffusa e nel periodo 2008-2011 si è raggiunto un livello di copertura del 24% nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di migliorabilità: infatti circa l'76% delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

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

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

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: In Abruzzo è stato intervistato un campione casuale di 4216 persone, selezionato dalle liste dell'Anagrafe Sanitaria Regionale. Il 50,5% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49,5% da uomini. L'età media è di 44 anni. Il 62% ha un livello di istruzione alto e il 58% un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 70% delle persone intervistate giudica positivamente il proprio stato di salute, mentre il 34% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: è completamente sedentario il 41% del campione mentre il 27% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 24% dei casi i medici si informano sul grado di attività fisica praticata e nel 25% dei casi consigliano genericamente di svolgerla.

Abitudine al fumo: il 32% degli intervistati è fumatore e il 16% ex fumatore. Il 95% di chi ha tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo. Il 90% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o quasi sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 32% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare: "ovunque" (6%) o in "alcune zone" (26%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 33% del campione è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. L'eccesso ponderale è trattato solo nel 25% dei casi con dieta. Il consumo di frutta e verdura risulta scarso: solo l'8% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando almeno cinque razioni al giorno.

Consumo di alcol: si stima che il 51% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 19% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 6% beve fuori pasto, l'11% è bevitore "binge" e il 5% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano nell'11% dei casi sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano di moderarne il consumo al 3% dei bevitori a rischio.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza presenta dei margini di miglioramento soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori: infatti se l'81% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 13% degli intervistati.

Il 94% utilizza sempre il casco.

Il 12% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista, mentre il 6% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Il 35% degli intervistati dichiara di essere stato fermato dalle Forze dell'Ordine almeno una volta negli ultimi 12 mesi.

Sicurezza domestica: nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Abruzzo, non è elevata: il 96% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che dichiara di essere ricorso al medico di famiglia o aver effettuato un accesso al Pronto Soccorso o un'ospedalizzazione a causa di un infortunio domestico, negli ultimi 12 mesi, è del 5%.

Vaccinazione antinfluenzale: nella Regione Abruzzo l'11% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le campagne antinfluenzali dal 2007 al 2011; la percentuale di persone con almeno una patologia cronica che si è sottoposta alla vaccinazione antinfluenzale è, nello stesso periodo, del 33%.

Vaccinazione antirosolia: In Abruzzo il 25% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia; si stima che tra le donne di 18-49 anni il 55% sia immune, il 3% suscettibile ed il 42% con stato immunitario non noto.

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso il 19% della popolazione abruzzese, tra i 18 e 69 anni; il 76% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 14% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Circa il 26% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 34% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su quattro (25%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 9% degli intervistati tra i 35-69 anni riferisce di aver avuto la valutazione del rischio cardiovascolare da parte del proprio medico.

Sintomi di depressione: in Abruzzo il 7% circa delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione. Le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero: il 72% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni come raccomandato

Screening neoplasia della mammella: il 54% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato .

Screening tumore del colon retto: in Abruzzo per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali il 10% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni ed il 16% ha riferito di aver effettuato una colonscopia negli ultimi cinque anni (come raccomandato)

APPENDICE

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (www.passidati.it):

- Tasso di risposta
- Tasso di sostituzione
- Tasso di rifiuto
- Tasso di non reperibilità
- Tasso di eleggibilità "e"
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- Modalità di reperimento del numero telefonico
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori di alcuni indicatori per la Regione Abruzzo:

	2008	2009	2010	2011
Interviste effettuate	1494	1111	760	851
Tasso di risposta	93,2%	95,9%	96,9%	93,4%
Tasso di sostituzione	6,8%	4,1%	3,1%	6,6%
Tasso di rifiuto	4,4%	3,3%	2,4%	4,9%
Lettere ricevute	74,7%	73,9%	77,7%	75,3%
Durata media intervista	22'	21'	23'	23'

118

Per meglio comprendere il significato dei dati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- **Non eleggibilità:** le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Senza telefono rintracciabile:** le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

- **Tasso di risposta**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RRI = \left[\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

- **Tasso di sostituzione**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

Pur avendo i sostituti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

- **Tasso di rifiuto**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$REF1 = \left[\frac{n^{\circ} \text{ rifiuti}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

119

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere),
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).