

Riferimenti - Analisi di contesto alimentazione

Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. He FJ, MacGregor GA. 2002. : Journal of Human Hypertension, 2002, Vol. 16, p. 761-70 .

Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-Sodium Trial. Vollmer WM et al, 2001. : Ann Intern Med, 2001, Vol. 135, p. 1019-1028.

G.I.R.C.S.I., Gruppo di lavoro intersocietario per la riduzione del consumo di sale in Italia. [Online]
<http://www.menosalepiusalute.it/>.

Guadagnare Salute : [Online] Iss - Ministero della Salute - Ccm - Cnesps. <http://www.guadagnaresalute.it/>.

Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. [Online] Epicentro-Iss. <http://www.epicentro.iss.it/>.

Il Progetto Cuore. Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. [Online] Iss-Ccm-Guadagnare Salute. <http://www.cuore.iss.it/>.

L. Manzoli, S. Chiadò Piat, L. Capasso, et al. 2009. Gli abusi farmacologici, alimentari, da alcool, fumo e droga nelle diverse categorie professionali. Risultati di un'indagine conoscitiva su 4024 giovani lavoratori abruzzesi: il Progetto Valentino. *Annali di Igiene: medicina preventiva e di comunità*. 2009, Vol.21, p. 211-230.

Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Direzione Generale della Prevenzione. 2014. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. 2014.

Ministero della Salute. *Quadro generale sullo stato di salute del Paese*.

OKkio alla SALUTE Risultati dell'indagine 2012. Regione Abruzzo.

Salute e Invecchiamento Attivo nella regione Abruzzo. Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più "PASSI d'Argento" Indagine 2012-2013. 2013.

Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Chobanian AV et al. 2003.: Hypertension, 2003, Vol. 42, p. 1206-1252.

Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2008-2011. Abruzzo. 2011.

Sistema informativo territoriale su sanità e salute Health For All - Italia. Istat.

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010. Regione Abruzzo. 2010.

WHO. 2013. *Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. 2013.

—, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. [Online]



Allattamento al seno

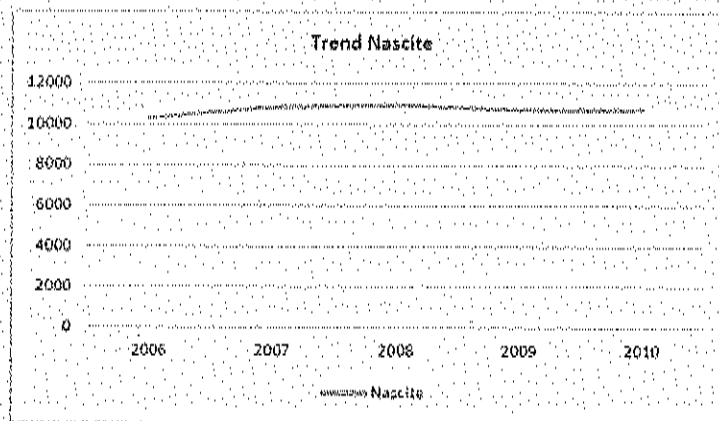
Nel documento del PNP 2014-2018, in riferimento alle azioni per contrastare l'eccesso ponderale, si sottolinea l'importanza dello sviluppo di programmi/interventi volti a favorire l'allattamento al seno, come fondamentale strumento di prevenzione.

Dati demografici regione Abruzzo

L'Agenzia Sanitaria Regionale ha analizzato l'andamento delle nascite della regione nel periodo 2006-2010, attraverso le schede di dimissione ospedaliera dei presidi abruzzesi.

Il fenomeno delle nascite in Abruzzo, nel quinquennio 2006-2010, mostra un andamento costante, sempre al di sopra dei 10.000 nati annui con un leggero incremento nell'anno 2008 in cui il numero dei nuovi nati è stato vicino alle 11.000 unità.

Figura 20 Andamento delle nascite nei P.O. abruzzesi nel quinquennio 2006-2010



La maggior parte dei neonati risulta avere cittadinanza italiana (circa il 97% del totale); gli stranieri rappresentano invece quasi il 3% dei casi osservati. L'andamento temporale delle nascite di neonati di cittadinanza straniera ha subito un incremento progressivo tra il 2006 ed il 2010 (figura 51).

Circa 7 neonati su dieci (sia stranieri che italiani) registrano il DRG 391 (neonato normale).

Tra i paesi di origine dei neonati con cittadinanza straniera, Albania, Cina, Romania e Marocco rappresentano circa un terzo del totale degli stessi (figura 53).

Figura 51 Andamento percentuale dei neonati stranieri nel quinquennio 2006-2010 nei PO della Regione Abruzzo

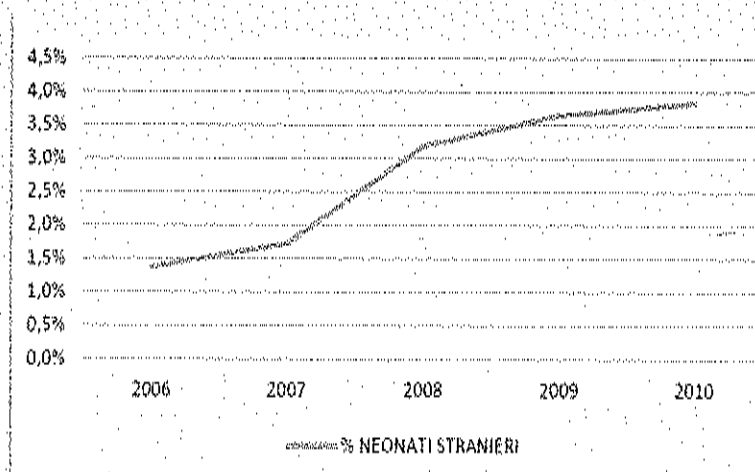
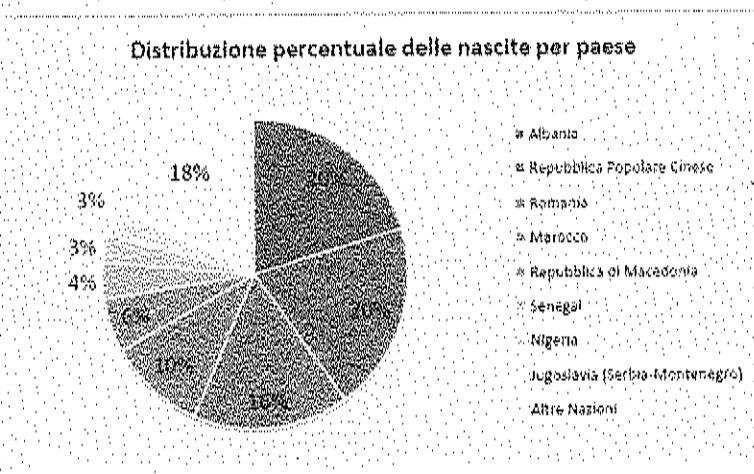
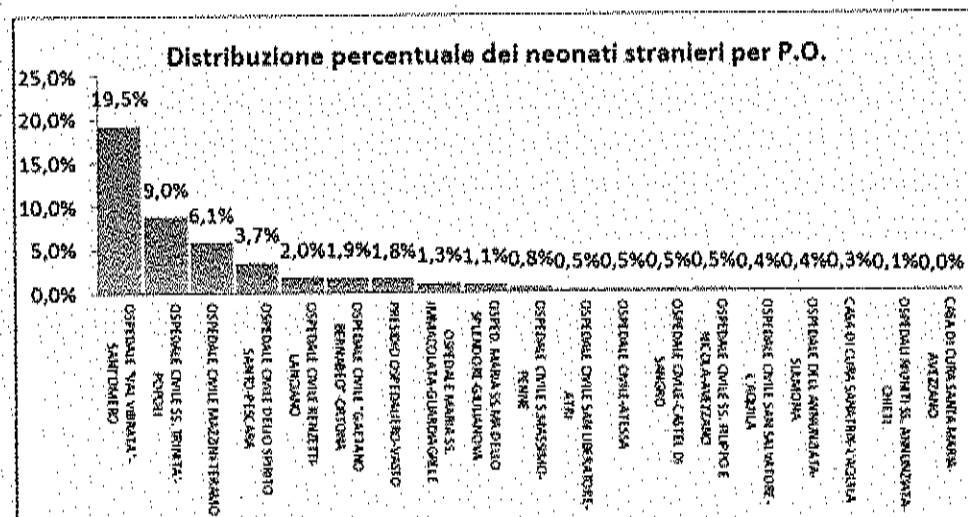


Figura 52 Distribuzione percentuale totale delle nascite nei P.O. della Regione Abruzzo per paese di origine dei genitori. Anni 2006-2010



I Presidi Ospedalieri di Pescara e Chieti risultano essere quelli con maggior numero di parti sul totale della Regione. In particolare si evince che il P.O. di Pescara si assesta intorno al 20% costante dei parti mentre l'Ospedale SS. Annunziata di Chieti ha avuto un progressivo aumento delle nascite. L'Ospedale dove nascono la maggior parte dei cittadini di cittadinanza straniera è il P.O. "VAL VIBRATA" di Sant'Omero con una percentuale complessiva dell'intero periodo considerato dei nuovi nati stranieri sul totale di circa il 20%.

Figura 53 Distribuzione percentuale delle nascite di cittadinanza stranieri nei P.O. della Regione Abruzzo. Anni 2006/2010



Per quanto attiene l'età media delle partorienti, rispetto alla tipologia di parto, si evince che non c'è una differenza significativa tra l'età media di chi effettua il parto cesareo verso chi fa il parto naturale (33 vs. 32 anni). Le donne con cittadinanza straniera hanno una età media inferiore di circa 4 anni rispetto alle donne italiane e tale differenza è statisticamente significativa (t test - p<0,001).



Figura 54 Numero di parti per DRG e cittadinanza. Anno 2010

Org	Descrizione DRG	Tipo Org	Peso Org	Cittadinanza Italiana		Cittadinanza Straniera	
				Degenza media	Età media*	Degenza media	Età media*
370	Parto cesareo con cc	C	0,96	7	34	7	31
371	Parto cesareo senza cc	C	0,73	5	33	5	30
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	M	0,56	5	34	5	24
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,44	3	32	3	28
374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	0,69	4	32	4	30
375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizz. e/o dilat. e raschiamento	C	0,91	9	35	13	38
totale				4	33	4	29

*test t - $p < 0,001$

Conclusioni

Riguardo l'andamento delle nascite, sia a livello nazionale che regionale, abbiamo un quadro piuttosto chiaro del fenomeno, grazie al consistente materiale disponibile in ragione del fatto che attraverso le schede di dimissione ospedaliera e i CeDAP è possibile disporre di molti dati.

Mentre sulla prevalenza dell'allattamento al seno i dati sono scarsi o addirittura assenti come nel caso di molte regioni, tra cui l'Abruzzo. Le iniziative del Ministero della Salute e degli enti internazionali volte a promuovere ed incentivare l'allattamento al seno non mancano, tuttavia non se non conosce l'efficacia a causa della mancanza di monitoraggio a lungo termine.

È stato visto che, in generale, l'allattamento al seno non viene protratto a lungo anche a causa di disuguaglianze sociali, quali la nazionalità della madre e la sua scolarizzazione.

Occorre dunque incrementare quei progetti il cui obiettivo è promuovere e sostenere l'allattamento al seno, ponendo l'attenzione su un maggiore coinvolgimento da parte degli operatori sanitari che ruotano attorno alle figure della madre e del bambino (ginecologi, ostetriche, neonatologi, pediatri ecc.) affinché le informazioni fornite siano il più possibile chiare ed accessibili a tutti.

Inoltre risulta necessario attivare un monitoraggio regionale della *compliance* all'allattamento al seno non solo alla dimissione dal parto ma soprattutto durante i primi sei mesi di vita del bambino, per assicurargli un primo step verso la prevenzione dell'obesità in età adulta, oltre agli altri riconosciuti benefici alla salute.



Riferimenti - Allattamento al seno

ASR ABRUZZO. 2010. *Le nascite in Abruzzo Anni 2006-2010. Schede di dimissione ospedaliera*

Commissione Igiene e Sanità del Senato. 2010. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale. NASCERE SICURI.*

Istat. 2006. *Gravidanza, parto, allattamento al seno 2004 – 2005.*

Istat. 2013. *Natalità e fecondità della popolazione residente anno 2012.*

Ministero della Salute 2010. *Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2010.*

Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Direzione Generale della Prevenzione. 2014. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.* 2014.

Ministero della Salute. 2007. *Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno.*

WHO. Exclusive breastfeeding. http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

WHO/UNICEF. 1989. *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*



Fattori di rischio modificabili : Sedentarietà

Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari, modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora. Fumo, consumo dannoso di alcol, dieta non corretta e inattività fisica sono comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia o durante l'adolescenza.

La sana alimentazione e lo stile di vita attivo rappresentano un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. La promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione sono temi di interesse primario per la sanità pubblica e hanno ricadute così positive sullo stato di salute della popolazione da meritare di occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria strategica.

Nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, riguardo l'attività fisica emerge il seguente obiettivo centrale:

- 1) **Obiettivo:** Aumentare l'attività fisica delle persone

ANALISI DI CONTESTO SEDENTARIETÀ: I DATI DI SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE

L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: L'ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronic-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderato per i bambini	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
⁹ Bambini definiti fisicamente non attivi**	0%	24%	16%	22%	17,4%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	55%	70%	63%	67,2%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	38%	46%	49%	46,2%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	9%	14%	14%	16,1%

⁹ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **



Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra regione fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 4 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena il 14% (12% delle femmine e il 16% dei maschi) svolge un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, questo è anche legato alla diffusa abitudine di recarsi a scuola con mezzi motorizzati, di giocare poco all'aperto e di non fare sufficienti attività sportive strutturate. I dati sopra riportati indicano comunque che i nostri bambini sono ancora ben lontani dal raggiungere livelli ottimali di attività fisica e anzi sembra esserci una tendenza all'aumento dei "Non attivi". Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE

La crescente disponibilità di televisori e videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il momento della televisione si associa spesso all'assunzione di cibi fuori pasto che può contribuire al sovrappeso/obesità del bambino. Evidenze scientifiche mostrano che la diminuzione del tempo di esposizione alla televisione da parte dei bambini è associata ad una riduzione del rischio di sovrappeso e dell'obesità a causa prevalentemente del mancato introito di calorie legati ai cibi assunti durante tali momenti.

Per un confronto

	Valore desiderabile per i bambini	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	49%	38%	44%	35,6%
Bambini con televisore in camera	0%	50%	46%	46%	44,0%

Conclusioni

Nella nostra regione sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei.

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che quasi la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo il 56% dei bambini di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi). Rispetto al 2010 si nota un incremento del dato riguardante l'eccessivo tempo trascorso davanti a TV e videogiochi che ci porta molto al di sopra del valore nazionale.



Tabella 4 : "Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la televisione?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6.39 (64)	4.56 (46)	3.18 (32)
Mezz'ora	18.86 (189)	11.79 (124)	11.34 (114)
1 ora	30.64 (307)	23.10 (243)	24.18 (243)
2 ore	22.06 (221)	26.14 (275)	28.86 (290)
3 ore	10.78 (108)	18.44 (184)	17.71 (178)
4 ore	4.99 (50)	8.56 (90)	7.26 (73)
5 ore	1.50 (16)	4.47 (47)	4.68 (47)
6 ore	1.50 (16)	0.86 (9)	0.90 (9)
>= 7 ore	2.99 (30)	2.09 (22)	1.89 (19)
Totale	100 (1002)	100 (1092)	100 (1006)

Rapporti con i pari

Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (Laible, 2004). Le interazioni sociali tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extra-familiare. L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi.

Tabella 5 : "Quanto spesso parli con i tuoi amici o gli mandi messaggi (SMS o hai contatti con loro tramite internet?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	22.30 (223)	9.01 (95)	3.78 (38)
1-2gg/sett.	20.60 (206)	10.72 (113)	5.68 (57)
3-4gg/sett.	16.00 (160)	10.34 (109)	10.06 (101)
5-6gg/sett	8.60 (86)	9.30 (98)	9.26 (93)
Tutti i giorni	32.50 (325)	60.63 (639)	71.22 (715)
Totale	100 (1000)	100 (1054)	100 (1004)



Conclusioni

I dati regionali scaturiti dall'indagine HBSC evidenziano quanto i comportamenti sedentari siano particolarmente diffusi tra gli adolescenti, come noto, tali comportamenti rappresentano un vero e proprio fattore di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche in età adulta. L'attività fisica è prevalentemente svolta durante l'orario scolastico e nell'ambito di attività sportive organizzate, mediamente 2-3 volte a settimana, esiste inoltre una percentuale piccola ma significativa di ragazzi che non pratica mai attività fisica. Possono spiegare in parte tali comportamenti sedentari ad esempio l'organizzazione dei centri urbani che non sempre

favorisce il movimento a piedi o in bicicletta, la scarsa presenza di spazi all'aperto facilmente fruibili per camminare o giocare, l'abitudine sedentaria della famiglia e l'attrazione dei ragazzi verso i mezzi a motore. I benefici che si traggono dallo svolgimento di una attività motoria regolare si riflettono non solo nello sviluppo corporeo ma anche nella socialità e nell'autonomia del ragazzo, risulta utile dunque diffondere tra i ragazzi l'importanza dell'attività fisica strutturata e non, per la loro crescita. È importante osservare che l'attrattiva per i programmi televisivi, la disponibilità di giochi elettronici, l'evoluzione tecnologica, che permettono ai ragazzi di relazionarsi con i propri pari senza uscire di casa, alimentano i comportamenti sedentari in modo particolare nei 13-15enni particolarmente interessati ai nuovi strumenti elettronici e dalla TV.

ANALISI DI CONTESTO SEDENTARIETÀ: I DATI DI SORVEGLIANZA PASSI

I dati di sorveglianza PASSI consentono di stimare il livello di attività fisica svolta dalla popolazione adulta. Nel pool di Asl Passi 2008-2012, meno di un terzo degli intervistati, il 28.5 %, è risultato 'attivo'¹; il 31.0 % 'parzialmente attivo'² e il 40.5 % 'sedentario'³, cioè meno di un terzo della popolazione adulta abruzzese raggiunge i livelli minimi di attività fisica raccomandati e tale proporzione è significativamente inferiore al dato nazionale (pari a 33.1 %, $p < 0.001$).

Anche nel caso dell'attività fisica, si rilevano differenze di genere statisticamente significative, in particolare rispetto alla proporzione di sedentari più bassa tra gli uomini (37.7 % vs 43.3 %, $p < 0.001$) e tra i più giovani (37.0 % nei soggetti di 18-34 anni; 40.5 % in quelli di 35-49 anni; 43.4 % in quelli di 50-69 anni, $p < 0.01$).

Sono rilevabili differenze nell'andamento temporale della proporzione di sedentari e attivi tra uomini e donne.

Nel sottocampione maschile (pool di Asl) si rileva un aumento globale della proporzione di soggetti sedentari, anche se il trend appare più evidente nei primi tre anni dello studio Passi (tale tendenza complessiva risulta statisticamente significativa a un livello di $p = 0.07$). Di contro, la proporzione di uomini 'attivi' appare relativamente costante nel tempo (Figura 55). Nelle donne, al contrario, il livello di sedentarietà, dopo il primo triennio di aumento, appare in diminuzione nel 2011 e 2012 (trend non significativo statisticamente). In corrispondenza si rileva un andamento statisticamente significativo verso l'aumento della frazione di intervistate che sono 'attive' evidente a partire dal 2010 ($p < 0.001$) (Figura 55).



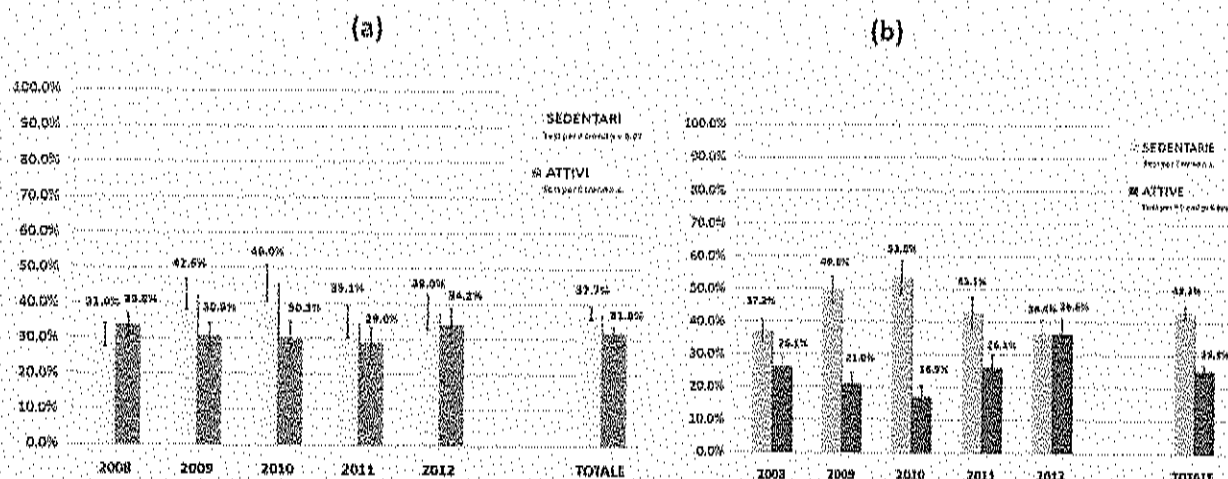
Figura 55 Andamento temporale della prevalenza % di uomini e donne 'Sedentari' e di 'Attivi'.

Abruzzo – Passi 2008-2012

¹Soggetti 'fisicamente attivi' = persone di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o aderire alle linee guida sulla attività fisica (30 min di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni settimanali).

²Soggetti 'parzialmente attivi' = 'persone di età 18-69 anni che riferiscono di non svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma di aver fatto qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida, cioè meno di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o meno di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali'.

³Soggetti 'sedentari' = 'persone di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista'.



La prevalenza di soggetti sedentari e attivi si presenta significativamente disomogenea nel territorio abruzzese sia nel sottocampione degli uomini che in quello delle donne.

In particolare:

- nella ASL di Pescara è massima la proporzione di uomini e di donne 'sedentari/e' rispettivamente pari a 55.0 % e 62.2 %, mentre essa è minima nella ASL dell'Aquila ancora una volta per entrambi i sessi rispettivamente 25.3 % e 33.3 %.
- la prevalenza di uomini sufficientemente 'attivi' risulta massima nella ASL dell'Aquila (uomini 41.6 %) mentre quella massima per le donne nella ASL di Teramo (32.7 %); i valori minimi si rilevano nella ASL di Pescara sia per gli uomini con il valore di 21.1 % che per le donne con il valore di 13.8 %.

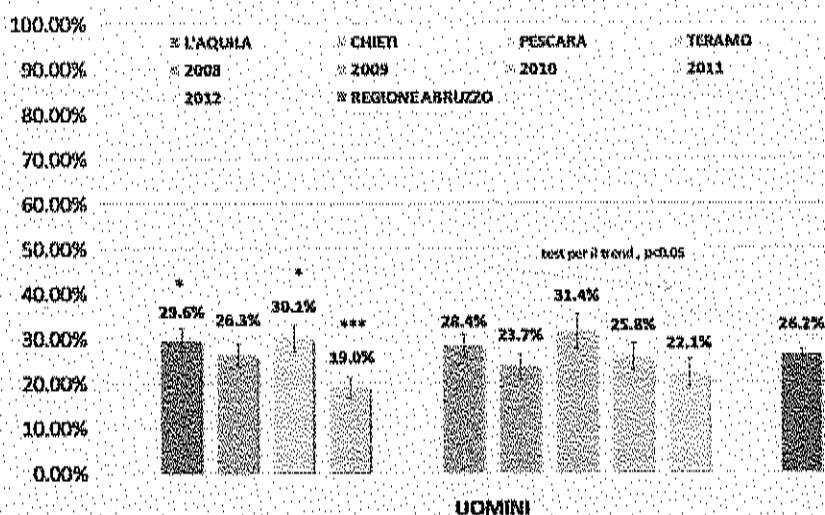
Counselling sanitario. Solo un quarto dell'intero campione PASSI Abruzzo 2008 – 2012 (il 24.2 %) riferisce che 'negli ultimi 12 mesi le/gli è stato chiesto da un medico o da un operatore sanitario se facesse una regolare attività fisica', senza differenze significative tra i due sessi ma con una proporzione significativamente più alta in coloro con un titolo di studio più alto.

In proporzione vicina (26.2 %) il campione dichiara di aver ricevuto suggerimenti sulla pratica dell'attività fisica. Anche in questo caso si rileva una differenza significativa rispetto al titolo di studio, con proporzioni crescenti all'elevarsi del livello di istruzione. Esattamente la metà degli stranieri rispetto agli italiani (il 13.0 %) riferisce di aver ricevuto consigli sull'attività fisica. Tali variabili socio-demografiche si mantengono statisticamente determinanti anche quando combinate in un modello multiplo.

La Figura 56 riporta l'andamento per ASL e per anno di rilevazione di questo indicatore mostrando come in due ASL, L'Aquila e Chieti la proporzione di counseling da parte degli operatori sanitari è stimata significativamente superiore in confronto al valore regionale totale (rispettivamente +3.4 % e +3.9 %, $p < 0.05$), mentre nel territorio di Teramo è significativamente minore (- 7.2 %, $p < 0.001$). Il trend temporale risulta in diminuzione dal 2008 al 2012 nella Regione ($p < 0.$), essendo diminuita la proporzione di risposte affermative del 6.3 %.



Figura 56 Proporzioni di soggetti che riferiscono di aver ricevuto suggerimenti per svolgere attività fisica, per ASL di appartenenza e anno di rilevazione. Abruzzo – Passi 2008-2012



In sintesi, dall'analisi di contesto riferita alla popolazione abruzzese adulta (18-69 anni) emerge che:

- Più del 40 % della popolazione si stima essere sedentaria, cioè non svolge alcun tipo di attività fisica né lavorativa né ricreativa e meno del 30 % raggiunge i livelli minimi raccomandati (meno le donne rispetto agli uomini).
- Il livello di sedentarietà sta aumentando nel tempo negli uomini anche se la proporzione di 'attivi' si mantiene costante, mentre il livello di sedentarietà sta diminuendo nelle donne a fronte di un aumento della proporzione di 'attive'.
- Circa un quarto del campione di adulti è stato interrogato da un operatore sanitario rispetto al proprio stile di vita attivo e altrettanto ha ricevuto consigli per aumentare il livello di attività fisica svolta fino al raggiungimento delle raccomandazioni.
- Si rilevano differenze territoriali tra le diverse ASL – province abruzzesi, sia rispetto al livello di attività fisica svolta, sia rispetto al counselling sanitario.

ANALISI DI CONTESTO SEDENTARIETÀ: I DATI DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO (PDA)

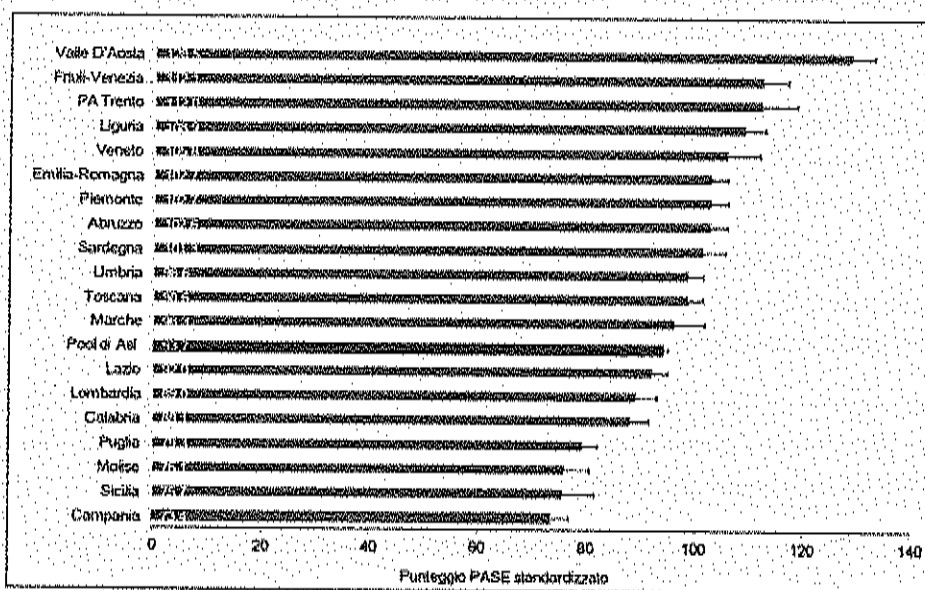
Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza sugli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra gli uomini e le donne con 65 anni e più. Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "Raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. Nell'indagine **PASSI d'Argento** si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (*Physical Activity Score in Elderly: PASE*) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana; e considera sia le attività sportive, sia quelle ricreative (ginnastica e ballo), sia i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato uno punteggio che tiene conto del tempo(h/d) dedicato all'attività o della sola partecipazione (si/no) all'attività e del tipo di attività (più o meno intensa). Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività



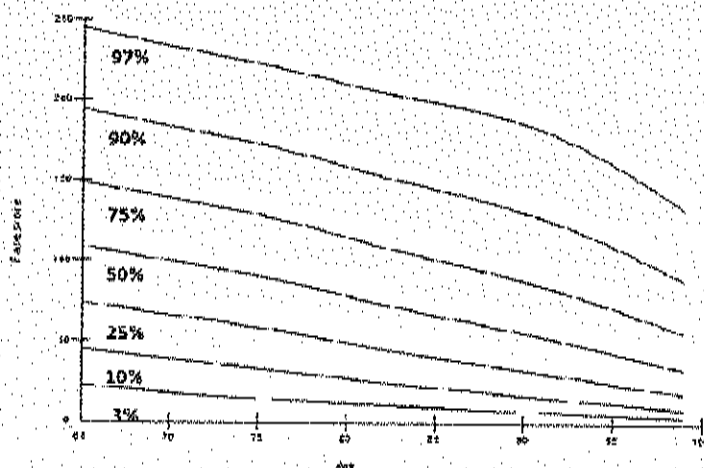
pesate. Sono stati definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxy (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con il soggetto) per effettuare l'intervista. I dati raccolti nell'indagine 2012 del PDA ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana. Il valore mediano è pari a 93.3 con range (1,4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori medi della popolazione calcolati per uomini e donne sono statisticamente differenti (99 vs 90). La popolazione con 65 anni e più è molto eterogenea ed è importante tener conto delle note differenze tra uomini e donne e delle caratteristiche che si assumono con l'avanzare dell'età.

Quante sono le persone con 65 o più anni attive fisicamente?

Non esistono degli standard universalmente accettati per l'attività fisica delle persone con 65 anni e più misurabili con il punteggio PASE, vista anche la grande variabilità delle loro condizioni di salute. Standardizzando i valori per genere ed età per le regioni/aziende che hanno partecipato ai Passi d'Argento, si ottiene un diagramma a barre che illustra il valore della media e il relativo intervallo di confidenza.



Al fine di utilizzare per l'azione i valori del PASE, si sono costruite su tutta la base di dati del pool nazionale delle curve percentili, in numero di 6, per genere (2) e gruppi di età (3). A titolo di esempio, viene mostrata la curva dei percentili principali per l'intera popolazione ultra sessantaquattrenne del pool di PASSI d'Argento.



In mancanza di cutoff (valori soglia) validi universalmente, per la comprensione del livello di attività fisica delle persone si forniscono delle informazioni che, per essere usate dal punto di vista operativo, devono essere integrate con altre. Per esempio, in Abruzzo il 6% delle donne fra 65 e 74 anni ha un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale). Il livello di AF è certamente basso. E' necessario tuttavia avere altre fonti di informazione che permettano di stimare se si tratta di inattività fisica modificabile e in quale misura. La tabella seguente mostra la percentuale di persone della nostra regione, eleggibili alle analisi sull'attività fisica, che hanno un punteggio PASE al di sotto di alcuni valori percentili selezionati (50°, 25°, 10°) rilevati sul pool nazionale.

Gruppi di età	Campione di persone in Regione/ASL eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n(%)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
Uomini 65-74	279 (26%)	43%	23%	8%
Uomini 75-84	165(15%)	47%	21%	7%
Uomini 85 e più	32(3%)	41%	22%	7%
Donne 65-74	338 (33%)	37%	16%	6%
Donne 75-84	235(21%)	41%	14%	1%
Donne 85 e più	25(2%)	54%	0%	0%
Totale persone con 65 anni e più	1074(100%)	42%	18%	5%

* Gli eleggibili sono le persone autonome nella deambulazione e che non hanno usufruito dell'aiuto del proxy per sostenere l'intervista.

** Totale dati raccolti nell'indagine PDA 2012/2013.



In Abruzzo le persone di 65 anni e più (comprehensive dei disabili nella deambulazione e anziani con problemi cognitivi) sono 284450 così distribuite per genere e classe di età:

Genere	Classe di età	Numero
Uomini	65-74	63634
Uomini	75-84	45070
Uomini	85 e +	13876
Donne	65-74	70093
Donne	75-84	62381
Donne	85 e +	29396
Totale	///////	284450

Utilizzando i dati delle due tabelle precedenti è possibile stimare, per i differenti percentili, il numero di anziani sui quali intervenire con programmi di prevenzione specifici per stimolare la pratica dell'attività fisica e dei relativi costi da supportare. Pertanto se vogliamo intervenire sul gruppo di anziani di 65-74 anni con

valori di punteggio PASE inferiori al 10°percentile e quindi con una situazione di chiara sedentarietà, sappiamo che il nostro lavoro interesserà circa 5100 maschi e circa 4200 donne; se invece vogliamo comprendere nei programmi di attività fisica anche le persone "Poco attive" classificate al di sotto del 25° percentile, ne conseguirà un aumento delle persone da coinvolgere che, sempre nella fascia 65-74, saranno rappresentate da circa 14600 uomini e circa 11200 donne, con aumento progressivo dei costi all'aumentare dei gruppi interessati dagli interventi. Tali stime comprendono l'intera popolazione anziana in quanto la promozione dell'attività fisica non si esaurisce con gli interventi rivolti alla popolazione "Eleggibile" ma devono essere previsti anche specifici programmi di attività fisica adattata o di mobilitazione passiva rivolti alle persone con difficoltà alla deambulazione e/o difficoltà cognitive.

LA PROMOZIONE DELL' ATTIVITÀ FISICA NEI LUOGHI DI LAVORO

I dati di sorveglianza PASSI evidenziano differenze soggettive nella popolazione di età compresa tra 18-34 e 35-49. Nella fascia di età 35-49 (popolazione attiva, che lavora) si registra una percentuale maggiore di sedentarietà rispetto alla fascia di età 18-34 (popolazione che studia).

Tale percentuale appare maggiore soprattutto nella popolazione maschile rispetto a quella femminile, gli uomini di età tra i 35-49 sembra abbiano uno stile di vita più sedentario ed un BMI rilevante un alto indice di obesità.

Analisi Contesto Ambientale

- Piste ciclabili
- Zone a traffico limitato
- Ambiente scolastico (*Indagine regionale OKKIO alla Salute, 2012*)

Pescara è il comune capoluogo di provincia in Abruzzo con la maggiore estensione di piste ciclabili (48,02 km di piste ciclabili per 100 km² di superficie) e di zone a traffico limitato (0,37 km² di zone a traffico limitato per 100 km² di superficie comunale).

Per quanto riguarda, invece, le aree pedonali è Chieti a primeggiare in Abruzzo, con 68,3 metri quadrati di aree pedonali per 100 abitanti.

Sono questi i dati di una ricerca del Centro Studi Continental su dati Istat, ricerca che specifica anche l'evoluzione avuta dal 2008 al 2012 da piste ciclabili, aree pedonali e zone a traffico limitato nei comuni capoluogo di provincia in Abruzzo. La città in cui le piste ciclabili sono cresciute di più è Pescara (+48,6%); quella in cui l'aumento delle aree pedonali è stato maggiore è sempre Pescara (+36,2%), mentre nessuna città ha fatto registrare un aumento di zone a traffico limitato.

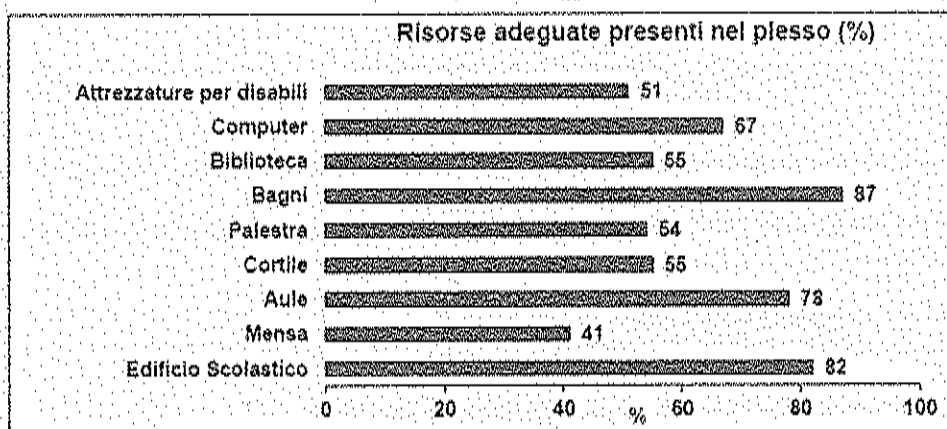
A livello nazionale, nel 2008 nei comuni capoluogo di provincia italiani vi erano mediamente 0,60 km quadrati di zone a traffico limitato per 100 km quadrati di superficie comunale; nel 2012 questo rapporto è arrivato a quota 0,64, con un aumento del 6% in cinque anni. Sempre nel periodo che va dal 2008 al 2012 i m² di aree pedonali per 100 abitanti sono passati da 31,05 a 33,44, con una crescita del 7,7%. Molto più forte l'incremento per le piste ciclabili. Infatti i km di piste ciclabili per 100 km² di superficie comunale nel 2008 erano mediamente 12,93 mentre nel 2012 erano 17,40 con un aumento del 34,5%.

L'indagine OKKIO ALLA SALUTE 2012 in Abruzzo indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati.

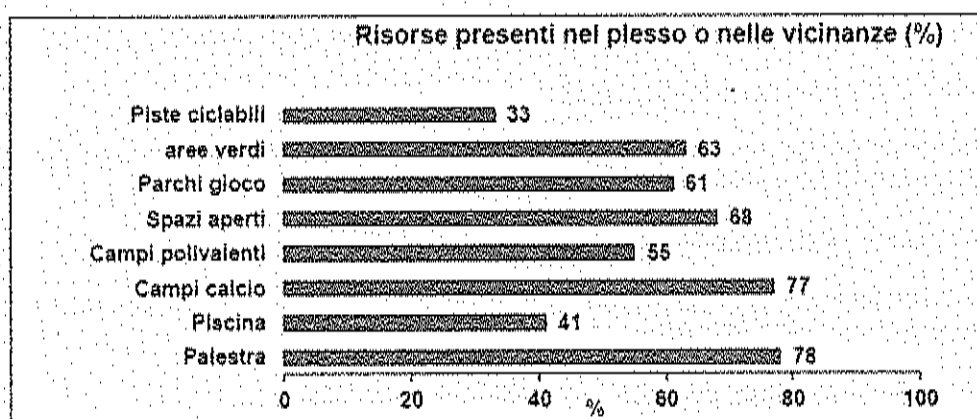


coinvolgono cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani.

Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno la sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.



- Secondo i dirigenti scolastici, il 54% delle scuole possiede una palestra adeguata, l'87% dei servizi igienici adeguati e il 51% ha le attrezzature per disabili.
- Sono meno adeguate la biblioteca e la mensa scolastica.



- Il 78% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti (68%) e campi da calcio (77%).
- Risultano poco presenti le piste ciclabili (33%).

I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

Conclusioni

I programmi multi-componente richiedono certamente un investimento notevole su più fronti, come quello organizzativo, gestionale ed economico. La maggior parte degli studi oggi pubblicati non ha previsto un disegno sperimentale, un gruppo di controllo, adeguate dimensioni e durata. Gli obiettivi degli studi sono la valutazione di efficacia degli interventi di promozione dell'attività fisica finalizzati, attraverso la valorizzazione



del contesto ambientale, al cambiamento dei comportamenti o al miglioramento dello stato di salute dell'intera collettività.

Riferimenti – Analisi di contesto Sedentarietà

Cipriani F., Baldasseroni A., Franchi S. *Lotta alla sedentarietà e promozione della attività fisica. Linee-Guida*. SNLG, Novembre 2011.

Dors, *Esperienze e strumenti per la promozione della attività fisica nei luoghi di lavoro*. Regione Piemonte, 2013.

Epicentro – ISS. La sorveglianza HBSC. Attività Fisica. Dati 2010. www.epicentro.iss.it/hbhc/dati/attivita.asp (consultato in data 30/06/2014).

Epicentro – ISS. La sorveglianza OKKIO. Attività Fisica. Dati 2012. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp> (consultato in data 30/06/2014).

Epicentro – ISS. La sorveglianza Passi D'Argento. Attività Fisica. Dati 2012. <http://www.epicentro.iss.it/passiargento/default.asp> (consultato in data 30/06/2014).

Epicentro – ISS. La sorveglianza Passi. Attività Fisica. Dati 2012. www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp (consultato in data 30/06/2014).

Guadagnare Salute . [Online] Iss - Ministero della Salute - Ccm - Cnesps. <http://www.guadagnaresalute.it/>

Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. [Online] Epicentro-Iss. <http://www.epicentro.iss.it/>

Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.istat.it/>

Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Direzione Generale della Prevenzione. 2014. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. 2014.

OKkio alla SALUTE Risultati dell'indagine 2012. Regione Abruzzo.

Salute e Invecchiamento Attivo nella regione Abruzzo. Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più "PASSI d'Argento" Indagine 2012-2013. 2013.

Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2008-2011. Abruzzo. 2011.

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010. Regione Abruzzo. 2010.



Fattori di rischio modificabili : Fumo

La situazione in Abruzzo, rilevata con il sistema di sorveglianza PASSI, ci dice che nel quadriennio 2009-2012, nella popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni, i fumatori sono il 30% (31% nel 2009). Tale dato non è certo da sottovalutare tenuto conto che nel confronto tra le varie regioni italiane è risultato fra i più elevati.

L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini (37%, in diminuzione riguardo al 40% del 2009) rispetto alle donne (23%, in aumento riguardo al 21% del 2009), nei giovani fra i 25 e 34 anni, nelle persone con livello d'istruzione medio-basso e in quelle con difficoltà economiche. Il numero di sigarette fumate in media al giorno è 14, leggermente superiore al dato nazionale (13).

La maggior parte degli intervistati riferisce che il divieto di fumare viene rispettato nei locali pubblici (896%) e nei posti di lavoro (91%) ma d'altro canto si rileva come almeno nel 21% delle abitazioni abruzzesi in cui vive un minore di 14 anni si fuma, per cui l'esposizione al fumo passivo nonché il modello comportamentale offerto in ambiente domestico, dove vivono bambini, riguarda almeno una abitazione su cinque.

Dal rilevamento PASSI risulta inoltre che solo il 34% di coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno dichiara che un operatore sanitario gli ha chiesto se fuma e metà dei fumatori (5 su 10) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, tuttavia chi ha tentato di smettere lo ha fatto da solo (96%).

Da quanto sopra esposto si evidenzia come sussista ancora un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari del nostro territorio regionale per cui è opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l'abitudine al fumo.

Si rende pertanto necessario rinnovare e rinforzare le azioni tese al contrasto del tabagismo utilizzando un approccio globale e multisettoriale che preveda in primis la promozione della salute nella popolazione e di ridurre i danni provocati dal fumo soprattutto attraverso la prevenzione della iniziazione dei giovani al fumo.

Riguardo al fumo nei giovani ci basiamo sui dati pubblicati sull'ultimo rapporto HBSC 2009-2010 (nazionale e regionale).

In Abruzzo non fuma il 97,49 dei ragazzi di 11 anni (98,6% in Italia), l'89,16 dei ragazzi di 13 anni (92% in Italia) e il 73,76% dei ragazzi di 15 anni (73,4% in Italia).

Dichiara di fumare almeno una volta a settimana o quotidianamente l'1,1% degli undicenni (1% in Italia), il 5,9% dei tredicenni (4% in Italia) e il 19,4% dei quindicenni (20% in Italia), senza differenze di genere, con una leggera predominanza nelle ragazze della fascia di età di 15 anni.

Fattori di rischio modificabili : Alcol

Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica risultando responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità attribuibili all'alcol. I danni che ne derivano producono effetti non solo sul bevitore ma anche sulle famiglie e sul contesto sociale allargato, a causa di comportamenti violenti, abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e stradali.

❖ In Abruzzo i dati 2009-2012 del sistema di sorveglianza Passi su popolazione 18- 69 anni registrano che metà della popolazione adulta abruzzese (50%) non consuma bevande alcoliche, mentre il 16% ha un



consumo di alcol a "maggior rischio" per quantità o modalità di assunzione. L' 8% dei bevitori abituali risulta avere un consumo binge.

- ❖ La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio, per il periodo di rilevazione 2009-2012, è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 33%) e gli uomini (22%), fra le persone senza difficoltà economiche (18%) e fra quelle con un titolo di studio più elevato (17%).
- ❖ Solo una piccola parte degli intervistati 13% (Italia 14%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. La percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario è del 2% (Italia 6%). Tra i fattori di rischio comportamentali il consumo di alcol rappresenta l'abitudine a cui gli operatori sanitari dedicano meno attenzione.
- ❖ Tra i bevitori di 18-69 che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi il 10% (Italia 9%) dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento più spesso riferito dagli uomini 13% (Italia 11%) che dalle donne 3% (Italia 3%).
- ❖ Il 36% degli intervistati (Italia 34%) riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno 1 controllo delle Forze dell'Ordine e in media 2 volte.



2 PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI

Ipoacusia e Sordità

I DISTURBI DELL'UDITO

I disturbi dell'udito si differenziano in: **sordità**, ovvero la perdita totale delle capacità uditive; e **compromissione dell'udito** quando la perdita è parziale, con livelli che vanno da leggera a moderata, severa, profonda.

QUADRO REGIONE ABRUZZO

Con la L.R. 6/2005 art. 202 è stato istituito il "Centro Regionale di audiologia e per impianti cocleari" presso l'Ospedale Civile di Pescara, integrato con L.R. 23/2005, art. 21 e con L.R. 33/2005.

Il centro di Pescara effettua, in collaborazione con l'U.O. di neonatologia dell'ospedale Spirito Santo, lo screening per la sordità congenita per tutti i nati a Pescara ed effettua test per l'individuazione della sordità neonatale mediante otoemissioni acustiche per l'utenza proveniente da ASL regionali in cui non sia praticabile lo screening neonatale.

Ai fini di questa analisi di contesto regionale, per un migliore inquadramento dell'applicazione dello screening audiologico neonatale in Abruzzo sono state inviate ai 12 Punti Nascita abruzzesi (e/o alle rispettive U.O. di Pediatria – Neonatologia) delle schede da compilare a cura dei primari responsabili, in cui specificare se si effettuano lo screening neonatale audiologico e, quanti ne sono stati effettuati nel 2013, per ogni punto nascita.

I Punti Nascita / Pediatrie/ Neonatologie a cui sono state inviate le schede di screening sono:

- P.O. "SPIRITO SANTO" PESCARA
- P.O. CLINICIZZATO "SS. ANNUNZIATA" CHIETI
- P.O. AVEZZANO "S. FILIPPO E NICOLA"
- OSPEDALE "S.SALVATORE" L'AQUILA
- OSPEDALE "MAZZINI" TERAMO
- OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA
- P.O. VASTO "S. PIO DA PIETRALCINA"
- P.O. LANCIANO "RENZETTI"
- P.O. "G. BERNABEO" ORTONA
- OSPEDALE "SAN LIBERATORE" DI ATRI
- P.O. SULMONA "DELL'ANNUNZIATA"
- P.O. "S. MASSIMO" PENNE



Dei 12 centri contattati sono 8 coloro i quali dichiarano di effettuare lo screening neonatale audiologico:

Avezzano, Chieti, L'Aquila, Lanciano, Pescara, Sulmona, Teramo, Vasto.

Presso i presidi di Atri, S.Omero ed Ortona non vengono effettuati, mentre nel presidio di Penne la pediatria riferisce di inviare tutti i nati ad effettuare il test delle otoemissioni presso il reparto di otorinolaringoiatria,

tuttavia non si tratta di un vero e proprio screening strutturato, in quanto l'effettiva esecuzione del test risulta essere successiva alla prenotazione da parte dei genitori del neonato.

Lo screening audiologico viene effettuato entro il 3° mese di vita da tutti i centri tranne quello di Lanciano.

L'anamnesi familiare per ipoacusie e sordità a tutti i nati viene effettuata da tutti i presidi che effettuano lo screening eccetto Teramo e Lanciano che la effettuano solo sui casi a rischio. La conferma della diagnosi di II livello viene effettuata da tutti i centri eccetto Vasto e Lanciano. L'intervento riabilitativo dei casi positivi entro il 6° mese di vita viene effettuato solo da Pescara, L'Aquila e Avezzano.

Figura 57 Numero di nascite riferite dai reparti che effettuano lo screening audiologico (ANNO 2013)

P.O.	U.O.	n° NATI tot 2013	n° NATI Maschi 2013	n° NATI Femmine 2013	n° TOT screening effettuati 2013	% di screenati sui nuovi nati
Teramo	Pediatria e Neonatologia	828	368	460	133*	16.1%
Vasto	Pediatria e Nido	801	412	389	809	101%**
Lanciano	Pediatria e Nido	702	366	336	686	97.7%
Chieti	Neonatologia TIN + Nido	1517	784	733	1517	100%
Pescara	Neonatologia TIN + Nido	2297	1154	1143	2297	100%
L'Aquila	Neonatologia + TIN	1021	534	487	1021	100%
Avezzano	Pediatria e Neonatologia	1008	536	472	1008	100%
Sulmona	Ginecologia	330	168	162	330	100%

*Screening iniziati a partire dal 21/10/2013.

**Reparto riferisce un numero di screening effettuati superiore al 100% dei nati a causa di screening extra su pazienti fuori regione e/o in supporto ad altri presidi con momentaneo guasto delle strumentazioni.

Figura 58 Numero di screening audiologici positivi I livello (ANNO 2013):

P.O.	n° SCREENING POSITIVI I° livello	n° SCREENING POSITIVI Maschi I° livello	n° SCREENING POSITIVI Femmine I° livello	% di casi positivi sugli screenati
Teramo	4	1	3	3%
Vasto	1	0	1	0.1%
Lanciano	3	2	1	0.43%
Chieti	0	-	-	0%
Pescara	0	-	-	0%
L'Aquila	40	22	18	3.91%
Avezzano	0	-	-	0%
Sulmona	4	non specificato	non specificato	1.2%



Figura 59 Numero di screening audiologici positivi alla conferma della diagnosi di II livello – numero interventi riabilitativi entro il 6° mese di vita (ANNO 2013)

P.O.	n° SCREENING POSITIVI II° livello	n° SCREENING POSITIVI Maschi II° livello	n° SCREENING POSITIVI Femmine II° livello	n° interventi RIABILITATIVI entro 6° mese	n° interventi RIABILITATIVI entro 6° mese Maschi	n° interventi RIABILITATIVI entro 6° mese Femmine
Teramo	1	0	1	-	-	-
Lanciano	3	2	1	-	-	-
L'Aquila	31	18	13	2	1	1
Avezzano	4	non specificato	non specificato	-	-	-

Riferimenti – Ipoacusia e Sordità

- Bolajoko O Olusanya, Katrin J Neumann & James E Saunders. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ* 2014;92:367–373.
- Bubbico L, Tognola G, Greco A, Grandori F. Universal newborn hearing screening programs in Italy: survey of year 2006. *Acta Oto-laryngologica* 2008;128(12):1329-36.
- Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2012. *Percorso nascita, indagine civica sulle prestazioni sanitarie – Focus sugli screening neonatali.*
- Istituto Superiore di Sanità. Disturbi dell'udito. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/udito/udito.asp>
- MG Calevo, P Mezzano, E Zullino, P Padovani, G Serra, and the STERN Group. Ligurian experience on neonatal hearing screening: clinical and epidemiological aspect. *Acta Paediatr* 2007 96, pp. 1592–1599.
- Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Direzione Generale della Prevenzione. 2014. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.* 2014.
- Ministero della Salute. Quaderni del Ministero della Salute n. 16, luglio-agosto 2012. *Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale.* Capitolo 8 Prevenzione della sordità e degli handicap associati.



Ipovisione e cecità

QUADRO REGIONE ABRUZZO

La regione segnala NUMERO CENTRI: 4

1. Centro di riferimento regionale in ipovisione di Chieti
2. Centro Ipovisione e Riabilitazione Visiva ADRICESTA presso U.O. Oculistica - O.C. Pescara
3. San Salvatore - ASL N. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila
4. Teramo

Ai fini di questa analisi di contesto regionale, per un migliore inquadramento dell'applicazione dello screening oftalmologico neonatale in Abruzzo sono state inviate ai 12 Punti Nascita abruzzesi (e/o alle rispettive U.O. di Pediatria - Neonatologia) delle schede da compilare a cura dei primari responsabili, in cui specificare se si effettuano lo screening neonatale oftalmologico e, quanti ne sono stati effettuati nel 2013, per ogni punto nascita.

I Punti Nascita / Pediatrie/ Neonatologie a cui sono state inviate le schede di screening sono:

- P.O. "SPIRITO SANTO" PESCARA
- P.O. CLINICIZZATO "SS. ANNUNZIATA" CHIETI
- P.O. AVEZZANO "S. FILIPPO E NICOLA"
- OSPEDALE "S.SALVATORE" L'AQUILA
- OSPEDALE "MAZZINI" TERAMO
- OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA
- P.O. VASTO "S. PIO DA PIETRALCINA"
- P.O. LANCIANO "RENZETTI"
- P.O. "G. BERNABEO" ORTONA
- OSPEDALE "SAN LIBERATORE" DI ATRI
- P.O. SULMONA "DELL'ANNUNZIATA"
- P.O. "S. MASSIMO" PENNE

Dei 12 centri contattati sono 7 coloro i quali dichiarano di effettuare lo screening neonatale audiologico:

Atri, Avezzano, L'Aquila, Pescara, Ortona, Teramo, Lanciano.

Presso i presidi di Chieti, Penne, S. Omero, Sulmona, Vasto non viene effettuato lo screening neonatale oftalmologico.

Lo screening oftalmologico viene effettuato alla nascita da tutti i centri eccetto Lanciano che lo effettua alla prima visita ambulatoriale di controllo ma non dispone dei dati.

L'anamnesi familiare per ipovisione e cecità viene effettuata su tutti i nati dai centri di: Pescara, Ortona, L'Aquila e Avezzano, mentre viene effettuata solo sui casi a rischio da: Teramo, Atri e Lanciano.

La conferma della diagnosi di II livello e l'intervento riabilitativo dei casi positivi entro il 6° mese di vengono effettuati dai centri di: Atri, Pescara, L'Aquila e Avezzano.



Figura 60 Numero di nascite riferite dai reparti che effettuano lo screening oftalmologico (ANNO 2013)

P.O.	U.O.	n° NATI Tot 2013	n° NATI M 2013	n° NATI F 2013	n° TOT SCREENING EFFETTUATI 2013	% di screenati sui nuovi nati
Teramo	Pediatria e Neonatologia	828	368	460	85	10.3%
Atri	Pediatria e Neonatologia	465	251	214	464	99.8%
Pescara	Neonatologia TIN + Nido	2297	1154	1143	2297	100%
L'Aquila	Neonatologia + TIN	1021	534	487	1021	100%
Avezzano	Pediatria e Neonatologia	1008	536	472	841	83.4%
Ortona	Pediatria	494	239	255	494	100%
Lanciano	Pediatria e Nido	702	366	336	Dati non disponibili	--

*Screening iniziati a partire dal 01/12/2013

Figura 61 Numero di screening positivi I livello (ANNO 2013)

P.O.	U.O.	n° SCREENING POSITIVI I° livello	n° SCREENING POSITIVI M I° livello	n° SCREENING POSITIVI F I° livello	% di casi positivi sugli screenati
Teramo	Pediatria e Neonatologia	0	-	-	0%
Atri	Pediatria e Neonatologia	0	-	-	0%
Pescara	Neonatologia TIN + Nido	3	0	3	0.13%
L'Aquila	Neonatologia + TIN	18	11	7	1.8%
Avezzano	Pediatria e Neonatologia	0	-	-	0%
Ortona	Pediatria	0	-	-	0%



Figura 62 Numero di screening positivi alla conferma della diagnosi di II livello -- numero interventi riabilitativi entro il 6° mese di vita (ANNO 2013)

P.O.	n° SCREENING POSITIVI II° livello	n° SCREENING POSITIVI M II° livello	n° SCREENING POSITIVI F II° livello	n° interventi RIABILITATIVI entro 6° mese	n° interventi RIABILITATIVI entro 6° mese M	n° interventi RIABILITATIVI entro 6° mese F
Teramo	0	-	-	0	-	-
Atri	0	-	-	0	-	-
Pescara	3	0	3	2	0	2
L'Aquila	1	0	1	1	0	1
Avezzano	2	-	-	2	-	-
Ortona	0	-	-	0	-	-

Riferimenti – Ipovisione e Cecità

Lorenz B. *Neonatal Intensive Care* . vol.15 n.6 pag. 42-47

Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Direzione Generale della Prevenzione. 2014. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. 2014.

Relazione al Parlamento sullo stato d'attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva (L. 284/97 art. 2 c. 7



3 PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI

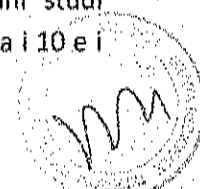
Introduzione

Come è noto, l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) nel definire che "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità" riconosce che la salute mentale non può che essere "parte integrante della salute e del benessere generale". Per la prevenzione dei disturbi mentali – considerato che, come stimato, una percentuale intorno al 50% dei disturbi psichiatrici conclamati in età adulta possa ricondursi a esordi in età adolescenziale – appaiono di rilevante importanza gli screening per la salute mentale nei giovani. Il contesto scolastico diventa, a tale proposito, quello ideale per intraprendere azioni preventive che diano la possibilità di leggere ciò che appare sullo sondo ma che ancora non si definisce in maniera chiara come un disturbo neuropsichiatrico. Infanzia e adolescenza sono finestre importanti per questo tipo di interventi e la scuola risulta una chiave importante per raggiungere quella percentuale di bambini e ragazzi che potrebbero avvantaggiarsi se viene effettuato un intervento sulla salute mentale. Occorre prevenire maltrattamenti e abusi perché il bambino maltrattato spesso diventa, crescendo, un adolescente e un adulto problematico, con costi notevoli per l'individuo e per la società. Subire maltrattamenti e/o abusi nell'infanzia, è cosa nota, può avere conseguenze notevoli sulla salute mentale in età adulta. E in un contesto di difficoltà economica peggiorativo, manifestamente in corso negli ultimi anni, si rischia di segnare fortemente la possibilità dei bambini e degli adolescenti di vedere rispettati i loro diritti.

Analisi di contesto

Il "Piano nazionale di azioni per la salute mentale" (PANSM) - recepito con un Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province e le comunità Montane. Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013 –ha dedicato un capitolo specifico alla tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza e messo in evidenza alcune caratteristiche salienti specificando determinati aspetti peculiari connessi sia alla specificità dei disturbi neuropsichiatrici in tale fascia di età che riguardo agli interventi in età evolutiva. Con decreto del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR n° 135/2014 è stato recepito detto Accordo, che dovrà trovare compiuta attuazione in ambito regionale. Occorre rilevare che per poter garantire interventi tempestivi per i minorenni è importante lavorare per "Progetti di intervento" specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni e nell'ottica della prevenzione e della diagnosi precoce dei disturbi. Tali requisiti sono necessari e imprescindibili se si intende agire per la promozione e la tutela della salute mentale.

Nella Regione Abruzzo, come nel resto del Paese, sembra che sia in aumento il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico e socio-ambientale, tanto da rendere necessari degli studi approfonditi per avere una esatta dimensione del fenomeno che possa fornire elementi di lettura chiari, utili per comprendere le dinamiche intrinseche di un trend che si configura in aumento. In tale contesto possono essere collocati i "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DCA) che, proprio a causa dell'intrinseco dinamismo del fenomeno e della complessità dovuta anche ad approcci diversificati, possono avere conseguenze molto allarmanti per la salute in età evolutiva. Essi rappresentano oggi una delle problematiche emergenti di interesse maggiore, proprio perché si vanno diffondendo con rapidità, interessando fasce sempre più ampie di popolazione, con un'età di esordio che si abbassa progressivamente, per cui necessitano interventi specifici per la prevenzione e il trattamento dei disturbi dell'età evolutiva e dell'adolescenza. Alcuni studi epidemiologici a livello internazionale hanno messo in evidenza che l'età di esordio si manifesta tra i 10 e i



30 anni, con una età media di insorgenza intorno ai 17 anni. Con decreto commissariale n° 56/2014 è stato, al riguardo, recepito il documento elaborato all'esito della Conferenza di Consenso, svoltasi a Roma nei giorni 24 e 25 ottobre 2012 su iniziativa dell'Istituto Superiore di Sanità e con il patrocinio e collaborazione del Ministero della Salute. In attuazione di detto decreto e del successivo n° 92/2013 è stato costituito un Centro di coordinamento regionale che, in ragione dell'approccio multidisciplinare integrato necessario al trattamento dei "Disturbi del Comportamento Alimentare", ha fornito il necessario supporto tecnico nella costruzione di un'azione regionale efficace ed appropriata, in conformità alle raccomandazioni del Ministero della Salute. All'esito dei lavori del citato Centro di Coordinamento sono state approvate con decreto commissariale n° 69/2014 – in recepimento dei contenuti espressi dalla Conferenza di consenso – le "Linee Guida della Regione Abruzzo per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità".

Anche per quanto riguarda i "Disturbi dello Spettro dell'Autismo" – disturbi del neurosviluppo che si manifestano precocemente, di solito nel corso dei primi tre anni di vita, con difficoltà nell'interazione sociale e nella comunicazione, associati a comportamento ripetitivo e compromissione di aree importanti della vita – si rileva un aumento della prevalenza, anche se i dati sull'incidenza sembrano indicare un aumento dovuto prevalentemente, ma non solo, ad una maggiore rilevazione, soprattutto in relazione alla situazione scolastica. Già con la legge regionale n°92/1997 l'Abruzzo, con l'istituzione del *Centro regionale per le psicosi infantili* ha di fatto attivato un *punto di riferimento di riferimento di alta specializzazione per la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico*. Inoltre sono state sostenute numerose iniziative di informazione, formazione e ricerca attraverso il finanziamento di specifici Progetti Obiettivo regionali. Più recentemente con il decreto commissariale n° 38 /2014 del 28 marzo 2014, avente ad oggetto *Recepimento "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento a disturbi dello spettro autistico" rep. atti n.132/CU del 22.11.2012* si è proceduto a recepire i contenuti di detto Accordo, prevedendo altresì la possibilità di successivi provvedimenti per la definizione delle modalità utili a promuovere e migliorare la qualità e l'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico, in conformità agli obiettivi ed alle azioni delineate nelle Linee di indirizzo. Nella regione Abruzzo si è assistito a una riduzione dell'età di prima diagnosi di ASD (*Autistic Spectrum Disorders*) dei bambini - pervenuti presso il Centro di Riferimento Regionale per l'Autismo di L'Aquila negli ultimi dieci anni – dai 62-68 mesi agli attuali 34-36 mesi, anche grazie ad una maggiore sensibilizzazione dei pediatri di famiglia e all'introduzione, da parte loro, di strumenti di screening, tra cui quali la Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) da somministrare ai bambini in età 18-24 mesi nell'ambito dei periodici bilanci di salute. Poter cogliere precocemente eventuali anomalie nello sviluppo della comunicazione e della socializzazione del bambino è fondamentale ai fini prognostici e per la predisposizione di adeguati trattamenti da parte dei Servizi aziendali di Neuropsichiatria Infantile per la presa in carico e per l'integrazione scolastica che, se attuati precocemente, potranno consentire l'acquisizione di una buona autonomia personale e sociale. Al riguardo costituiranno un valido strumento le Linee guida regionali in corso di definizione.

Vanno considerati, riguardo all'integrazione scolastica, protocolli operativi regionali per le attività di individuazione precoce dei casi di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico (DSA).



4 PREVENIRE LE DIPENDENZE DA SOSTANZE E COMPORTAMENTI

Prevenire le dipendenze da sostanze

Introduzione

Come è noto il mondo delle dipendenze e dei comportamenti di *addiction* risulta in continuo mutamento e questa realtà innegabile trova conferme nell'analisi puntuale dei dati raccolti da più fonti che offrono una lettura d'insieme e, contemporaneamente, analitica del fenomeno, evidenziandone le conseguenze per la salute e le implicazioni sociali, oltre che i costi a carico del Sistema Sanitario Regionale. L'impatto socio-sanitario è innegabile, come pure le ricadute sull'ordine pubblico, ma soprattutto a preoccupare maggiormente sono le conseguenze che possono riversarsi su una fascia di popolazione particolarmente esposta e vulnerabile quale quella degli adolescenti.

Da qualche anno si assiste anche ad un aumento del fenomeno del *policonsumo*, con conseguente *polidipendenza*, che interessa soprattutto le fasce giovanili dove si riscontra un uso alternato di diverse sostanze stupefacenti, contemporaneamente all'uso di tabacco e di alcol. Pur essendo preoccupante il fenomeno in crescita del gioco d'azzardo, che può esitare in una vera e propria dipendenza, con conseguenze rilevanti per le problematiche socio sanitarie ed economico-finanziarie connesse (non solo per i singoli soggetti ma anche per le componenti familiari coinvolte), tuttavia sembrerebbe manifestarsi una tendenza alla diminuzione dei casi problematici nelle fasce studentesche.

Una descrizione dell'andamento del fenomeno della dipendenza patologica, sia essa da sostanze psicotrope legale e illegali oltre che da gioco d'azzardo, diventa il presupposto necessario e indispensabile per qualsiasi azione volta non solo alla programmazione degli interventi necessari al trattamento e alla cura dei soggetti, ma anche e prioritariamente per la costruzione delle azioni volte alla prevenzione delle dipendenze. L'analisi dei dati connessi rappresenta un fondamentale strumento di approfondimento tecnico scientifico che, oltre a fornire una puntuale rendicontazione delle attività annuali del sistema dei servizi deputati al trattamento e alla cura delle dipendenze, assume altri due rilevanti significati. Da un lato, infatti, esso è un'attendibile fonte di conoscenza e sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, dall'altro offre l'occasione di riflessione su una problematica socio-sanitaria che, negli ultimi decenni, si è diffusa tanto velocemente quanto pericolosamente e con notevoli trasformazioni e che, purtroppo, non accenna a diminuire nei suoi indicatori principali. Le informazioni sono tratte principalmente dalla rilevazione e dall'analisi dei dati prodotti e raccolti, con impegno costante, dagli operatori attivi nell'ambito del contrasto alle dipendenze, correlati ad altri flussi informativi.

Dal 1° gennaio 2012 è entrato in vigore il *Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND)* che prevede la raccolta, da parte delle Regioni e Province Autonome, di informazioni specifiche da inviare al Ministero della Salute entro una tempistica e secondo modalità ben definite, relativamente all'anagrafica delle strutture dedicate, al personale in servizio presso i Servizi per le dipendenze, alle attività erogate dai medesimi servizi per l'assistenza e il trattamento dei soggetti presi in carico.

La Regione Abruzzo, già dotata di un proprio software in dotazione ai servizi per la raccolta dei dati sull'attività ha provveduto ad adeguarlo alle nuove esigenze dettate dagli organismi centrali, traendo vantaggio dall'esperienza maturata a seguito dell'attivazione funzionale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale sulle Dipendenze incardinato all'interno dell'Ufficio competente della Direzione Politiche della Salute.



Analisi di contesto

I dati di seguito riportati sono contenuti nell'ottava edizione del Rapporto sul "FENOMENO DELLE DIPENDENZE NELLA REGIONE ABRUZZO – ANNO 2011", che proseguendo una tradizione decennale, ha offerto uno strumento importantissimo per il miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali nell'ambito delle dipendenze patologiche. Il Rapporto, realizzato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale sulle Dipendenze in collaborazione con la Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa e pubblicato nel dicembre 2012, ha fornito una lettura delle informazioni tratte dalla rilevazione e dall'analisi dei dati prodotti e raccolti, con impegno costante, dagli operatori attivi nell'ambito del contrasto alle dipendenze. Quanto segue è una estrapolazione da detto Rapporto

Il panorama rappresentato in tale periodo in Abruzzo denota un Sistema sanitario regionale costituito da quattro Aziende Unità Sanitarie Locali che hanno garantito gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso gli 11 Servizi per le Tossicodipendenze (SerT); le 16 Strutture convenzionate residenziali e/o semiresidenziali, 2 Servizi di Alcologia e 2 ambulatori dedicati all'alcologia collocati presso i SerT. Sono risultati, infine, 3 centri antifumo effettivamente operanti e 3 centri in corso di riattivazione. Nel 2011 i Servizi per le Tossicodipendenze abruzzesi (ASL 201: Avezzano, L'Aquila e Sulmona; ASL 202: Chieti, Lanciano e Vasto; ASL 203: Pescara e Tocco da Casauria; ASL 204: Giulianova, Nereto e Teramo) hanno registrato complessivamente 8.280 ingressi, l'8% in più rispetto al 2010. Gli operatori impiegati sono stati complessivamente 131 ed il carico di lavoro, anche per il 2011, si conferma elevato: vi sono stati in media 63 ingressi per ogni operatore.

In Abruzzo operano complessivamente 16 Strutture riabilitative per le dipendenze, di cui 14 residenziali e due semiresidenziali. Una sola di tali Strutture è pubblica, le altre 15 afferiscono agli Organismi del privato sociale, iscritto all'Albo regionale degli Enti Ausiliari. La capacità recettiva è di 234 posti residenziali e 50 residenziali e rispetto alla tipologia di intervento si distinguono 9 sedi operative (Comunità Terapeutiche) che offrono prestazioni terapeutico riabilitative, mentre 7 attuano interventi pedagogico riabilitativi.

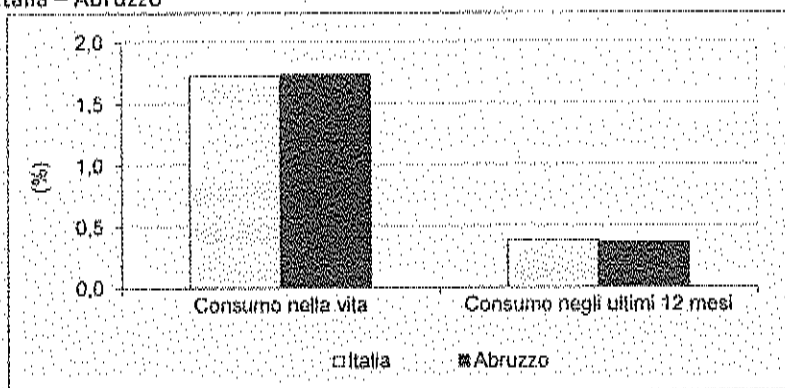
Nelle Strutture riabilitative abruzzesi del privato sociale nel corso del 2011, a fronte di 548 ingressi sono state impiegate 191 unità di personale (=137 operatori equivalenti).

I soggetti alcolisti in trattamento presso i Servizi di Alcologia nel 2011 sono stati 1.248 e le unità di personale impiegate sono state complessivamente 33 (tra i quali 6 tirocinanti presso il Ser.A. di Pescara) che, se si tiene conto delle diverse modalità e dei tempi effettivi di impiego del personale, scendono a 21,5 "operatori equivalenti" con un carico di lavoro di 58 utenti per operatore.

Al fine di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale, il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha realizzato l'indagine nazionale IPSAD® (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*). Dall'indagine IPSAD®2010-2011 è emerso che in Abruzzo l'1,7% della popolazione abruzzese compresa tra i 15-64 anni ha sperimentato l'eroina almeno una volta nella vita e lo 0,4% l'ha consumata nel corso dell'ultimo anno (in linea con il dato nazionale).



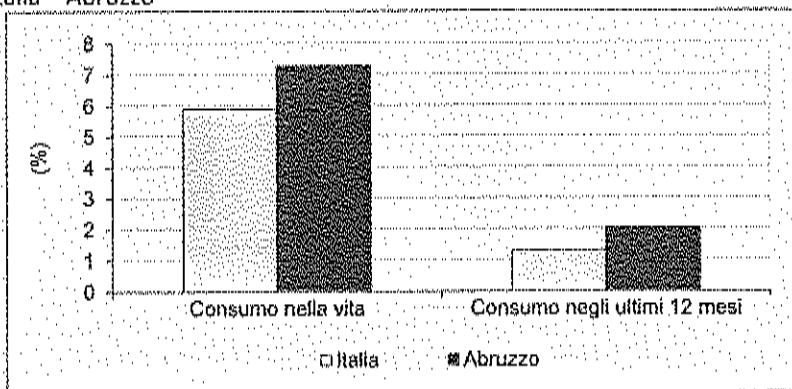
Figura 63 Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi).
Confronto Italia – Abruzzo



Elaborazione sui dati IPSAD®2010-2011

Relativamente al consumo di cocaina, il 7,3% degli abruzzesi di età compresa tra i 15 ed i 64 anni ne ha assunto almeno una volta nella vita e il 2% ne ha consumato nel corso dell'ultimo anno: tali prevalenze sono superiori a quelle nazionali, pari rispettivamente a 5,9% e 1,3%.

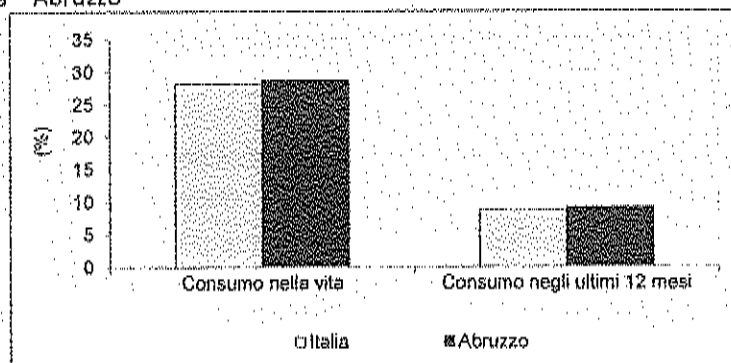
Figura 64 Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi).
Confronto Italia – Abruzzo



Elaborazione sui dati IPSAD®2010-2011

In linea con il dato nazionale e in sostanziale diminuzione rispetto alla rilevazione precedente sono sia la quota di coloro che hanno sperimentato almeno una volta nella vita la **cannabis** (dal 31,6% del 2010 al il 28,9% del 2011), sia la quota di coloro che l'hanno utilizzata negli ultimi 12 mesi (dal 10,2% del 2010 all'8,9 del 2011).

Figura 65 Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi).
Confronto Italia – Abruzzo



Elaborazione sui dati IPSAD®2010-2011



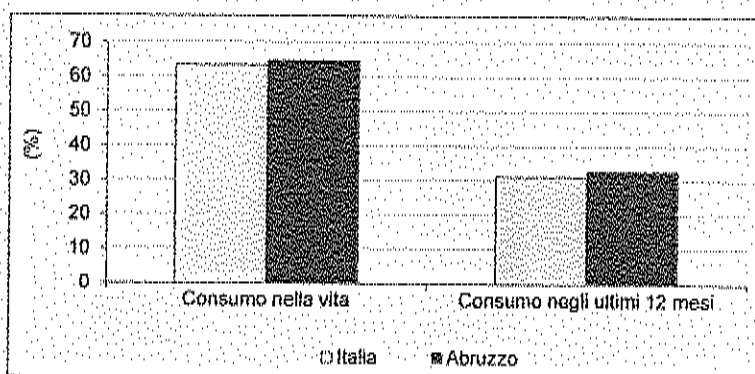
L'87,3% della popolazione abruzzese tra i 15 ed i 64 anni ha bevuto alcolici almeno una volta nella vita ed il 78,4% ne ha consumato nel corso dell'ultimo anno (in Italia rispettivamente 89% e 80,3%). Rispetto alla precedente indagine condotta nel 2007-2008, si rileva un lieve decremento delle prevalenze riferite all'utilizzo "una tantum" e nel corso dell'anno (IP5AD®2007-2008 = 90,1% consumo una volta nella vita, 83,5% consumo nell'ultimo anno).

Tra i soggetti che hanno utilizzato alcolici nell'ultimo anno, la maggior parte ne ha fatto un consumo occasionale, non oltre 4 volte al mese: il 67% degli uomini e l'80% delle donne. Il consumo settimanale più frequente (4 o più volte), invece, ha coinvolto il 19% degli uomini ed il 4% delle donne.

Riguardo al consumo di tabacco, il 64,7% degli abruzzesi di 15-64 anni ha fumato almeno una sigaretta nella vita e il 32,9% lo ha fatto durante l'ultimo anno (in Italia rispettivamente il 63,5% e il 31,4%) con un lieve decremento rispetto a quanto rilevato dalla precedente indagine IP5AD®2007-2008 (35,8%).

Tra gli uomini fumatori, il 46% ha riferito di fumare più di 10 sigarette al giorno ed il 34% ne fuma fino a 10; tra le fumatrici le rispettive prevalenze sono pari al 29% ed al 48%.

Figura 66 Uso di tabacco nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Abruzzo



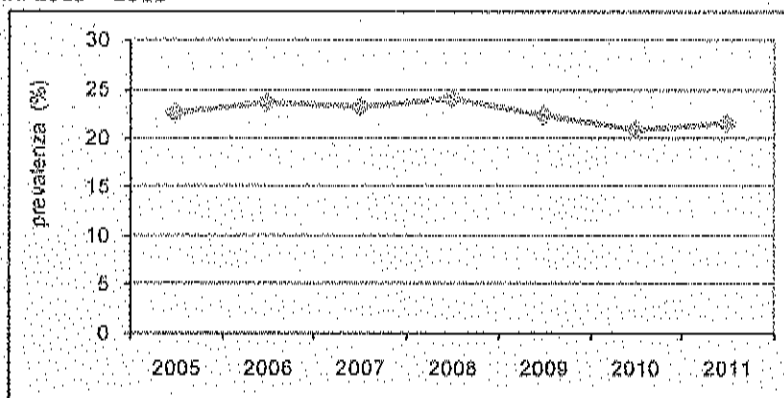
Elaborazione sui dati IP5AD®2010-2011

L'indagine IP5AD®2010-2011 ha consentito di monitorare anche la propensione al gioco d'azzardo ed ha mostrato che in Abruzzo il 53% della popolazione tra i 15 ed i 64 anni ed il 51,3% dei giovani adulti (15-34 anni) hanno partecipato a giochi in cui si puntano soldi almeno una volta nella vita, con prevalenze che risultano superiori a quelle rilevate a livello nazionale (rispettivamente 47,3% e 44,3%). In particolare, si registra un aumento di 8 punti percentuali, rispetto a quanto rilevato nel 2007-2008 (53,6%), della quota dei maschi abruzzesi di 15-64 anni che hanno praticato questi giochi (61,4%). Dalle risposte fornite al questionario CPGI (Canadian Problem Gambling Index), infine, emerge che per l'80,7% di coloro che riferiscono di aver giocato somme di denaro questo comportamento è esente da rischio; per il 13,8% il rischio è minimo, mentre per il 5,5% il grado di rischio è moderato-patologico.

Dall'indagine campionaria annuale ESPAD-Italia®2011 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) sui consumi di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca (15-19 anni) è emerso che la prevalenza di studenti abruzzesi tra i 15 ed i 19 anni che hanno riferito di aver consumato almeno una sostanza psicoattiva illegale nell'ultimo anno è stata del 21%. Dal 2005 al 2008 il consumo annuale risulta stabile, per poi diminuire fino al 2010. Nell'ultimo anno di rilevazione si osserva un valore simile a quello dell'anno precedente.



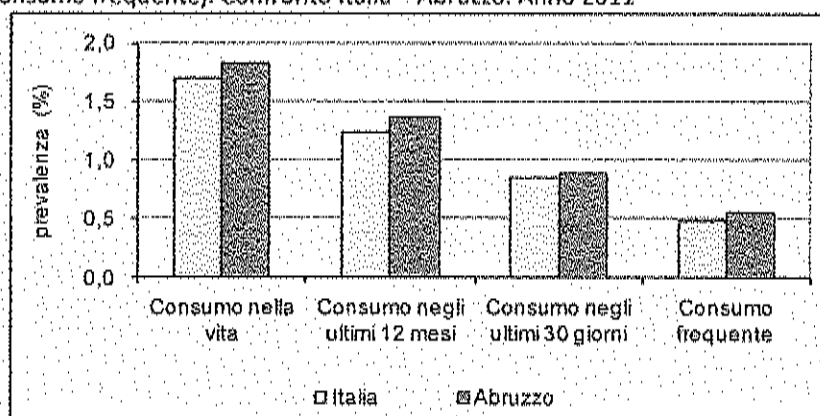
Figura 67 Andamento del consumo di sostanze psicoattive (almeno una volta nell'anno di rilevazione). Abruzzo anni 2005 – 2011



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

L'eroina è stata utilizzata almeno una volta nella vita dall'1,8% degli studenti abruzzesi, mentre l'1,4% ne ha consumato nel corso dell'ultimo anno; tali prevalenze sono in linea con quelle nazionali (1,7% e 1,2%). Lo 0,9% degli studenti intervistati ha assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario e per lo 0,5% si è trattato di un consumo frequente, pari a 10 o più volte negli ultimi 30 giorni (Italia:0,8% e 0,5%).

Figura 68 Uso di eroina nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Abruzzo. Anno 2011

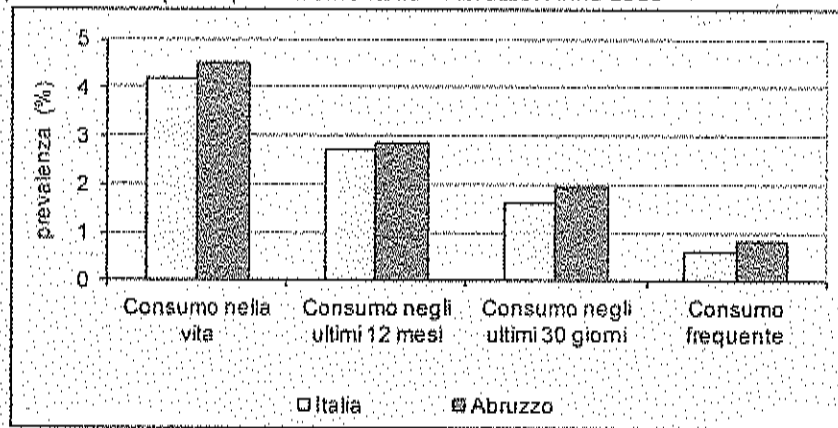


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Sempre secondo l'indagine è diminuita rispetto alla precedente rilevazione, la quota degli studenti che hanno assunto cocaina almeno una volta nella vita (dal 5% al 4,5%). In decremento anche il consumo nel corso dell'ultimo anno, dal 3,3% registrato nel 2010 al 2,9% del 2011, ed il consumo nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, dal 2,2% al 2,9%.



Figura 69 Uso di cocaina nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo frequente). Confronto Italia – Abruzzo. Anno 2011

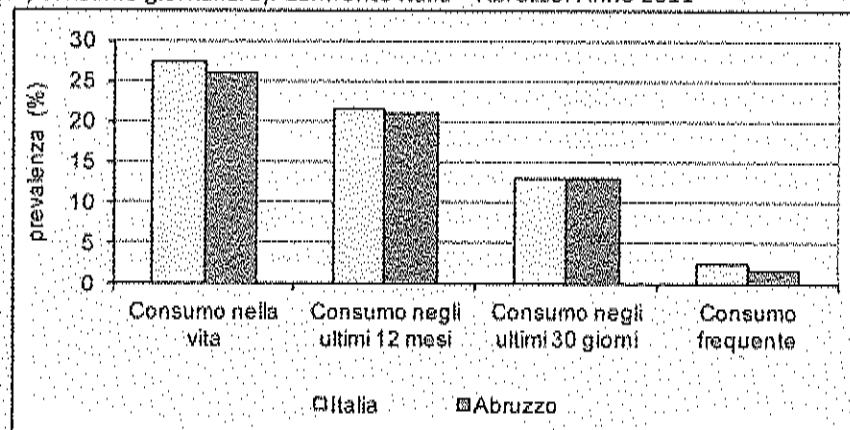


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Sale il dato relativo al consumo di cannabis che tra gli studenti abruzzesi si attesta sul 26,1% (25% nel 2011); dichiara di averne consumato nell'ultimo anno il 21% degli studenti (20,2% nel 2010); il consumo negli ultimi 30 giorni rimane invariato al 13%.

In diminuzione dal 2,4 all'1,9% la quota di popolazione studentesca che riferisce di aver consumato quotidianamente (20 o più volte nell'ultimo mese) cannabinoidi (media nazionale=2,5%).

Figura 70 Uso di cannabis nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni, consumo giornaliero). Confronto Italia – Abruzzo. Anno 2011



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Il consumo di **bevande alcoliche** nella popolazione studentesca abruzzese non ha subito variazioni nel corso degli ultimi sette anni: il consumo sperimentale si mantiene intorno all'88-90%; quello negli ultimi dodici mesi tra l'80% e l'84%.

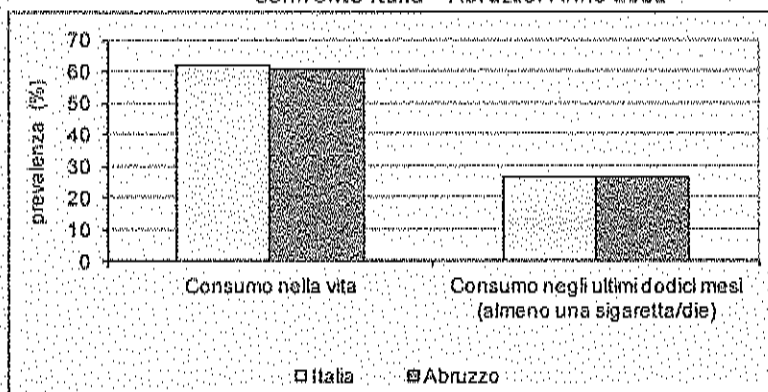
Il comportamento di *binge drinking* (assumere 5 o più volte bevande alcoliche in un'unica occasione), adottato nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, ha riguardato il 35,6% degli studenti, soprattutto di genere maschile (43,4% contro il 27,7% delle femmine) e tende ad aumentare al crescere dell'età dei soggetti.

Il 60,7% degli studenti abruzzesi ha provato almeno una volta a fumare **tabacco** e per il 26,6% il consumo di sigarette è quotidiano (Italia rispettivamente il 62,2% e 26,4%).



In Abruzzo, nel 2011, l'uso quotidiano di tabacco nella popolazione studentesca ha coinvolto il 27,3% dei maschi ed il 25,9% delle femmine, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti.

Figura 71 Uso di tabacco nella popolazione studentesca (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia - Abruzzo. Anno 2011



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2011

Anche l'indagine ESPAD-Italia®2011 ha consentito di monitorare la propensione al **gioco d'azzardo**: il 62,9% dei maschi ed il 40,8% delle femmine, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, ha praticato giochi in cui si puntano soldi. Le prevalenze regionali risultano, per entrambi i generi, superiori a quelle nazionali (m=57,4%; f=35,7%), in particolare tra gli studenti di 18 anni (Italia: m=59,9%; f=39,8%; Abruzzo: m=67,5%; f=48,5%). Per il 79,1% del collettivo regionale il comportamento di gioco è risultato esente da rischio, per il 14,8% risulta associato ad un rischio e per la restante quota, pari al 6%, si tratta di "gioco problematico" (Italia rispettivamente 77,4%; 14,7% e 7,9%).

Riguardo al consumo di **farmaci psicoattivi**, almeno una volta nella vita, il 4,1% degli studenti (Italia: 5,4%) ha assunto farmaci per l'iperattività e/o per l'attenzione, il 4,4% degli studenti ha utilizzato farmaci per le diete (Italia 5%), il 9% degli studenti abruzzesi ha consumato farmaci per dormire/rilassarsi (Italia: 11,4%); le prevalenze di consumo dei farmaci utilizzati per regolarizzare l'umore sono tendenzialmente inferiori: il 2,9% degli studenti ha assunto questo tipo di farmaci almeno una volta nella vita (Italia: 3,5%).

Attraverso l'indagine ESPAD-Italia®2011, inoltre è possibile misurare anche la **percezione del rischio** connesso al consumo di sostanze. Il 75% degli studenti abruzzesi, in particolare le studentesse (f=77%; m=73%), attribuisce alla sperimentazione di eroina un elevato grado di rischio, in percentuale leggermente superiore a quella rilevata tra i coetanei italiani (m=71%; f=76%). Il 66% degli studenti ritiene, inoltre, molto rischioso sperimentare il consumo di cocaina (m=65%; f=67%); anche in questo caso, la quota è leggermente superiore a quella rilevata a livello nazionale (m=62%; f=67%).

Il 76% degli studenti della provincia ritiene "molto rischioso" consumare regolarmente cannabis, in particolare le ragazze (81% contro il 69% dei maschi), con prevalenze che risultano superiori alle corrispondenti nazionali (m=67%; f=79%).

È pari a 7.249 il numero stimato di soggetti che nel 2011 hanno consumato oppiacei, cocaina e/o amfetamine per via iniettiva o a lungo termine o regolarmente. Sono state calcolate, inoltre, le stime relative al numero di consumatori problematici di oppiacei come sostanza di abuso primario - pari a 6.419 (5.550 nel 2010) ed a 7,3 soggetti ogni mille residenti - e quella del numero di utilizzatori problematici di stimolanti, pari a 2.246 casi prevalenti (1.500 nel 2010).



Si è stimato, infine, che in Abruzzo nell'anno 2011 sono stati circa 1.170 coloro che hanno iniziato a far uso problematico di eroina, circa 13 soggetti ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 25 ed i 64 anni.

È stato calcolato il tempo medio di latenza (periodo che intercorre tra il primo uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento al SerT) che è più di 6 anni per i consumatori di oppiacei e circa 10 per i pazienti trattati per consumo di cocaina, con una mediana rispettivamente pari a 4 e 9 anni: ciò significa che in media un soggetto entra in cura circa 6 e 10 anni dopo aver iniziato ad utilizzare rispettivamente oppiacei e cocaina e che la metà del campione ha richiesto per la prima volta un trattamento entro 4 e 9 anni dal primo utilizzo della sostanza.

Profilo utenti in trattamento e implicazioni per la salute

Nel 2011, hanno fatto domanda di trattamento 6.032 tossicodipendenti (oltre a 552 tossicodipendenti in appoggio) e 1.184 alcolisti.

La distribuzione per sesso e per tipologia mostra una prevalenza di soggetti che proseguono un trattamento avviato da anni precedenti (80%) e di utenti di sesso maschile (88%). Tra i soggetti in carico di cui è nota la sostanza primaria (il 75% dell'utenza), il 78% utilizza oppiacei, il 9% fa uso di cocaina, il 12% utilizza cannabinoidi e l'1% assume altre sostanze illegali.

Distinguendo gli utenti per presenza all'interno del servizio, si evince che tra i casi incidenti si registra una quota minore di utilizzatori di oppiacei (il 46% contro l'83% dei soggetti già in carico da anni precedenti) e percentuali maggiori di utilizzatori di cocaina (22% contro 8%) e di cannabinoidi (31% contro 9%).

L'assunzione per via endovenosa è maggiormente diffusa tra gli utenti già conosciuti ai Servizi (53% contro 22% dei nuovi ingressi) e, soprattutto, tra coloro che abusano di oppiacei (62%); stessa modalità di assunzione si rileva anche per il 13% di coloro che fanno uso di cocaina.

Nel corso del 2011, nei SerT abruzzesi sono stati erogati mediamente 1,3 trattamenti per ogni utente tossicodipendente in carico (dato analogo a quello rilevato nell'anno precedente). Un terzo dell'utenza è stata sottoposta a trattamenti esclusivamente psicosociali (32%), mentre la maggior parte dei soggetti si sottopone a trattamenti farmacologici affiancati o meno da terapie psicosociali (68%). Al 76% dei soggetti sottoposti a terapie farmacologiche è stato somministrato metadone, mentre al 27% dei soggetti è stata somministrata buprenorfina e ad una minoranza dell'utenza naltrexone (1%).

Nel 2011 in Italia sono stati eseguiti 242.108 ricoveri che hanno riguardato 172.884 soggetti residenti in Abruzzo. Di questi ricoveri, 2.544 hanno riportato almeno una diagnosi - tra le sei presenti nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) - correlata al consumo di droghe/psicofarmaci, alcol o tabacco, con un decremento rispetto al 2010 pari al 4,4%.

Sono stati registrati 506 ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci, 1.743 ricoveri correlati all'uso di alcol e 376 ricoveri correlati all'uso di tabacco.

L'impatto economico dei ricoveri direttamente correlati all'uso di sostanze psicoattive è stato complessivamente di 3 milioni di euro, per un totale di 1.031 ricoveri attribuibili per l'80% all'uso di alcol e per il 20% all'uso di droghe/psicofarmaci.

È stato sottoposto a test per la diagnosi dell'HIV il 40,4% del collettivo in carico ai SerT abruzzesi. Resta confermato il dato già rilevato negli anni precedenti relativo ai soggetti risultati positivi all'HIV, pari all'1,8% dei soggetti testati.



Il test per la diagnosi dell'epatite B è stato somministrato al 47% degli utenti, tra questi il 68% ha effettuato il vaccino, mentre il 32% è effettivamente affetto dalla malattia.

Il test diagnostico per l'epatite C ha riguardato il 46,5% dei soggetti in carico ai Ser.T ed il 47,8% di questi è risultato positivo alla malattia.

I ricoveri con almeno una diagnosi di patologia infettiva sono stati 1.837, di cui poco più del 3% riportanti anche diagnosi correlate all'uso di droghe e psicofarmaci. I ricoveri riportanti diagnosi di patologie infettive sono stati, nel corso dell'anno, 1.476 dei quali quasi il 4% ha avuto almeno un ricovero riportante diagnosi correlata all'uso di droghe/psicofarmaci.

Nel corso del 2011, sono stati registrati 5 decessi correlati all'uso di sostanze stupefacenti; il tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti), è stato pari a 0,7, in decremento rispetto ai tassi rilevati negli anni precedenti (1,2 nel 2007 - 2,3 nel 2008 - 0,9 nel 2009 e nel 2010).

Una trattazione specifica è stata dedicata nel Report alle strutture che prestano assistenza e cura ai soggetti con problemi di alcol dipendenza. Sono state effettuate analisi diversificate tra gli utenti in carico ai Ser.T, soggetti in carico ai Ser.A e alcolisti ospitati nelle strutture del privato sociale.

Nel 2011 coloro che hanno fatto domanda di trattamento presso i Servizi di Alcologia specificatamente dedicati sono stati complessivamente 776 (dato sostanzialmente invariato rispetto all'anno passato; sono stati erogati complessivamente 12.927 trattamenti. I soggetti alcolodipendenti in carico ai Ser.T, invece, sono stati 1.184; l'85% è di sesso maschile e la quota di nuovi utenti è pari al 35% dell'utenza complessiva. Nelle strutture riabilitative, residenziali e semiresidenziali, i soggetti alcolisti in trattamento nel 2011 stati 36 complessivamente, pari a circa il 7% di tutti gli utenti in carico.

Utenti in trattamento nei servizi 2012-2013

Da una lettura dei dati inviati dagli 11 Servizi per le dipendenze delle 4 Aziende USL alla regione Abruzzo nei successivi anni 2012-2013 attraverso il flusso SIND (che comunque non sono stati oggetto di un Report circostanziato come per l'annualità precedente in quanto è cessata la collaborazione con il CNR di Pisa) si evidenzia che gli utenti assistiti dai servizi sono stati complessivamente 5036 nel 2012 e 4966 nel 2013.

Tabella 6 Utenti in carico nei Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2012-2013

Azienda USL	n° Ser.T.	Utenza 2012		Utenza 2013	
Avezzano –Sulmona -L'Aquila	3	753	14,95%	869	17,50%
Lanciano –Vasto –Chieti	3	1350	26,81%	1396	28,11%
Pescara	2	1406	27,92%	1207	24,30%
Teramo	3	1527	30,32%	1494	30,09%
Totale Regione	11	5036	100,00%	4966	100,00%

Elaborazione su dati SIND Abruzzo



Tra gli utenti in carico si registra una netta prevalenza di soggetti di sesso maschile (86,19% nel 2012 e 86,37% nel 2013) rispetto ai soggetti di sesso femminile (13,81% nel 2012 e 13,63% nel 2013).

Riguardo all'uso primario di sostanze stupefacenti, tra i soggetti in carico ai Servizi per le dipendenze, si mantiene elevato l'utilizzo degli *oppiacei* come prima sostanza (83% nel 2012 e 84% nel 2013) rispetto sia alla *cocaina* (8% sia nel 2012 che nel 2013) che ai *cannabinoidi* (8% nel 2012 e 6% nel 2013). Circa l'uso secondario di sostanze, invece, sono risultati prevalenti quelli relativi ai *cannabinoidi* (42% nel 2012 e 42% nel 2013) e la *cocaina* (36% nel 2012 e 38% nel 2013) mentre il ricorso all'*alcol* (9% nel 2012 e 11% nel 2013) compare in misura maggiore rispetto all'*eroina* (5% nel 2012 e 3% nel 2013).

Secondo quanto riportato nella "RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2014 *Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*" - predisposta da Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri - l'Abruzzo risulta la regione con la maggiore percentuale di utenti in carico per uso primario da *oppiacei*.

Circa l'età degli utenti in trattamento sia nel 2012 che nel 2013 le fasce di età 25-34 e 35-44 sono quelle più con valori percentualmente simili per i maschi e per le femmine.

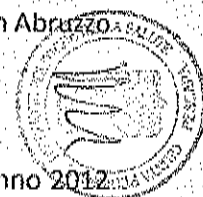
Tabella 7 Utenti in carico nei Ser.T. per sesso e per fasce di età (%). Anni 2012-2013

Fascia d'età	Utenza 2012		Utenza 2013	
	M.	F.	M.	F.
15-24	12	19	9	16
25-34	34	36	31	38
35-44	35	28	38	28
45-54	17	15	19	15
55-64	2	2	0	2
Altro	0	0	0	1

Elaborazione su dati SIND Abruzzo

Circa la metà degli utenti presenta un titolo di studio di licenza media inferiore (49 % nel 2012 e 53% nel 2013) cui seguono, in entrambi gli anni a distanza, il diploma di scuola media superiore (circa 18%), la licenza elementare (circa 8%), il diploma di qualifica professionale (circa 7%) e il laurea (1,5% nel 2012 e 1,6% nel 2013).

Per quanto attiene i soggetti in trattamento, nei servizi, per gioco d'azzardo (rilevazione effettuata in Abruzzo anche se non prevista dal SIND) il numero assoluto è risultato di 174 nel 2012 e di 107 nel 2013.



In Abruzzo per l'assistenza e la cura dei soggetti alcolodipendenti, hanno operato nel corso dell'anno 2012 complessivamente 10 strutture: i 2 specifici Servizi di Alcologia (Ser. A.) funzionanti autonomamente nel corso dell'anno 2012 (uno a Chieti ed uno a Pescara) sono ormai incardinati all'interno dei Servizi per le

dipendenze che - come già in precedenza i Ser. T. di Avezzano e Vasto – seguono anche i soggetti con problematiche alcolcorrelate. Infatti sono pervenute le schede di rilevazione delle attività anche dai Ser.T di Lanciano, L’Aquila, Sulmona, Giulianova, Nereto e Teramo. Tutte le strutture preposte hanno assicurato, nel corso del periodo considerato, l’accesso ai trattamenti sanitari per la dipendenza da bevande alcoliche e realizzato attività di sensibilizzazione/informazione rivolte alla popolazione generale e a target specifici - prevalentemente giovani. Gli utenti in carico nel corso dell’anno 2012 sono risultati in totale 696, con un leggero calo rispetto all’anno 2011, mentre nel corso dell’anno 2013, dalle schede ministeriale di rilevazione nel settore alcodipendenza trasmesse alla struttura regionale – ALC03 in particolare, si rileva un aumento con un totale di 1559 soggetti ricompresi tra nuovi utenti e utenti già in carico.

Nel corso dell’anno 2013 i due Ser.A. di Chieti e di Pescara sono stati inglobati nell’ambito dei rispettivi Ser.T. cessando così la loro funzione autonoma a causa del pensionamento dei Dirigenti responsabili.

Nel Rapporto del Ministero della Salute *RILEVAZIONE ATTIVITA' NEL SETTORE DELL'ALCOLDIPENDENZA – ANNO 2012* – dal confronto con il panorama nazionale emerge a livello regionale una presenza maschile maggiore rispetto a quella femminile, molto marcata nelle regioni del centro-sud sia riguardo al totale degli utenti che distinguendo tra nuovi e già in carico ai servizi. Circa l’età media degli utenti l’Abruzzo praticamente non si discosta dalla media nazionale di circa 46 anni (Abruzzo 46,1 – Italia 45,9).

Riguardo alla bevanda alcolica quella prevalentemente usata risulta il vino (Abruzzo 52,8% - Italia 62,8%).

Tabella 8 Utenti distribuiti per bevanda alcolica di uso prevalente (%) –Anno 2012

	Superalcolici	apertivi/amari/digestivi	vini	birre	altro
Abruzzo	7,8	9,8	52,8	29,1	0,4
Italia	8,6	3,6	62,8	21,2	3,8

Elaborazione dati Ministero della Salute

Come è noto la Scuola risulta essere ambiente d’elezione per attivare con successo politiche volte a promuovere il benessere: infatti nel corso del 2013, come negli anni precedenti, i Servizi operanti in Abruzzo hanno svolto un’intensa attività di sensibilizzazione all’interno degli istituti scolastici, volta alla prevenzione e l’educazione sui danni alcolcorrelati.

In occasione del mese della prevenzione alcolologica, annualmente, vengono realizzate iniziative informative circa i rischi legati all’uso delle bevande alcoliche, articolate in più eventi nel contesto regionale.

Riguardo a strutture di accoglienza specifiche, inoltre, nell’ambito delle Comunità Terapeutiche per ex tossicodipendenti attive nel territorio regionale, una struttura in particolare accoglie anche soggetti con problemi di alcodipendenza.

Giovani e dipendenze 2013

L’indagine ESPAD-Italia®2013 condotta dall’Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa, riportata nel volume *CONSUMI D’AZZARDO; ALCHIMIE, NORMALITA’ E FRAGILITA’ – LA FOTOGRAFIA ESPAD 2013* (casa editrice CERCO di Milano, 2014), rientrante in un progetto che a partire dal 1995 ha coinvolto un notevole numero di



studenti (nella fascia di età 15-19 anni) e moltissime scuole del nostro Paese, offre un dei risultati molto importanti al mondo della scuola, al sistema socio-sanitario, al contesto familiare e a quello degli amministratori, ma soprattutto agli stessi ragazzi per la fotografia che si evidenzia rispetto al panorama dei consumi di sostanze psicotrope legali e illegali, e in relazione ad altri comportamenti a rischio, tra cui il gioco d'azzardo. Pur con la legge italiana, che vieta il gioco ai minorenni, si riscontra la diffusione del *gioco d'azzardo* e tra gli studenti coinvolti oltre 1 milione (il 44%) ha giocato somme di denaro. Tra questi circa 120mila hanno un *comportamento a rischio* e 80mila un *rapporto problematico* con il gioco. L' Abruzzo si colloca, nel panorama nazionale, tra le regioni con una maggiore problematicità rispetto al gioco. Fenomeni relativamente recenti quali la dipendenza da internet (relazioni virtuali, sesso virtuale, giochi interattivi), shopping compulsivo, sovraccarico cognitivo, porteranno sicuramente altre conseguenze sui giovani.

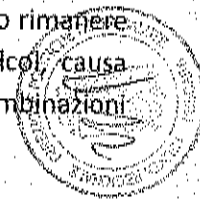
Dall'indagine emerge che l'*alcol* è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dagli studenti (sia maschi che femmine, minorenni e maggiorenni) di cui l'80% ne fa un utilizzo saltuario mentre il 5% ne fa un uso quasi quotidiano. Rispetto ai coetanei europei, comunque, tra gli studenti italiani si riscontra una minore assunzione di alcolici (13% contro il 17%). Il consumo di alcol diminuisce progressivamente tra gli studenti in Italia e l'Abruzzo si colloca tra vicino alla media nazionale (nella fascia tra 79.55 e 81.23). Sono diffusi tra gli studenti anche gli *energy drinks* a volte insieme all'alcol. Il fenomeno interessa maggiormente le regioni settentrionali, mentre non sono state osservate differenze di genere, e l'Abruzzo si colloca al di sotto della media nazionale che è del 44%.

Riguardo al *fumo di sigarette* il consumo di tabacco risulta in diminuzione e ha riguardato 1 su 4 studenti. Però si rileva anche l'uso delle *sigarette elettroniche* (o *e-cig*) sperimentato da 1 su 3 studenti mentre tra quelli che fumano quotidianamente le sigarette il 73% ha fatto uso anche di *e-cig*. Dall'indagine emerge che si fuma maggiormente nelle aree del centro-sud dell'Italia e l'Abruzzo, con il 26%, si colloca al di sopra della media nazionale del 25%. La prima sigaretta, indistintamente tra ragazze e ragazzi, viene fumata in a 14 anni mentre è intorno ai 15 anni che si comincia a fumare quotidianamente e questa condizione (evidenziata dalle *Linee Guida sulla prevenzione del fumo da tabacco*) è in stretta correlazione con il rischio di sviluppare *patologie tabacco-correlate* e nonostante tali evidenze viene sottostimata la dimensione del rischio, non solo per l'individuo ma anche per la collettività.

Viene anche riscontrata tra gli studenti la diffusione di *psicofarmaci senza prescrizione medica* (utilizzando spesso il *mercato on-line* come modalità d'acquisto), per il loro effetto psicoattivo, prevalentemente tra le ragazze. Nel 2013 oltre 65mila studenti (circa il 3%) risulta aver fatto uso di *stimolanti* e circa 60mila (2,5%) di *allucinogeni*. Inoltre si riscontra una condotta alimentare problematica (DCA) tra gli studenti soprattutto tra le ragazze particolarmente giovani.

Tra i giovani l'*eroina* risulta la sostanza illegale meno utilizzata (1,5% almeno una volta nella vita), mentre la *cannabis* si conferma come la sostanza maggiormente usata dagli studenti italiani (25%, di cui il 3% ne fa un uso quotidiano o quasi, cosiddetti *frequent user*, e tra questi si registrano i consumatori problematici). Per la *cocaina* il 2,8% degli studenti ha dichiarato di averla utilizzata almeno una volta nel corso del 2013; rispetto alla media nazionale le prevalenze sono più elevate tra le regioni adriatiche, tra cui l'Abruzzo.

Nei giovani il *policonsumo*, nelle diverse sfaccettature e variegate combinazioni riscontrate (diverse tipologie d'uso riferito sia al numero che alla tipologia di sostanza legale o illegale, oppure alla tipologia di assunzione), risulta essere un fenomeno piuttosto frequente fra quanti fanno uso di sostanze stupefacenti. Frequentemente la motivazione alla base è da ricercarsi sulla volontà di aumentare e/o attenuare alcuni effetti, piuttosto che altri, legati a reazioni che si vorrebbero controllare o contrastare (dormire o rimanere svegli). Notevoli possono risultare i rischi derivanti dall'uso di eroina in associazione con l'alcol, causa principale di svariati incidenti e di possibile overdose. Naturalmente possono essere svariate le combinazioni



di sostanze, molto spesso legate, oltre che alle predilezioni soggettive, alla disponibilità e al costo delle sostanze stesse. La cannabis è la sostanza maggiormente utilizzata e compare nel 94% dei giovani policonsumatori, mentre il 58% ha usato cocaina e il 51% ha fatto uso di allucinogeni.

Oltre alle sostanze illecite il 24% dei policonsumatori ha fatto uso di alcol quasi giornalmente, il 76% ha fumato sigarette quotidianamente e il 35% ha utilizzato psicofarmaci durante l'anno (senza ricetta medica) soprattutto per dormire. Il 13% dei policonsumatori ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali non protetti, difficoltà nei rapporti sia con i genitori che con gli amici nel 14% dei casi manifestando anche comportamenti antisociali (48%).

LA FOTOGRAFIA ESPAD 2013, sinteticamente illustrata, fornisce elementi di conoscenza fondamentali per chi è preposto alla programmazione all'adozione di politiche di sensibilizzazione sui rischi derivanti dall'uso e/o abuso di sostanze stupefacenti legali e/o illegali. Occorre senza dubbio incentivare campagne di sensibilizzazione, favorire campagne di prevenzione e di promozione della salute, attraverso sistemi educativi in grado di raggiungere i giovani, aggiornandoli sulle nuove tendenze e sulle mode emergenti degli ultimi anni, trasmettendo loro la consapevolezza dei notevoli rischi conseguenti. Nello stesso tempo occorre anche che ai vari livelli istituzionali venga attivato nei decisori (prima di ogni decisione) la capacità di ascoltare e comprendere le richieste che pervengono dal mondo giovanile, in modo da poter programmare, in maniera coordinata, quegli strumenti educativi indispensabili per la promozione e la tutela della salute delle giovani generazioni.

Necessita, dunque, un *approccio globale alla salute*, basato su nuove logiche di sistema piuttosto che su singoli progetti, prevedendo ambienti scolastici quali luoghi elettivi di benessere psico-fisico, mediante attività comuni con i servizi sanitari dedicati, nonché con altri servizi rivolti alla cittadinanza. Conoscere l'intera problematica è, quindi, di fondamentale importanza per chi ha il compito di educare i giovani, nel contesto formativo, e di contrastare il consumo e gli eccessi, le conseguenze di tali comportamenti in un confronto con tutte le realtà impegnate nel contrasto del fenomeno delle dipendenze.



5 PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITÀ DEI LORO ESITI

I dati forniti da ACI e ISTAT (che riguardano solo gli incidenti stradali – con o senza lesioni a persone – nei quali c'è stato l'intervento delle Forze dell'Ordine), indicano per l'Italia tra il 2001 e il 2012 una riduzione di circa il 30% degli incidenti stradali con lesioni alle persone (da 263.100 a 186.726); nel 2012, ultimo anno per il quale sono disponibili dati completi, la riduzione è stata del 9,2% rispetto al 2011.

Per quanto riguarda il numero di persone che hanno riportato lesioni o sono decedute, nel lungo periodo si è sostanzialmente dimezzato il numero di morti (da 7.096 del 2001 a 3.653 del 2012, mentre il numero di feriti si è ridotto di circa il 30% (da 373.286 del 2001 a 264.716 del 2012). Tra il 2011 e il 2012 la riduzione è stata rispettivamente del 7% e del 10% circa.

Tabella 9 Andamento degli incidenti stradali con lesioni alle persone in Italia, in Abruzzo e nelle provincie di L'Aquila, Teramo, Pescara e Chieti dal 2001 al 2012 (Fonte: ISTAT)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Italia	263100	265402	252271	243490	240011	238124	230871	218963	215405	212957	205638	186726
Abruzzo	5574	5495	5285	4977	4814	4665	4253	3981	3853	4099	4058	3639
L'Aquila	1011	1024	936	1015	919	982	914	837	778	832	812	693
Teramo	1352	1311	1344	1361	1319	1187	1017	996	1070	1151	1004	902
Pescara	1785	1813	1641	1366	1427	1288	1168	1067	957	1037	1167	1101
Chieti	1426	1347	1365	1235	1149	1208	1154	1081	1048	1079	1075	943

Nell'80% circa dei casi, i morti per incidente stradale sono maschi. Circa 68 su 100 persone decedute o ferite a seguito dell'incidente erano alla guida del mezzo.

In Abruzzo la riduzione degli incidenti tra il 2001 e il 2011 ha toccato il 35% (l'entità della riduzione è compresa tra il 31% della provincia di L'Aquila e il 38% della provincia di Pescara). Come nel territorio nazionale, il numero di morti si è quasi dimezzato; nella provincia di Chieti la riduzione è stata del 68%.

Nel 2012, i decessi a seguito di incidente stradale nella regione sono stati 88 e i feriti 5.476.

Le fasce di età maggiormente coinvolte per quanto riguarda la mortalità (in Abruzzo come in Italia) sono quelle comprese tra i 29 e i 54 anni, con un secondo picco di frequenza che interessa gli anziani (>65 anni) (Figure 72 e 73).

Il tasso di mortalità per incidenti stradali rispetto alla popolazione residente colloca l'Abruzzo nel 2012 al di sopra della media nazionale per le fasce di età al di sotto dei 29 anni (5,2 vs. 4,8 morti per 100.000 residenti) e per quelle oltre i 65 anni (10 vs. 8,3 morti per 100.000 residenti). In Abruzzo nel 2012 si è verificato il 2,4% del totale dei decessi per incidente stradale avvenuti in Italia.

Il tasso di lesività degli incidenti stradali rapportato al loro numero in Abruzzo si colloca, tra il 2001 ed il 2012, costantemente al di sopra di quello nazionale e ad esso parallelo, mantenendo un andamento in lieve tendenziale aumento, con il contributo determinante degli eventi accaduti nelle provincie di L'Aquila, Chieti, e - in parte minore - Teramo. Nel 2012 la differenza tra i due tassi è poco meno del 10%, risultando quello abruzzese pari a 150 feriti ogni 100 incidenti (Figura 5).

Il tasso di lesività degli incidenti rispetto alla popolazione residente è invece inferiore a quello nazionale e mostra una riduzione tra il 2011 ed il 2012 (Tabella 2)



Figura 72 Morti in incidenti stradali per classi di età (2011)

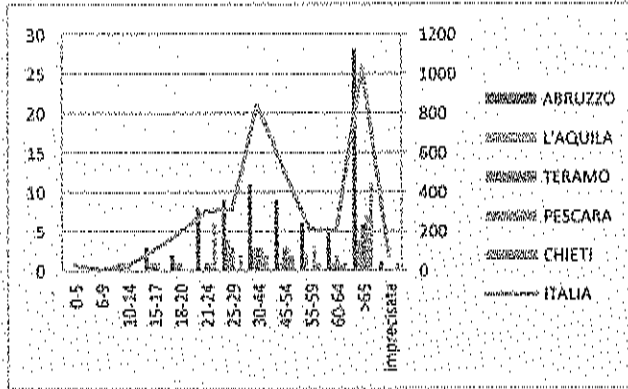
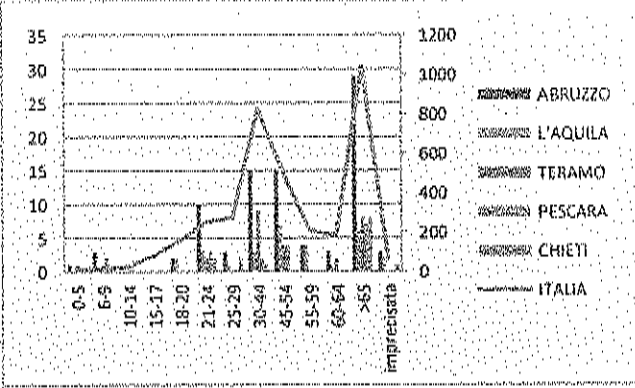


Figura 73 Morti in incidenti stradali per classi di età (2012)



La distribuzione per classi di età delle persone ferite nel corso di incidenti stradali ha anch'essa caratteristiche complessivamente sovrapponibili a livello nazionale, regionale e nelle singole province abruzzesi, e presenta un solo picco: tra i 30 ed i 54 anni. Ferma restando la riduzione del numero di persone ferite osservabile tra il 2011 ed il 2012, la distribuzione per fasce di età nei due anni non mostra differenze sensibili (Figure 74 e 75).

Figura 3 Feriti in incidenti stradali per classi di età (2011)

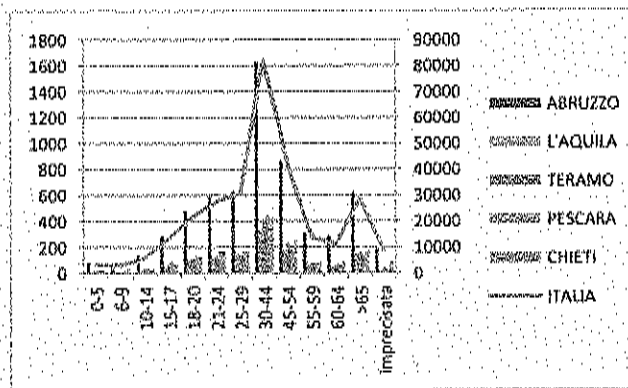
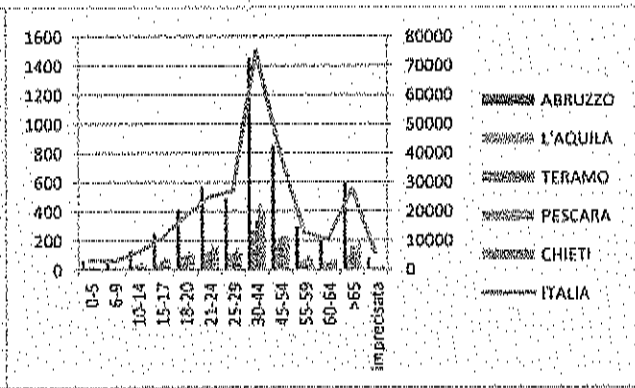


Figura 75 Feriti in incidenti stradali per classi di età (2012)



È comunque possibile affermare che in Abruzzo, come nel resto d'Italia, il rischio di morire per incidente stradale è più alto per gli anziani (Figure 1 e 2), mentre le persone con età al di sotto dei 29 anni (e in particolare tra 14 e 29 anni) hanno un rischio maggiore di riportare lesioni (Figure 3 e 4).

La provincia di Pescara è in Italia fra quelle con il più alto rapporto tra giovani feriti a seguito di incidente stradale e popolazione appartenente alla medesima fascia di età (0-29 anni). Lo stesso vale per la provincia di Teramo rispetto ai feriti con età superiore ai 65 anni.



Figura 76 - Numero di feriti per cento incidenti stradali - Tutte le strade (2001-2012)

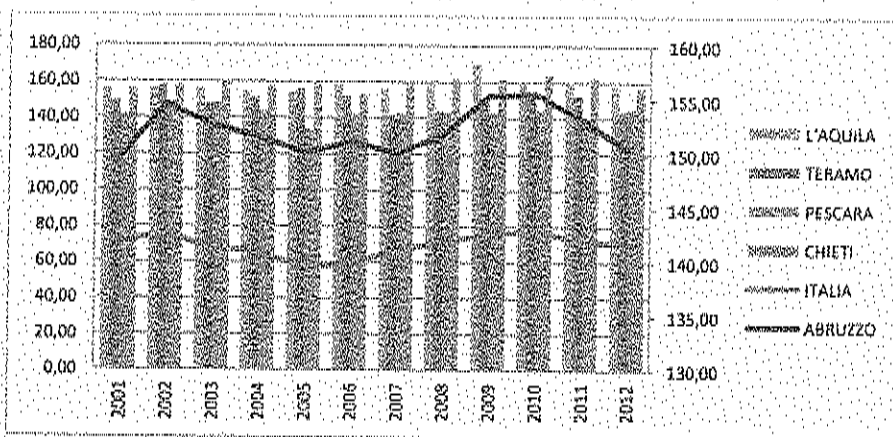


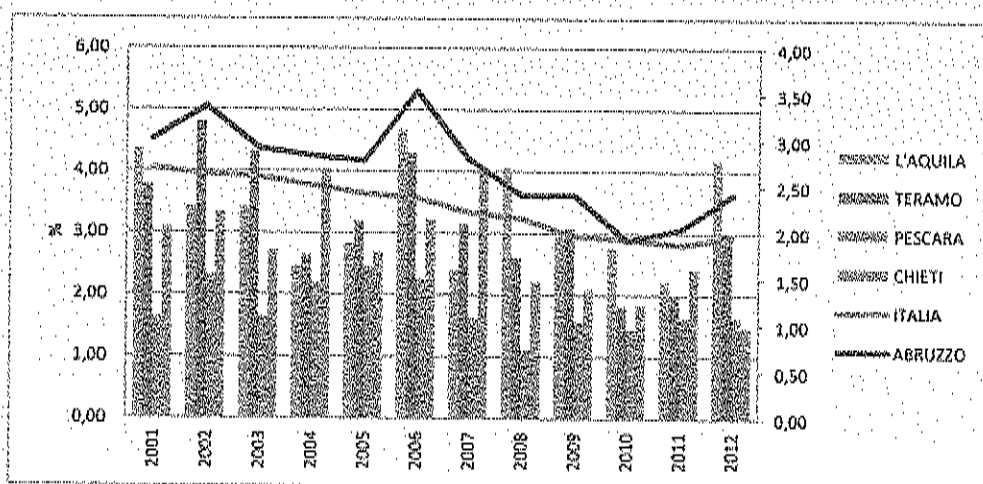
Tabella 10 - Tasso di lesività degli incidenti stradali rispetto alla popolazione

	ANNO	FERITI	POPOLAZIONE	TASSO DI LESIVITA' *
ITALIA	2011	292019	60626442	481
	2012	264716	59685227	444
ABRUZZO	2011	6221	1307309	476
	2012	5476	1306416	419

* (Feriti in incidente / popolazione) x 100.000

Il tasso di mortalità degli incidenti nella totalità delle strade è in lieve e costante diminuzione sia a livello nazionale sia a livello regionale; anche in questo caso i valori regionali si mantengono sempre al di sopra di quelli nazionali, con uno scostamento del 0,5% nel 2012. Come per il tasso di lesività, il contributo fondamentale deriva soprattutto dalla dimensione del fenomeno osservato nella provincia di L'Aquila e, in parte minore, in quella di Teramo (Figura 6). Le province di Chieti e Pescara sono fra quelle con il minor numero di morti per incidente stradale in Italia nel 2012.

Figura 774 - Numero di morti per cento incidenti stradali - Tutte le strade (2001 - 2012)



Il tasso di mortalità per incidenti stradali rispetto alla popolazione residente colloca l'Abruzzo per il 2012 al di sopra della media nazionale (Tabella 11): il dato va considerato con prudenza, visto il numero relativamente piccolo di decessi, ma va segnalato che la provincia de L'Aquila è fra quelle con il tasso di mortalità maggiore in Italia nel 2012 sia rispetto alla popolazione, sia rispetto agli incidenti.

Tabella 11 Tasso di mortalità degli incidenti stradali rispetto alla popolazione

	ANNO	MORTI	POPOLAZIONE	TASSO DI MORTALITA' *
ITALIA	2011	3860	60626442	6,4
	2012	3653	59685227	6,1
ABRUZZO	2011	83	1307309	6,3
	2012	88	1306416	6,7

* (Morti in incidente / popolazione) x 100.000

Analizzando i tassi di lesività e di mortalità degli incidenti stradali per tipo di strada, e considerando separatamente strade urbane, autostrade e altre strade, si osserva che l'Abruzzo si colloca costantemente al di sopra dei valori medi nazionali, tranne che per la lesività degli incidenti avvenuti su "altre strade" (denominazione che comprende tutte le strade non urbane diverse dalle autostrade). L'andamento dei tassi nel tempo tra il 2001 ed il 2012 si mantiene parallelo a quello medio nazionale (Figure 78-83).

I comportamenti di guida errati alla base della maggior parte degli incidenti sono: il mancato rispetto della precedenza o dei segnali semaforici (prevalentemente sulle strade urbane), la distrazione e l'eccesso di velocità (sulle strade extraurbane).

Figura 785 Numero di feriti per cento incidenti stradali - Strade urbane (2001 - 2012)

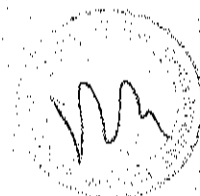
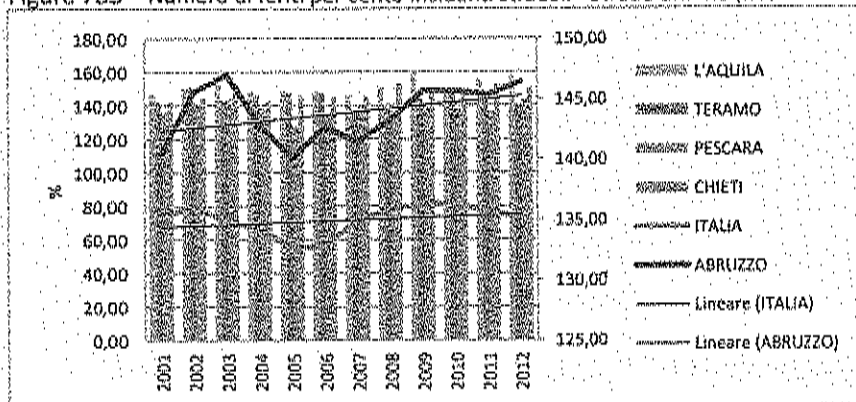


Figura 79 - Numero di morti per cento incidenti stradali - Strade urbane (2001 - 2012)

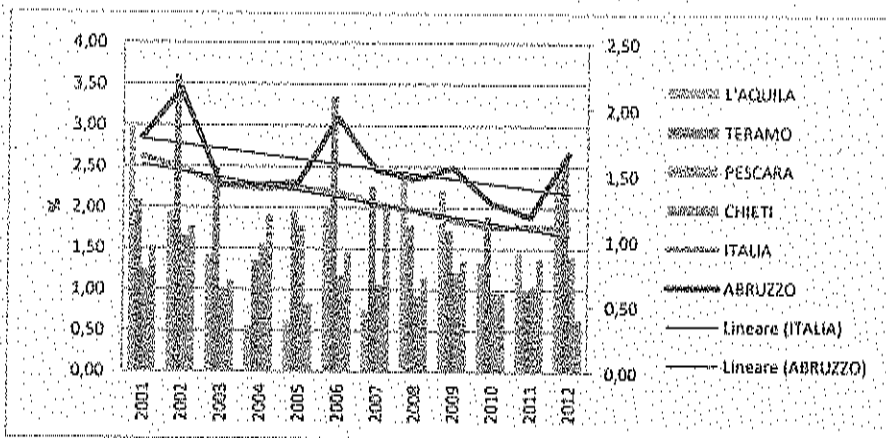


Figura 80 - Numero di feriti per cento incidenti stradali - Autostrade (2001 - 2012)

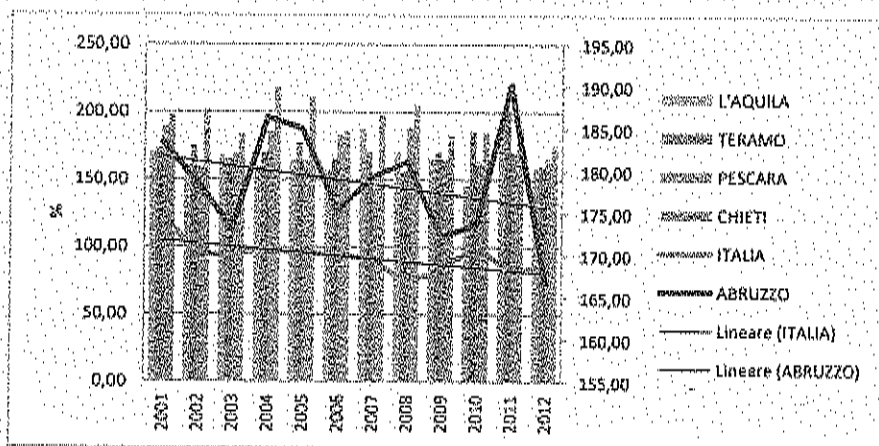


Figura 81 - Numero di morti per cento incidenti stradali - Autostrade (2001 - 2012)

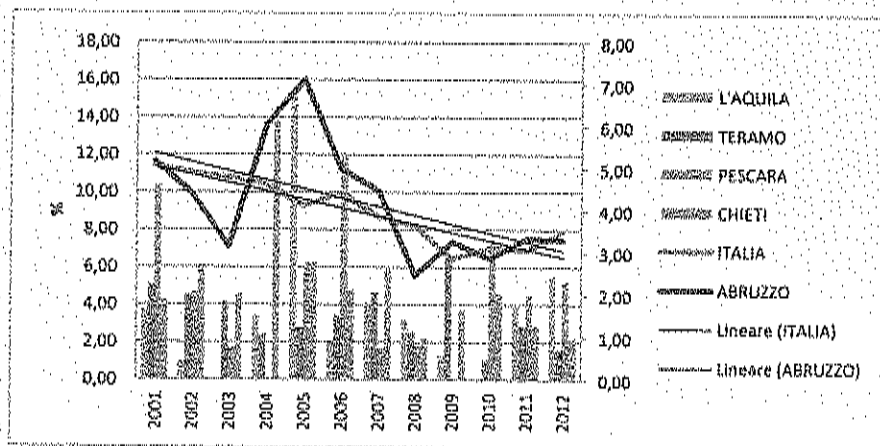


Figura 82 Numero di feriti per cento incidenti stradali - Altre strade (2001 - 2012)

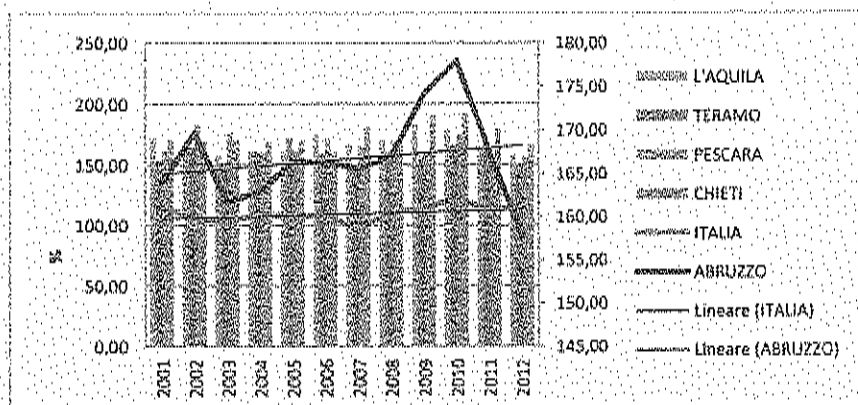
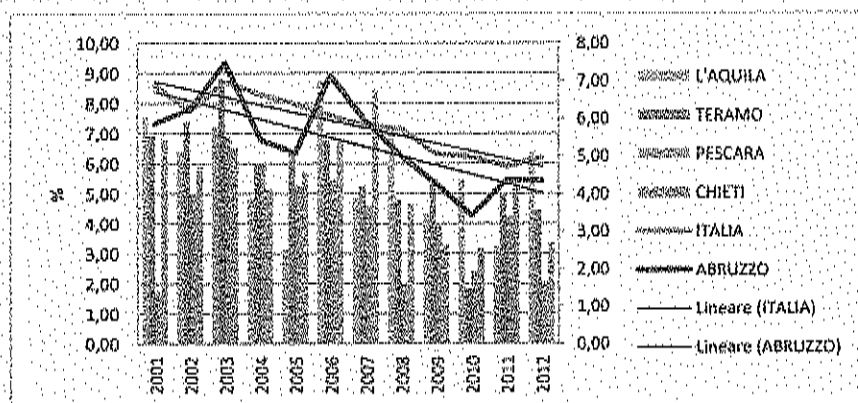


Figura 83 Numero di morti per cento incidenti stradali - Altre strade (2001 - 2012)



Per quanto riguarda le "altre strade", sono disponibili i dati riferiti all'incidentalità delle strade provinciali nell'anno 2012, che rendono conto di 408 incidenti, che hanno determinato 15 morti e 677 feriti (Tabella 12). Di questi, 104 hanno coinvolto veicoli a due ruote e 46 hanno coinvolto mezzi pesanti.

Tabella 12 Incidenti avvenuti nel 2012 sulle strade provinciali (distribuzione per provincia, con indicazione delle conseguenze lesive)

	INCIDENTI	MORTI	FERITI
AQ	74	5	130
CH	133	1	229
PE	74	3	119
TE	127	6	199
TOTALE	408	15	677



La Tabella 5 evidenzia, per ciascuna provincia, i tratti di Strade Provinciali nei quali si sono verificati incidenti ripetuti durante il 2012, con indicazione del numero complessivo di morti e feriti conseguenti agli eventi. Si tratta di dati meritevoli di approfondimento, in particolare dal punto di vista delle eventuali problematiche legate alla pianificazione della mobilità.

Tabella 13 Strade provinciali e relativi territori comunali nei quali durante il 2012 è stata osservata una incidentalità ripetuta, con indicazione delle conseguenze lesive

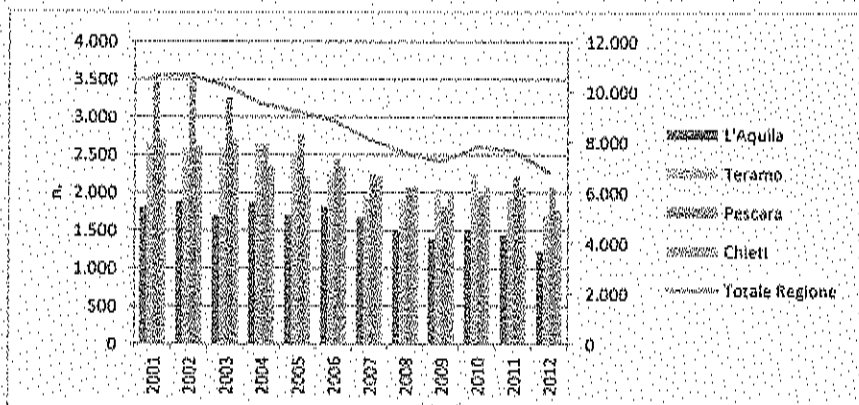
PROVINCIA	STRADA	COMUNE	INCIDENTI	MORTI	FERITI
AQ	Sp 033 di Coppito	L'Aquila	5	0	9
	SP 019 - Ultrafucense	Celano	4	0	6
	SP 017 - del Parco Nazionale d'Abruzzo (con Diramazioni)	Ortona dei Marsi	4	0	5
	SP 020 - Marruviana	San Benedetto dei Marsi	4	0	7
	SP 020 - Marruviana	Avezzano	3	3	3
	SP 020 - Marruviana	Celano	3	0	7
	SP 125 - di Antrosano	Avezzano	2	1	5
CH	SP 089 - Villa Elce-S. Onofrio	Lanciano	8	0	14
	SP 119 - Sangritana	Atessa	6	0	12
	SP 157 - S. Lorenzo	Vasto	6	0	11
	SP 100 - Pedemontana	Casoli	4	0	5
	SP 016 - Ripa Teatina-Tollo	Ripa Teatina	4	0	9
	SP 100 - Pedemontana	Lanciano	3	0	7
	SP 085 - Pianibbie	Casoli	3	0	7
	SP 119 - Sangritana	Torino di Sangro	3	0	5
PE	SP 167 - Ponte Foce-Gissi	Gissi	3	0	7
	SP 002 - Lungofino	Città Sant'Angelo	14	0	30
	SP 001 - Marina di Città S. Angelo-Elice	Città Sant'Angelo	6	0	9
	SP 020/1 - S. Teresa-Caprara-Pianella (1° Tratto)	Pianella	7	0	11
	SP 044/1 - ex SS 081-Vallemare-Villareia-Bivio Rosciano (1° Tratto)	Cepagatti	5	0	13
	SP 004 - Camposanto Cappelle-Città S. Angelo	Loreto Aprutino	1	1	0
	SP 018 - Bivio Loreto-Passo Cordone	Loreto Aprutino	3	0	3
TE	SP 028 - Innesto S. Teresa-Cavaticchi-Castellana	Spoltore	3	0	3
	SP 028 - Atri-Pineto	Pineto	7	0	10
	SP 008 - del Salinello	Sant'Omero	7	2	10
	SP 008 - del Salinello	Tortoreto	7	0	9
	SP 001/b - per Ancarano	Ancarano	6	0	7
	SP 025 - di Castellalto	Castellalto	5	0	10
	SP 001 - del Tronto	Controguerra	5	0	7
	SP 009/a - Villa Ranalli	Alba Adriatica	4	0	7
	SP 034 - di Appignano	Bisenti	4	0	7
	SP 002 - di Villa Lempa	Sant'Egidio alla Vibrata	4	0	7
	SP 055 - Adriatica (con Allacciamento)	Martinsicuro	4	0	7
	SP 028 - Atri-Pineto	Atri	3	0	3
	SP 017/a - di Pagannoni	Campoli	3	0	7
	SP 019 - della Specola	Roseto degli Abruzzi	3	0	3
	SP 029 - di S. Silvestro	Silvi	3	0	9
	SP 019 - della Specola	Teramo	3	0	5
	SP 001 - del Tronto	Colonnella	2	2	2
SP 006 - di San Giovanni	Controguerra	2	1	4	



Tipologia di veicoli coinvolti

Il numero di veicoli coinvolti in incidenti stradali nella regione si è ridotto del 36% tra il 2001 ed il 2012, passando da 10.700 a 6.800 circa (Figura 84). La riduzione più consistente (- 40%) ha riguardato la provincia di Pescara.

Figura 84 Totale veicoli coinvolti per anno (2001 - 2012)



Quando si considerano le singole tipologie di veicolo coinvolto, si osserva che la riduzione ha interessato le autovetture, gli autocarri e le motrici, i motocicli e i ciclomotori, mentre appare in controtendenza il dato riferito alle biciclette (Figure 14-18). Per tutte le tipologie di veicolo, tranne che per autocarri e motrici, la provincia di Pescara si rivela "trainante", sia per la riduzione, sia per l'aumento del numero di veicoli coinvolti (Figura 85).

Meritevole di particolare considerazione appare il dato relativo alle biciclette, se si considera che gli incidenti considerati sono solo quelli in cui c'è stato l'intervento delle Forze dell'Ordine. In effetti, a livello nazionale le biciclette rappresentano il terzo veicolo in graduatoria con il maggior numero di conducenti morti. Per quanto riguarda le province abruzzesi, Pescara è al primo posto, seguita da Teramo, per numero di incidenti che hanno coinvolto una bicicletta: il dato potrebbe trovare una spiegazione nella particolare estensione di territorio costiero pianeggiante, dove l'uso della bicicletta è più agevole, ma potrebbe essere utile valutare più a fondo il ruolo della pianificazione territoriale della mobilità nella genesi degli incidenti che coinvolgono questi veicoli.

Figura 85 Autovetture coinvolte per anno (2001-2012)

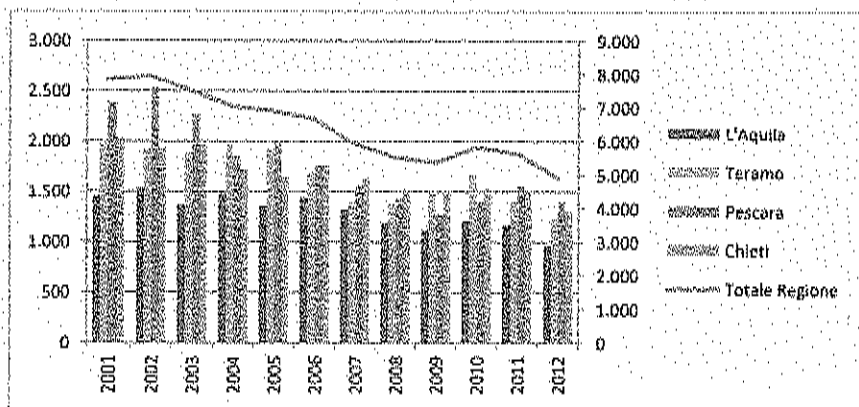


Figura 86 Autocarri e motrici coinvolti per anno (2001 - 2012)

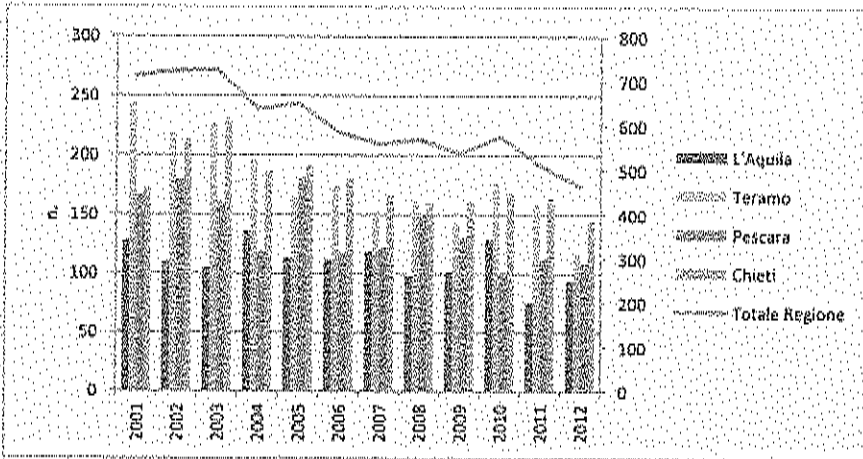


Figura 87 Biciclette coinvolte per anno (2001 - 2012)

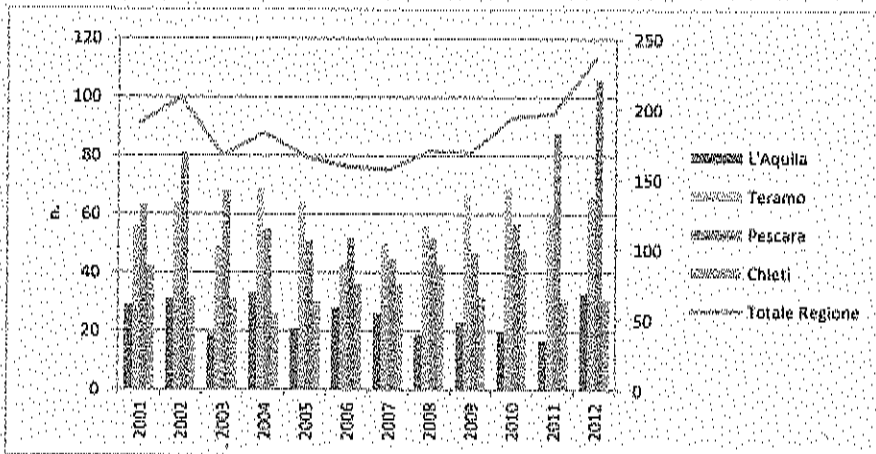


Figura 88 Ciclomotori coinvolti per anno (2001 - 2012)

