



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Rapporto ASL CE/2

Gennaio 2006

Il miglioramento dello stato di salute di una comunità non può prescindere dalla disponibilità e dalla conoscenza di efficaci ed adeguati indicatori relativi ai comportamenti “a rischio” diffusi nella popolazione.

In quest’ottica, seppur in via sperimentale, lo Studio PASSI ha permesso di acquisire, in breve tempo e con sufficiente affidabilità, conoscenze di effettivo interesse “pratico” riguardo le abitudini e gli stili di vita dei nostri assistiti, a fronte di un minimo impegno di risorse economiche.

Gli aspetti caratterizzanti di tali conoscenze, il cui dettaglio è, per la prima volta, specifico della nostra realtà, costituiscono un valido supporto alla futura attività di pianificazione degli interventi socio-sanitari dell’Azienda.

D’altra parte la diffusione delle principali risultanze dell’indagine alla popolazione, parte “attiva” della rilevazione, rappresenta, di per sé, un indiscutibile volano per tutte le iniziative di “salute” che, in maniera condivisa, saremo in grado di attuare.

La speranza personale è che sia possibile disporre, nell’immediato futuro, di un monitoraggio continuo delle aree esplorate dallo Studio PASSI, quale utile strumento di verifica “in itinere” degli interventi di prevenzione di volta in volta attuati sia nella nostra che nelle altre Aziende della Regione Campania, in linea con le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione Attiva 2005/2007.

Il Direttore Generale
ASL Caserta 2

Angela Ruggiero

A cura di:

Angelo D'Argenzio¹, Antonio Di Caprio², Maria Di Tella¹, Alessandro Iadevaia¹

1: Servizio di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, ASL CE2

2: Seconda Università degli Studi di Napoli (Scuola di Specializzazione in Igiene e Med. Prev.)

Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS ISS) dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS ISS): Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito

Con la supervisione di Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra (CNESPS ISS)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (CNESPS ISS)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

- [Dott.ssa Angela Ruggiero \(Direttore Generale ASL CE2\)](#)
- [Dott. Gaetano D'Onofrio \(Direttore Sanitario ASL CE2\)](#)
- [Dott. Pasquale Campanile Castaldo \(Direttore Dipartimento Prevenzione ASL CE2\)](#)

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori coinvolti nell'organizzazione dell'inchiesta e nell'esecuzione delle interviste:

Campionamento

[Francesco Amato](#)

[Dipartimento Sistema Informativo
e Programmazione](#)

Intervistatori

[Antonio Di Caprio](#)

[Seconda Università di Napoli](#)

[Concetta Ianniello](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – Serv. Epidemiologia](#)

[Giovanna Di Matteo](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – Serv. Epidemiologia](#)

[Carmine Dongiacomo](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 37](#)

[Franca Forgillo](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 37](#)

[Maria Di Tella](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 38](#)

[Clara Crocillo](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 38](#)

[Franco Cantile](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 42](#)

[Letizia Brongo](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 43](#)

Organizzazione interviste

[Silvia De Santis](#)

[Direzione Sanitaria distretto n. 34 di Aversa](#)

[Maria De Luca](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 37](#)

[Amedeo Borrata](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 37](#)

[Angelina Bonavolontà](#)

[Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 38](#)

Maria Di Tella
Lucio Socci
Maria Luigia Trabucco

Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 38
Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 41
Dip. Prevenzione ASL CE/2 – U.O.P.C. Distretto 43

Medici di Medicina Generale ASL CE2 dei pazienti intervistati

FRANCESCO ALMA	FAUSTA DE PIPPO	GIOVANNI LIMATOLA	ALFREDO PIERRO
FRANCESCO ANDREOZZI	ROSA DEL PRETE	BENEDETTO R. LOMBARDI	SILVANA PIETRONUDO
LUCA ANTROPOLI	GIUSEPPE DELLA VEDOVA	VALERIO LOMBARDI	ANNA PIROZZI
SALVATORE F. APICERNI	FRANCESCO DELLA VOLPE	ANTONIO MAISTO	ARMANDO PIROZZI
ANTONIO ARGO	GIOVANNI DELLA VOLPE	GIOVANNI MANGANIELLO	MICHELE PIROZZI
GIOVANNI BATTISTA	NICOLA DELL'AVERSANA	ANGELO MARTUCCI	ARISTIDE POLICE
GIUSEPPE BLASIO	PAOLO DELL'AVERSANA	ANTONIO MATTIELLO	GIUSEPPINA POMPELLA
VINCENZO BOCCOLATO	CIRO DI BENEDETTO	ANNA MAZZARINO	VINCENZO POMPELLA
GIANCARLO BURRELLI	GIUSEPPE DI BERNARDO	ANTONIO MENNA	ANTONIETTA QUARANTA
ROSA MARIA CADUTO	BRUNO DI DOMENICO	FRANCO MERCURIO	LEUCIO S. RAPUANO
GIACOMO CAMPANILE	GIUSEPPE DI MONACO	ANTONIO MEROLA	VINCENZO MARIO RIZZO
ROSARIA M. CAPASSO	ANTONIO DI RIENZO	MICHELE MEROLA	EMILIO RUSSO
NICOLA CARUSO	PASQUALE DIANA	CESARIO MIGLIACCIO	ROCCO RUSSO
OSVALDO CASALE	ANTONIO G. DIOMAIUTO	MICHELE MISSO	SALVATORE RUSSO
NICOLA CATERINO	GIULIO CESARE FAVA	RICCARDO MORDACCHINI	NICOLA SANTAGATA
CARLO CAVALLOTTI	ERNESTO FERRAIUOLO	ANDREA MORETTI	VITO SANTILLI
ACHILLE CENNAMI	FRANCESCO FERRANDINO	PASQUALE MORRA	CESARE M. SANTONASTASO
LUDOVICO CHIANESE	RITA FERRARO	CARMINE MUTO	VINCENZO SCHIAVONE
MARIA TERESA CHIANESE	CARLO AMEDEO FLORIO	GIUSEPPE NACCHIA	ANTONIO SGUEGLIA
BIAGINA CHIERCHIA	GIUSEPPE FOLCO	SALVATORE NARDO	PASQUALE SILVESTRE
NICOLA CIARDULLI	LUIGI FRANZESE	SALVATORE NATALE	SEVERO STEFANELLI
MARTA CICCARELLI	EMILIO GAGLIARDI	MICHELE NOCERA	VINCENZO SULLO
LUIGI CIOCE	FRANCESCA A. GALLO	MARIO NUGNES	GIOVANNI TANCREDI
LORENZO CORVINO	ANTONIO GRANIERI	VINCENZO OLIVA	GENNARO TESCIONE
DOMENICO COSCONATI	GIOVANNI GRAVANO	EMILIO PARDI MEROLA	VINCENZO UCCIERO
ADRIANA F. COVIELLO	FRANCESCO GRAZIANO	GIOVANNI PASCARIELLO	ANTIMO VERDE
LUIGI CRISPINO	LUCIANO GRIMALDI	ANTONIO PEDANA	PINO VERDERAME
CIPRIANO CRISTIANO	FRANCESCO C. GUARINO	LUIGI ANDREA PERO	GIOVANNI VERRENGIA
ANTONIO D'AGOSTINO	MARIA ROSARIA GUIDA	MARIA C. PERROTTA	VINCENZO VERRENGIA
PASQUALE D'ALESSANDRO	DOMENICO IANNIELLO	ROMOLO PERUGINI	CARLO VIGGIANO
ETTORE D'AMORE	CARMELA R. IOANNONE	RAFFAELE PETRONE	GIANNANTONIO VITALE
FRANCESCO D'ANGELO	ANTONIO IOVINE	GIOVANNA PICCIRILLO	POTENZA ZACCHIA
SALVATORE DE MARTINO	ANNA LA MARCA	ANTONIO PICONE	
ANTONIO DE MICHELE	GIUSEPPE LETTERA	MARIANNA PICONE	

Si ringraziano, inoltre, tutte le persone che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Angelo D'Argenzio 0823-587519/552 – dip.prev.epidemiologia@aslcaserta2.it

Servizio di Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione – via Giotto – 81055 S. Maria C.V. (CE)

INDICE

Sintesi del rapporto aziendale.....	6
Introduzione	8
Obiettivi	9
Metodi.....	11
La sperimentazione	13
Descrizione del campione aziendale	17
Percezione dello stato di salute.....	20
Attività fisica.....	22
L'abitudine al fumo.....	24
Abitudini alimentari	28
Consumo di alcol.....	30
Sicurezza stradale	33
Vaccinazione antinfluenzale.....	35
Vaccinazione antirosolia	37
Iperensione arteriosa	39
Colesterolemia	42
Situazione nutrizionale.....	45
Carta di rischio cardiovascolare	47
Screening neoplasia del collo dell'utero	49
Screening neoplasia della mammella.....	52
Screening tumore del colon retto.....	55
Tabella riassuntiva dei risultati dello studio PASSI	57
Bibliografia	62

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nella nostra Azienda sono state intervistate un campione casuale di 183 persone, selezionate dalla lista dell'anagrafe sanitaria dell'ASL. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne. Il 57% ha un livello di istruzione alto e oltre il 59% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 31% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 29% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 40% del campione e solo il 10% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 37% si dichiara fumatore e il 10% ex fumatori. Tutti dichiarano di aver smesso di fumare da soli. A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 66% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Abitudini alimentari: Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 7% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 18-34 anni e negli uomini.

Consumo di alcol: Si stima che la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche. Bassa è la percentuale di coloro che hanno abitudini di consumo considerate a rischio. (complessivamente il 11% è forte bevitore o "binge"). Pochi intervistati dichiarano di essere interpellati dagli operatori sanitari sulle loro abitudini al consumo dell'alcol e di ricevere raramente il consiglio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: Si osserva invece un sufficiente livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (70% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 7% degli intervistati. Il 5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 4% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale: Il 50% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: È possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 34% delle donne in età fertile: in particolare, il 15% riferisce di essere stato vaccinato e il 26% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 19%; negativo il 7%). Pertanto, la

percentuale di donne in età fertile suscettibile alla rosolia è ancora sensibilmente superiore ai valori ritenuti necessari per l'eradicazione della rosolia congenita.

Iperensione arteriosa: Si stima che sia iperteso un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 70% sono sotto trattamento farmaceutico. Al 21% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia: Il 16% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 32% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Uno su quattro dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

Situazione nutrizionale: È in sovrappeso il 45% del nostro campione e gli obesi sono il 12%. L'eccesso ponderale è trattato nel 18% dei casi con dieta e solo nel 17% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Carta di rischio cardiovascolare: Ancora scarsamente utilizzata la carta di rischio cardiovascolare (solo nel 14% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 59% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e solo il 42% l'hanno eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: Il 42% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma solo una su cinque (19%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

Screening tumore del colon retto: Appena il 10% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

Introduzione

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio delle le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, incidenti stradali ...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali argomenti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiari di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

5. Abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)

- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

6. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori modesti e forti
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto)
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol
- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol

7. Sicurezza stradale

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

8. Vaccinazioni in età adulta

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza.
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-65 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

9. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione arteriosa o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sul punteggio di rischio cardio-vascolare di recente introduzione

10. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening.
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening

Metodi

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL CE2 (aggiornato al 31.12.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL. La dimensione del campione è stata di 183 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Limiti

Alcuni aspetti testati dall'indagine (screening del carcinoma della mammella, delle neoplasie della cervice uterina e del cancro del colon-retto) sono stati rilevati da sottopopolazioni dell'intero campione la cui numerosità è risultata poco adatta a fornire stime particolarmente precise: il range di variabilità risulta, infatti, piuttosto ampio. È in corso, al momento, un supplemento di raccolta dati, esteso ad un campione maggiormente significativo di tali sottopopolazioni per garantire stime più accurate. I risultati di tale rilevazione suppletiva permetteranno di aggiornare le stime riportate nel presente rapporto.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte nell'arco di due mesi (maggio-giugno 2005) da medici e personale sanitario afferenti, in particolare, al Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

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

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia per l'Azienda sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti livello nazionale senza il metodo della pesatura.

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

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. E' stato richiesto la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

La sperimentazione

Risultati della valutazione su un pool di 89 ASL

Introduzione

La possibilità di sperimentare una raccolta di dati sui comportamenti legati a stili di vita che mettono a rischio la salute della popolazione e sull'andamento di interventi di salute nazionali, regionali o aziendali è un progetto che affascina gli operatori in salute pubblica che, per missione, ricercano e utilizzano dati per migliorare l'azione in salute pubblica. Il Ministero della Salute e le regioni che promuovono il cambiamento del sistema di informazione sanitario del nostro Paese, hanno chiesto all'Istituto Superiore di Sanità (al gruppo PROFEA del CNESPS) di sperimentare un approccio che producesse i dati in maniera tempestiva e valida per poter orientare l'azione a livello locale (ASL) e regionale. Lo studio PASSI è stato quindi valutato durante tutto l'arco della sua realizzazione per produrre evidenza sulla validità, fattibilità, utilità della raccolta dei dati, per rispondere a gruppi di interesse e finanziatori, alla comunità e identificare materiali e metodi per preparare il passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza.

Metodi

Prima di iniziare lo studio, è stata condotta una valutazione propedeutica con l'intento di testare procedure e metodi e di inventariare le domande di valutazione dei gruppi di interesse (Ministero della Salute, Regioni, responsabili politici e tecnici di Aziende Sanitarie, operatori nell'ambito della prevenzione, società scientifiche dei medici di medicina generale, ISTAT) utilizzando focus group e interviste strutturate e semi-strutturate. La valutazione di processo invece, è stata conclusa nel giugno 2005 utilizzando un questionario autocompilato dai coordinatori aziendali.

Risultati

La valutazione propedeutica ha evidenziato che lo studio PASSI ha suscitato interesse per la possibilità di colmare un vuoto informativo sugli stili di vita, sulla diffusione di alcuni interventi preventivi e la loro efficacia. Vengono però espressi alcuni dubbi e critiche:

- sulla potenza statistica che in alcuni casi non permette la stratificazione per alcune variabili quali l'età e il livello socioeconomico,
- la mancanza di alcuni argomenti quali aspetti legati alla professione/rischi lavorativi
- una possibile duplicazione con altri sistemi informativi, per esempio gli screening.

Inoltre, si sono espresse perplessità sull'utilizzo del personale delle ASL in quanto senza nessuna esperienza su come si fanno le interviste tramite telefono.

Nella **valutazione del processo**, è emerso che la raccolta dati è durata in media due mesi e mezzo, mentre la fase interviste è durata 45 giorni; il 92% degli intervistatori erano assistenti sanitari o affini, riducendo ad un numero esiguo l'utilizzo inappropriato di medici.

Secondo gli operatori aziendali le Regioni non sempre hanno giocato il ruolo favorente necessario, creando talvolta qualche difficoltà nel costruire efficaci collaborazioni con le istituzioni locali.

Il **campionamento** è stato fatto a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie; delle persone campionate solo per il 27% erano disponibili numeri di telefono ed indirizzi in quanto le liste sono incomplete e a volte non aggiornate. Tale percentuale è salita all'88%, dopo una ricerca tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche

comunali. In totale quindi sono stati sostituiti il 12% di persone campionate. Nella fase di somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 5% di rifiuti e l'11% di persone non rintracciate. Quando interpellati i medici di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità diffidenza ecc).

La disponibilità di **linee telefoniche**, cellulari aziendali e carte telefoniche prepagate si è rivelato un elemento essenziale sia per non penalizzare il lavoro di routine dei dipartimenti di prevenzione, che per poter fare le telefonate fuori orario di lavoro. Resta il problema del riconoscimento delle ore di straordinario per gli intervistatori.

Il questionario è stato ritenuto appropriato, accettabile (da parte degli operatori e degli intervistati) e un buon strumento nelle sue parti, anche se è stato rilevato che complessivamente aveva troppe domande; le sezioni sul consumo di alcol e quella sull'attività fisica contengono alcune domande poco chiare.

L'utilità della raccolta di dati sperimentata dal PASSI è stata stimata su alcuni qualità richieste a un buon sistema di sorveglianza:

- **Semplicità:** l'azienda utilizzando le proprie risorse e conoscenze è riuscita a completare l'indagine
- **Flessibilità:** è stato possibile inserire nel questionario e quindi nell'analisi di dati alcuni argomenti aggiuntivi (es. incidenti domestici) che in alcune aziende sanitarie era stato oggetto di uno specifico intervento
- **Qualità dei dati:** i questionari prodotti incompleti o con errori sono al di sotto del 5% e i dati raccolti sono in linea con altre indagini campionarie o demoscopiche (per esempio ISTAT)
- **Sensibilità e valore predittivo positivo:** in accordo con dati di altri Paesi, poiché si tratta di dati autoriferiti, ci si può attendere perlopiù una sottostima di molti fenomeni misurati
- **Rappresentatività:** il campione selezionato e intervistato è risultato rappresentativo della popolazione in studio. Le sostituzioni per mancanza del numero telefonico (12%) e le sostituzioni per rifiuto (5%) rimangono a livelli ragionevolmente bassi per possibili rischi di bias di selezione; tuttavia si può migliorare la performance con un coinvolgimento dei medici di famiglia già nella fase di campionamento.
- **Tempestività:** l'indagine si è conclusa nei tempi previsti, che permettono di produrre dei risultati annuali necessari per questo tipo di sorveglianza
- **Accettabilità:** la partecipazione degli operatori all'indagine nella fase organizzativa (corsi di formazione e reperimento dati anagrafici è stata del 80%, nella fase di esecuzione le interviste incomplete o errate sono state sotto il 5%). La partecipazione delle istituzioni locali è stata importante in quanto hanno messo a disposizione le anagrafi comunali.

Il costo, calcolato complessivamente e non solo sui costi aggiuntivi (es. telefono), per la sorveglianza è stato stimato in circa 12 mila euro per 200 interviste e di 21 mila euro per 600 interviste.

Tabella 1: stima dei principali costi dell'indagine PASSI, Euro

200 interviste 600 interviste

Formazione	2.000	2.000
Promozione	3.000	3.000
Interviste	4.000	12.000
Monitoraggio	2.000	2.500
Inserimento	500	1.500
totale	11.500	21.000

Discussione

In generale, la sperimentazione suggerisce che il sistema di sorveglianza da costruire sui risultati dello studio PASSI, può costituire uno strumento adeguato agli obiettivi che si era prefissato; inoltre è stato ben accettato nella ASL e i costi relativi stimati, confrontati con altre indagini/programmi, sono contenuti. I potenziali punti critici dello studio evidenziati nella valutazione formativa quali le poche competenze degli operatori e la difficoltà dei dipartimenti a misurarsi con indagini nuove, si sono dimostrati più il frutto di timori di non essere all'altezza che di reali difficoltà e limiti. Timori che sono stati superati, ne è prova il basso numero di rifiuti, il basso numero di questionari incompleti e l'assenza di interviste non condotte a termine.

I punti più critici dello studio sono il reperimento dei dati degli assistiti (indirizzo e telefono) ed il non completo coinvolgimento dei gruppi di interesse. Per quanto riguarda il reperimento dei dati degli assistiti si possono pensare altre strategie che coinvolgano da subito i medici di famiglia, evitando così potenziali bias di selezione di alcuni gruppi quali i giovani e immigrati in possesso di sola telefonia mobile.

Sul coinvolgimento dei gruppi di interesse, soprattutto cittadini e decisori in campo sanitario e politico (per esempio i sindaci) si gioca la reale utilità del sistema di sorveglianza: la sua utilità si misura sull'effettivo cambiamento dello stato di salute della comunità "provocato" dall'utilizzo delle informazioni che il sistema produce. Ma questi cambiamenti sono possibili solo se c'è il coinvolgimento dei tre soggetti principali: comunità, decisori e operatori sanitari.

Come in tutte le sperimentazioni le nuove idee e l'entusiasmo giocano un ruolo importante che a volte aiutano a superare difficoltà organizzative e risorse limitate. Il passaggio dalla sperimentazione alla routine ovvero all'istituzionalizzazione pone tuttavia come prerequisito un forte mandato da parte delle Regioni che devono costruire delle solide basi organizzative e gestionali per creare e consolidare il sistema di sorveglianza di popolazione nei mesi a venire.

Risultati della valutazione di processo nell'ASL CE2

Nell'ASL CE/2 la prima fase del processo (preparazione indagine e formazione intervistatori) è durata circa 40 giorni mentre le interviste hanno richiesto 85 giorni. Sono stati utilizzati 8 intervistatori di cui 2 medici.

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, riportava nel 90% dei casi l'indirizzo delle persone campionate, ma nessun numero telefonico. Ciò ha consentito, attraverso l'irrinunciabile e prezioso contributo degli uffici anagrafici comunali e dei medici di medicina generale, unitamente alla consultazione degli elenchi telefonici, di ottenere la lista completa di indirizzo dei cittadini campionati casualmente, realmente residenti nel nostro territorio. Tale ricognizione ha evidenziato la non completa esaustività dell'anagrafe degli assistiti come dimostra, tra l'altro, l'occasionale discordanza delle generalità riportate nelle liste anagrafiche aziendale e comunali.

Tra i 183 residenti inclusi nello studio, selezionati con il criterio della casualità semplice, è risultato irrintracciabile il 5%, mentre il 3% ha rifiutato l'intervista ed il 10% non era intervistabile per altri motivi (patologie, servizio di leva, fuori sede per lavoro, studio, turismo).

La percentuale complessiva dei cittadini sostituiti, compresi quelli non in possesso di utenza telefonica (pari al 4%), è del 22%.

Le interviste telefoniche sono state effettuate in tutte le fasce orarie: mattino 53%, pranzo 21%, pomeriggio 14%, sera 3%; il restante 9% è stato effettuato in giorni prefestivi.

Non sono stati utilizzati telefonini né schede prepagate forniti dall'azienda; per garantire l'ultimazione dello studio si è fatto un ricorso ad una minima quota di lavoro straordinario degli intervistatori: 145 interviste sono state portate a termine, infatti, telefonicamente, mentre, per le restanti 38 si è reso necessario recarsi presso l'abitazione della persona campionata ed effettuare l'intervista vis-a-vis.

Descrizione del campione aziendale

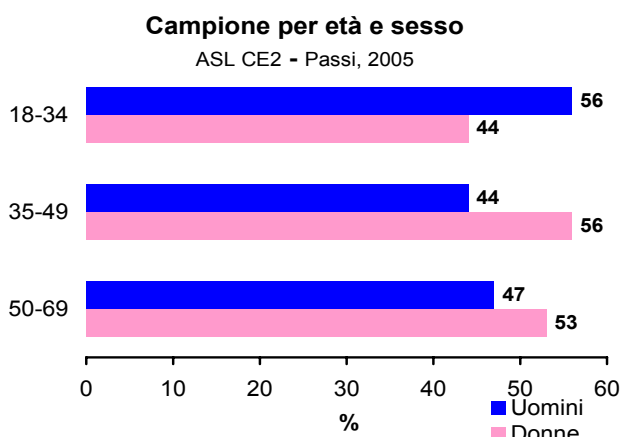
La popolazione in studio è costituita da 183 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASL CE/2 al 31/12/2004.

Le 183 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 8 operatori sanitari: 143 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 40 sono stati sostituiti (33%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. Tra le ASL partecipanti si è registrato il 25% di sostituzioni e il 6% di rifiuti.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

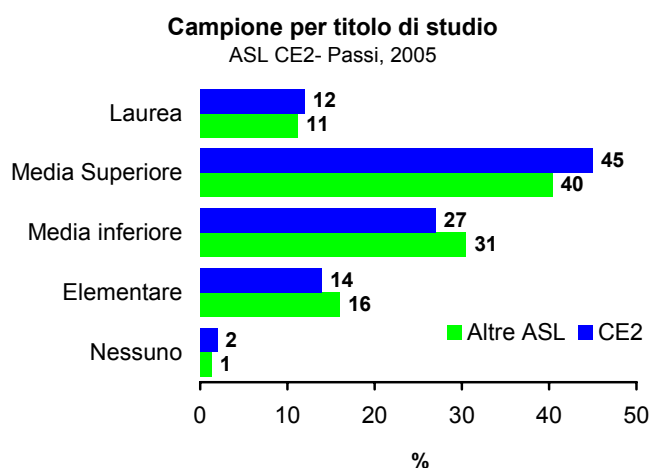
L'età e il sesso

- Nell'ASL CE/2 il 51% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 30% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 39% in quella 35-49 e il 31% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale.



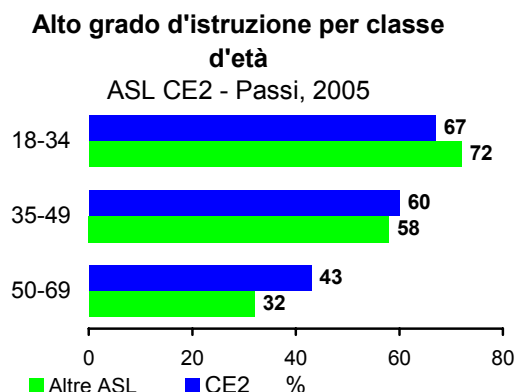
Il titolo di studio

- Per l'ASL di Aversa il 2% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 14% ha la licenza elementare, il 27% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore, il 12% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.



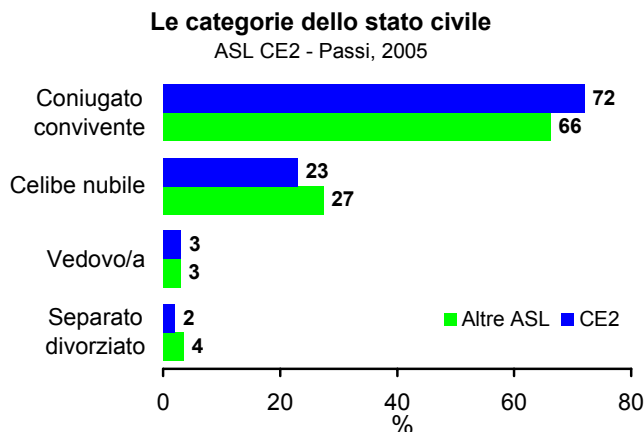
Il livello di istruzione

- Il 57% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.



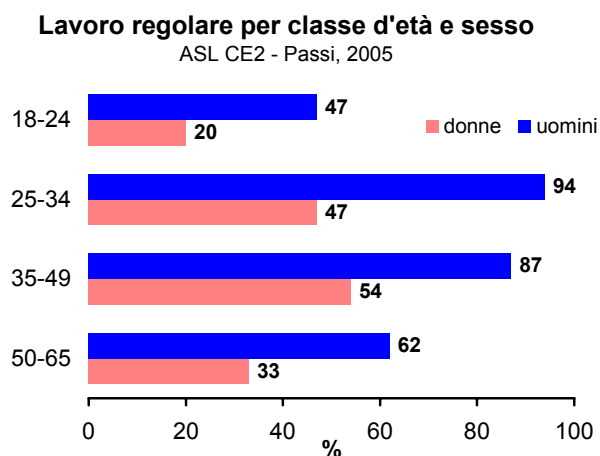
Lo stato civile

- Nell'ASL CE/2 coniugati/conviventi rappresentano il 72%, celibi/nubili il 23%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 2%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti.



Il lavoro

- Nell'ASL CE/2 il 59% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (44% versus 74%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione dell'ASL di Caserta² è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta a livello aziendale una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto, sin dagli anni '80, di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici, e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

Quanti cittadini hanno una buona percezione del proprio stato di salute?

- Il 66% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; similmente alla ASL CE/2 si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

Stato di buona salute percepito	
ASL CE2 – Passi, 2005	
Caratteristiche Demografiche	%
Totale	66,1 (IC 95%: 58,8-72,9)
Età	
18 - 34	92,7
35 - 49	62,9
50 - 69	44,8
Sesso	
M	78,7
F	54,3
Istruzione*	
bassa	57,0
alta	73,1
Patologia Severa**	
presente	29,0
assente	73,7

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

** almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese?

- Le persone intervistate riferiscono una media di circa 2 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1 giorno al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che psicologici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.
- Nelle ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
Totale	1,9	1,9	1,3
Età			
18 - 34	1,2	1,3	0,7
35 - 49	1,5	1,6	0,7
50 - 69	3,0	3,0	2,6
Sesso			
M	0,8	0,7	0,7
F	2,8	3,1	1,8

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela, a livello aziendale, valori in linea con l'indagine multiscopo 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica, in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Il 27% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 33% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato; il 40% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

		Sedentarietà ASL CE2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche		Sedentari, %*	
Totale		40,4	(IC 95%: 33,3-47,9)
Età			
	18 - 34	25,5	
	35 - 49	34,3	
	50 - 69	62,1	
Sesso[^]			
	uomini	31,5	
	donne	48,9	
Istruzione^{**}			
	bassa	54,4	
	alta	29,8	

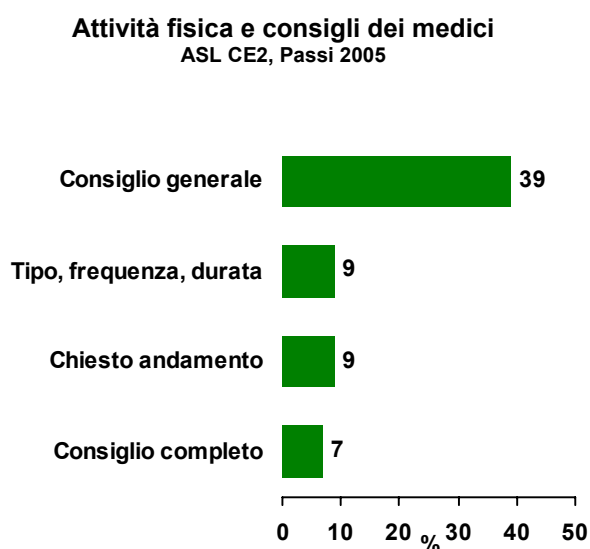
* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0008)

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

- Le persone intervistate riferiscono che il 30% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 39% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 9% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere ed al 9% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 7% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi è risultata il 7%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa 40% della popolazione dell'ASL CE/2 conduca uno stile di vita sedentario e il 30% non pratichi sufficiente attività fisica; rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

In meno della metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, e bassa è anche la percentuale dei medici che danno consigli più dettagliati.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico- degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini storicamente maggiore si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

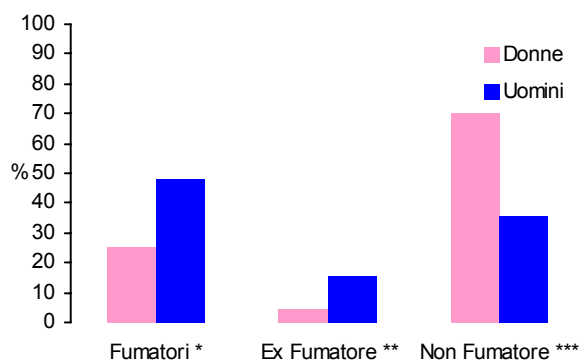
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- I fumatori sono pari al 37%, gli ex fumatori al 10%, e i non fumatori al 53%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (48% versus 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 33%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

Abitudine al fumo ASL CE2 – Passi, 2005



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra gli uomini, mentre non si evidenziano differenze significative per quanto riguarda le classi di età ed il livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 17 sigarette al giorno.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

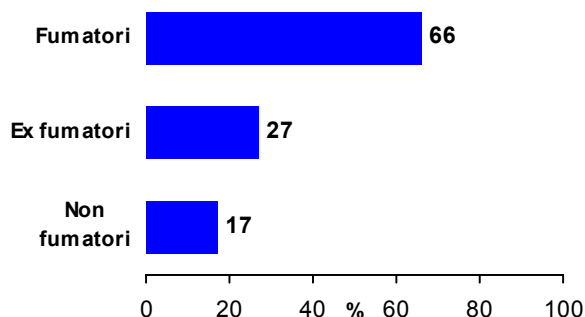
Fumatori ASL CE2		
Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*
Totale		36,6 (IC 95%:29,6-44,0)
Età, anni		
	18 - 24	40,0
	25 - 34	37,1
	35 - 49	34,3
	50 - 69	37,9
Sesso ^		
	M	48,3
	F	25,5
Istruzione**		
	bassa	40,5
	alta	33,7

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,34)
 ^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,001)

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

- Circa un intervistato su tre (36%) dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario, sulla propria abitudine al fumo, ben il 66% dei fumatori, il 27% degli ex fumatori e il 17% dei non fumatori.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 38% degli intervistati riferisce di essere stato interpellato da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo; tra i fumatori la percentuale è del 64%.

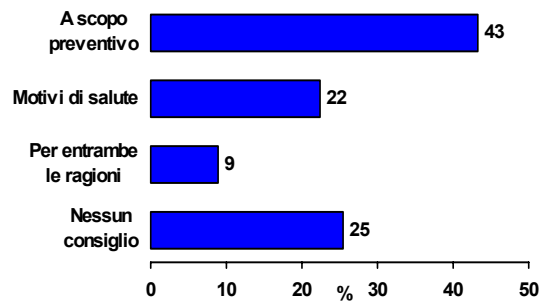
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – ASL CE2, 2005



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

- Il 75% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (43%)
- Il 25% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

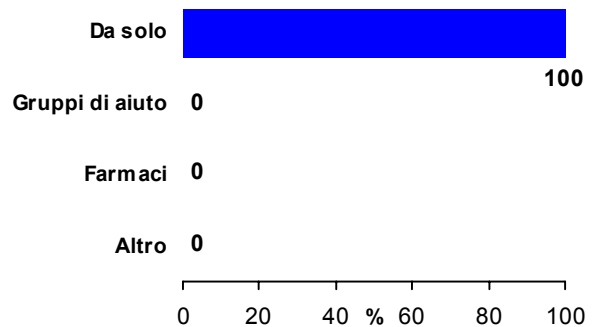
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione ASL CE2, 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 100% degli ex fumatori della ASL CE/2 ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario, farmaci o gruppi di aiuto.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

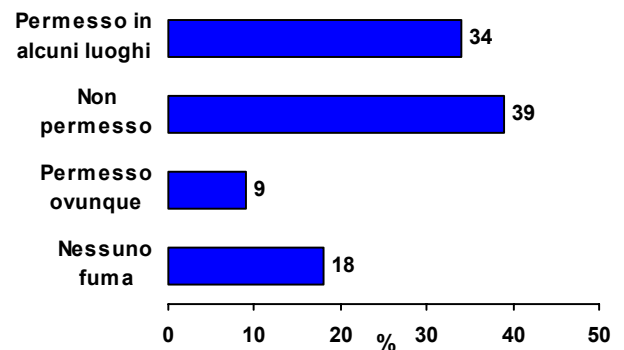
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL CE2, 2005



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

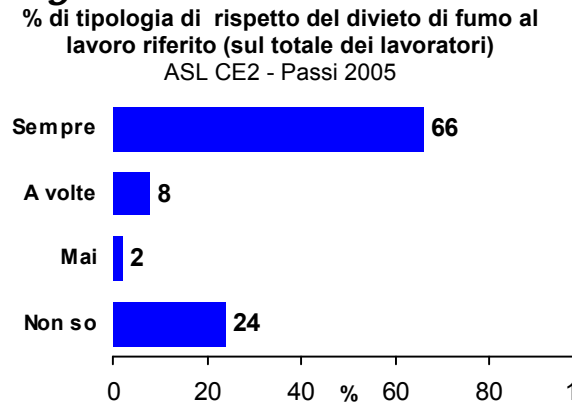
- Gli intervistati della ASL CE/2 dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 57% dei casi (39% non permesso; 18% nessuno fuma); nel restante 43% dei casi si fuma ovunque o in parte.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa ASL CE2, 2005



Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 66% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL CE/2 l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori superiore rispetto a quella delle altre ASL. La prevalenza tra i fumatori non riguarda solo i giovani, ma risulta essere sovrapponibile nelle diverse classi di età. Gli interventi mirati all'abbandono dell'abitudine al fumo rappresentano, pertanto, una delle priorità nella scala degli interventi di sanità pubblica da attuare per migliorare lo stato di salute della popolazione.

Il 75% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Abitudini alimentari

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione arteriosa, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

È riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno?

- Il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 7% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le donne e nelle fascia di età 50-69
- Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.

Abitudini alimentari ASL CE2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	7,1 (IC 95% :3,8-11,8)
Età	
18 - 34	5,4
35 - 49	5,7
50 - 69	10,3
Sesso ^	
uomini	4,5
donne	9,6
Istruzione**	
bassa	6,3
alta	7,7

* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura

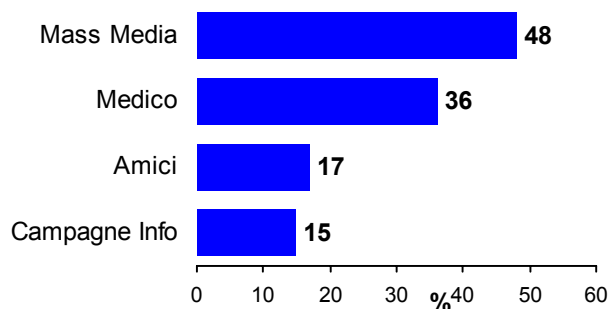
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,038)

Quanti conoscono il "5 a day"? E da chi ne hanno sentito parlare?

% Provenienza dell'informazione su 5 a day.
ASL CE2 – Passi, 2005

- Il 67% degli intervistati della ASL CE2 conosce il "5 a day" (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; nel 36% dei casi da un medico (valore superiore al 19% nelle altre ASL).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL CE2 la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se meno di 1 persona su 10 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti un terzo delle persone intervistate non ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte dei medici su questo corretto comportamento risulta discreta. Appare opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

Consumo di alcol

L'alcol, insieme al fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio, sia individuale che per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore - e più di 2 per le donne) e coloro che indulgono in grandi bevute o "binge drink" (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso dell'alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Quante persone consumano alcol?

- Nell'ASL di Aversa la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 48%.
- Si sono osservati tassi sovrapponibili nelle diverse fasce di età mentre l'assunzione è risultata maggiore negli uomini.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

Consumo di alcol	
ASL CE2- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
Totale	47,5 (IC 95%: 40,1-55,0)
Età, anni	
18 - 24	50
25 - 34	37,1
35 - 49	51,4
50 - 69	48,3
Sesso[^]	
uomini	64,0
donne	31,9
Istruzione^{**}	
bassa	44,3
alta	50,0

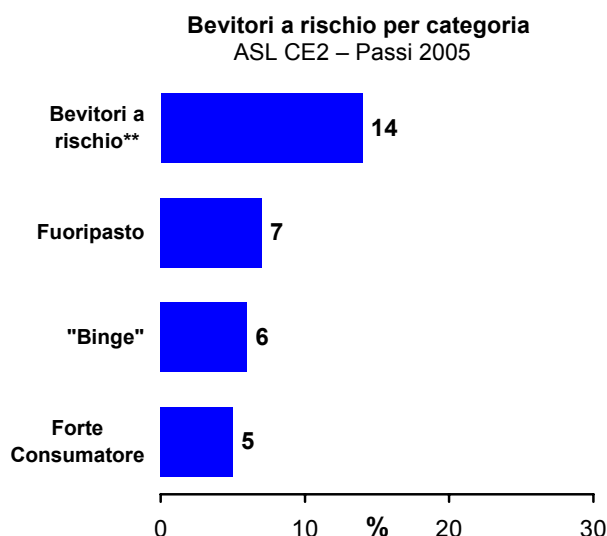
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore - differenze statisticamente non significative (p=0,444)

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 14% può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte consumo e/o "binge").
- In un mese il 7% degli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 6% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 5% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, l' 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.



** I bevitori a rischio possono essere contati più volte nelle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge" ?

- Questo modo di consumo di alcol, ritenuto pericoloso, risulta più diffuso tra i giovani, negli ultracinquantenni e negli uomini.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari all'8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

Bevitori "binge"
ASL CE2 – Passi, 2005

Caratteristiche Demografiche	Bevitori "binge"
Totale	5,5 (95% CI 2,7-9,8)
Età, anni	
18 - 24	10,0
25 - 34	0
35 - 49	2,9
50 - 69	10,3
Sesso[^]	
M	7,9
F	3,2
Istruzione**	
bassa	3,8
alta	6,7

* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

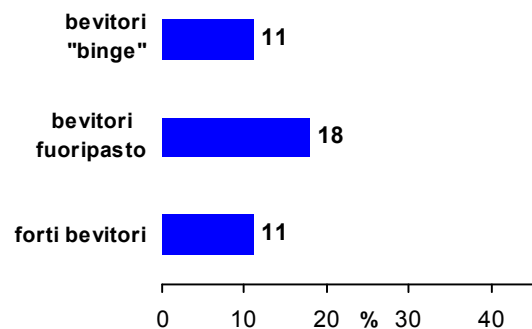
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza risulta non statisticamente significativa (p=0,2).

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Solo il 7% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo l' 11% dei "binge", il 18% di chi beve fuori pasto e l'11% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e all' 11% dei forti bevitori.

Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)
ASL CE2 - Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CE2 si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche. Bassa è la percentuale di coloro che hanno abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono inferiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL anche nell'ASL normanna gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e, altrettanto raramente consigliano di moderare il consumo di alcol.

I rischi associati all'alcol sembrano essere sottostimati, probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.

Sicurezza stradale

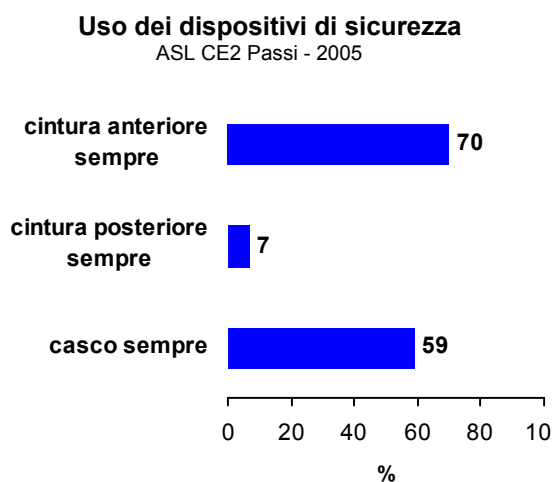
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- La percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 70%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora molto poco diffuso (7%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 59% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 5% degli intervistati (e il 2% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- Il 4% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza ASL CE2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	4,6 (IC 95%: 1,3-11,4)
Età**	
18 - 24	5
25 - 34	0
35 - 49	2,9
50 - 69	1,7
Sesso***	
M	4,5
F	0
Istruzione****	
bassa	0
alta	3,8

*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica
 **le differenze non risultano statisticamente significative (p = 0,63)
 *** le differenze risultano statisticamente significative (p=0,037)
 **** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL di Aversa si registra un insufficiente livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza. L'utilizzo dei dispositivi risulta più basso rispetto a quello del complesso delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso: appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni.

Alla luce di queste considerazioni risulta importante continuare e rafforzare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

La frequenza con cui insorgono i casi di influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo che per l'intera collettività.

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata a persone con età maggiore di 64 anni ed a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie croniche.

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Il 18% delle persone intervistate e residenti nel territorio della ASL di Aversa riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 55% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni, portatori di almeno una patologia cronica, il 50% risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)	
ASL CE2 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	18,0 (IC 95%:12,8-24,4)
Età	
≥65	54,5
<65	15,7
<65 con almeno una patologia cronica	50,0
Sesso[^]	
uomini	15,3
donne	16,1
Istruzione*	
bassa	15,7
alta	15,7

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,88)

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie mediante la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultraessantacinquenni. Tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie, la metà risulta vaccinata, mentre la copertura per il gruppo di età 65-69 anni è di circa 1/4: per entrambi i gruppi è necessario migliorare l'offerta attiva per raggiungere il 100% di copertura, valore desiderabile per tali categorie.

Risulta pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia esantematica benigna dell'età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, morte precoce del nascituro o gravi malformazioni congenite fetali (sindrome della rosolia congenita).

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere tale obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e tutte le donne in età fertile ancora suscettibili, individuate attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest). Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 15% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stato vaccinato per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate è maggiore nella fascia di età 25-34 anni (26.3%) mentre è scende al 20% tra i 18-24 anni ed al 7% tra i 35-45 anni.
- La copertura vaccinale risulta altresì maggiore nelle donne con col livello d'istruzione alto.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=53) ASL CE2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	15,1 (IC 95%: 6,7 – 27,6)
Età	
18-24	20
25-34	26,3
35-45	6,9
Istruzione*	
bassa	10,0
Alta	18,2

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Quante donne sono immuni, suscettibili o non conoscono il loro stato vaccinale rispetto alla rosolia?

- Tra le donne non vaccinate il 31% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 34% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (15%) o con un rubeotest positivo (19%).
- Il 7% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 66% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Stato immunitario (donne 18-45 anni) ASL CE2 - Passi, 2005	
	%
Immuni	34,0 (IC 95%: 21,5 – 48,3)
Vaccinate	15,1
Non vaccinate con rubeotest positivo	18,9
Suscettibili/ Stato sconosciuto	66
Non vaccinate; rubeotest negativo	7,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	58,5

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti rivelano che nella ASL di Aversa, è possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 41% delle donne in età fertile: in particolare il 15% riferisce di essere stato vaccinato e il 26% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 19% e negativo il 7 %). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile immune verso la rosolia è ancora sensibilmente inferiore a quella richiesta per l'eradicazione della rosolia congenita.

Appare, quindi, necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche), per abbassare sotto la soglia del 5%, indispensabile per l'eradicazione della rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla malattia.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso nella popolazione. Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione arteriosa non diagnosticata o scarsamente controllata, con un eccezionale costo sia in termini di salute che dal punto di vista strettamente economico. È stato calcolato, infatti, che il costo del trattamento delle complicanze dovute alla condizione risulta essere 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare adeguatamente tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati richiede un trattamento farmacologico; anche l'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Il 73% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni fa, mentre il 21% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone "controllate" cresce con l'età, mentre non si differenzia significativamente tra i sessi o per livello di istruzione.
- I dati locali sono in linea con i dati delle ASL partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
ASL CE2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche		% *
Totale		73,2 (IC 95%: 66,2-79,5)
Età, anni	18 - 34	54,5
	35 - 49	78,6
	50 - 69	84,5
Sesso	uomini	70,8
	donne	75,5
Istruzione**	bassa	75,9
	alta	71,2

Quanti sono ipertesi?

- Il 21% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su due è ipertesa (44%). Il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione e nelle donne.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

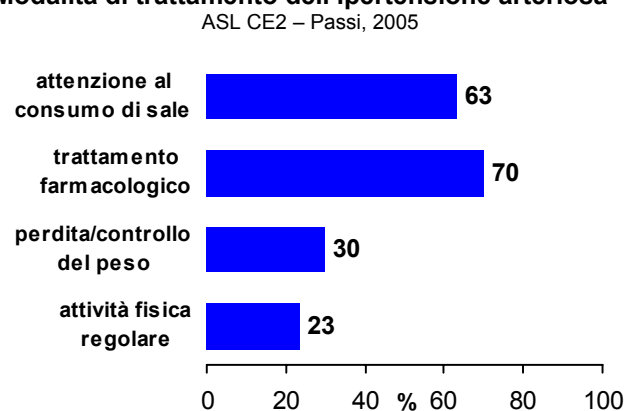
Ipertesi	
ASL CE2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	20,8 (IC 95% 14,5-28,4)
Età, anni[^]	
18 - 34	2,9
35 - 49	10,3
50 - 69	44,2
Sesso	
uomini	13,8
donne	26,6
Istruzione^{**}	
bassa	29,2
alta	13,9

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 70% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (63%), controllando il proprio peso corporeo (30%) e svolgendo regolare attività fisica (23%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 69%.

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa**



** ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL aversana si stima che sia iperteso circa un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni; la condizione è molto diffusa tra gli ultracinquantenni (circa 1 paziente su 2) e molto meno tra i giovani con meno di 35 anni (3 pazienti su 100).

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi, è possibile controllare l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri casi è necessaria la terapia farmacologica. È da sottolineare, in ogni caso, che, per garantire un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, la terapia farmacologica esclusiva non può essere considerata "sostituto" dei "corretti" stili di vita (attività fisica moderata, dieta, controllo del peso) che sono in ogni caso da adottare in associazione all'assunzione di farmaci.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia (generalmente misurata come livello sierico) e coronarosclosi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASL di Aversa il 74% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia mentre soltanto il 59% dichiara di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno.
- Solo il 40% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni. Il valore dei testati non si differenzia in modo statisticamente significativo per il sesso.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita è pari al 79%.

Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo

ASL CE2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	73,8 (IC 95%: 66,8-80,0)
Età, anni	
18 - 34	40,0
35 - 49	88,6
50 - 69	87,9
Sesso	
M	78,9
F	76,1
Istruzione	
bassa	78,5
alta	70,2

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 16% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte mentre non si apprezzano differenze significative fra i sessi e per livello di istruzione.
- Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile al dato locale.

Ipercolesterolemici ASL CE2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	16,3 (IC 95% 10,5-23,6)
Età, anni[^]	
18 - 34	4,5
35 - 49	16,1
50 - 69	21,6
Sesso	
M	19,7
F	13,5
Istruzione^{** °}	
bassa	14,5
alta	17,8

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la colesterolemia

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

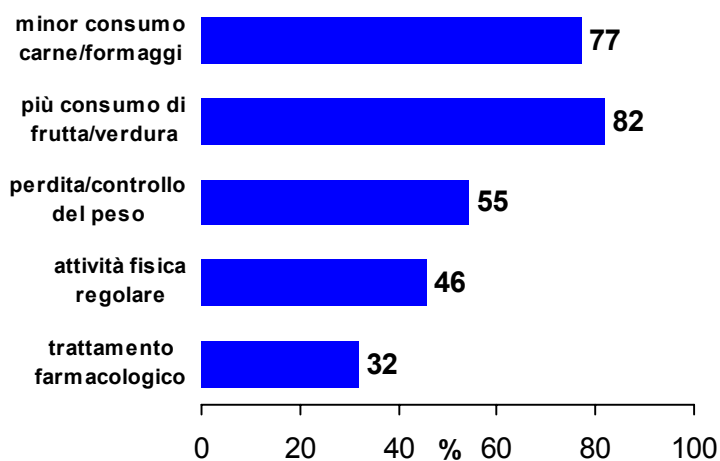
^{**} istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[°] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,027)

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

- Il 32% degli ipercolesterolemici, in ASL, è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 77% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, l'82% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 55% di controllare il proprio peso corporeo e il 46% di svolgere regolare attività fisica.
- Tra le ASL partecipanti il 24% riferisce di essere sottoposto a trattamento farmacologico

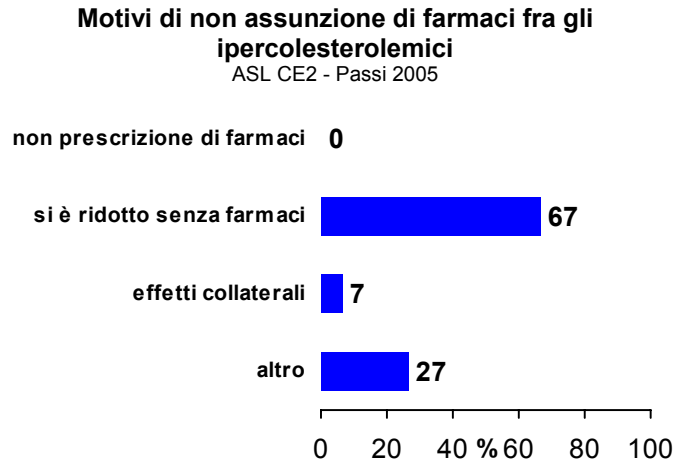
Modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia**
ASL CE2 – Passi, 2005



** ognuna considerata indipendentemente

Quali sono i motivi per cui una parte degli ipercolesterolemici non assume farmaci ?

- Nessuno, tra gli ipercolesterolemici che non assume farmaci, dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 67% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 7% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.



Conclusioni e raccomandazioni

Nel 26% della popolazione dell'ASL Caserta 2 non è mai stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 16% della popolazione totale tra 18 e 69 anni ed il 22% (circa 1 persona su 5) tra 50 e 69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre Asl partecipanti in Italia.

Seguire una dieta "mirata" e praticare regolarmente attività fisica può contribuire, in alcuni casi, a regolarizzare i livelli di colesterolo tanto da rendere non necessario il ricorso al trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarino di aver adeguato la propria dieta, pochi riferiscono di aver perso peso o di praticare attività fisica.

Situazione nutrizionale

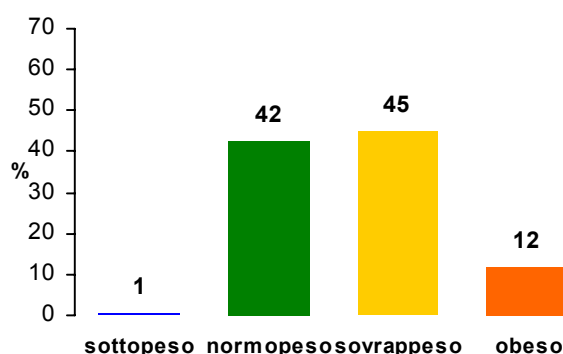
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) oltre a rappresentare una delle possibili cause di morte prematura.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5 – 24,9); sovrappeso (BMI 25 – 29,9); obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- L'1% delle persone intervistate della ASL risultano sottopeso, il 42% normopeso, il 45% sovrappeso ed il 12% obeso.

Caratteristiche ponderali della popolazione
ASL CE2 – Passi, 2005



Quante persone sono in eccesso ponderale e cosa fanno per perdere peso?

- Si stima che il 57% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 69% tra gli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini, mentre non risente del livello di istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 18% svolge una dieta e il 17% fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso

Popolazione con eccesso ponderale [^]

ASLCE2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	56,8
Età, anni*	(IC 95%: 49,3-64,1)
18 – 24	35,0
25 – 34	45,7
35 – 49	58,6
50 – 69	69,0
Sesso**	
Uomini	66,3
Donne	47,9
Istruzione *** °	
bassa	63,3
alta	66,7

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,027)

** le differenze risultano statisticamente significative (p=0,012)

*** le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,76)

° istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL Caserta2 si stima che il 57% della popolazione sia in eccesso ponderale, valore superiore a quello delle altre ASL partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, solo una su cinque circa riferisce di seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale, in particolare età (>34 anni) e sesso (maschi).

Carta di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti).

Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre alla familiarità, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

La carta di rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

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

- La percentuale di persone intervistate nell'ASL Caserta 2, tra i 40 ed i 69 anni, che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare, è risultata del 14%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre basso è il calcolo del punteggio per i soggetti ultrasessantenni e per quelli con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è del 9%.

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

ASL CE2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche		% *
Totale		14,4 (IC 95%: 8,3-22,7)
Età, anni		
	40 - 49	15,2
	50 - 59	19,4
	60 - 69	4,5
Sesso		
	uomini	12,5
	donne	16,1
Istruzione*		
	bassa	20,0
	alta	8,2

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

La carta di rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzato da parte dei medici sia nell'ASL CE2 sia nelle ASL partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

I risultati dello studio attuale, per questo aspetto, sono limitati ad una sottopopolazione del campione selezionato (popolazione target femminile 25-64 anni: n=78): i dati riportati sono caratterizzati, pertanto, da un'ampia variabilità che non permette di trarre conclusioni particolarmente "affidabili". La ASL è impegnata ad estendere l'indagine sullo screening ad un campione maggiormente rappresentativo della popolazione in studio; i risultati contribuiranno ad aggiornare la versione definitiva del presente documento.

Quante donne hanno eseguito un pap test?

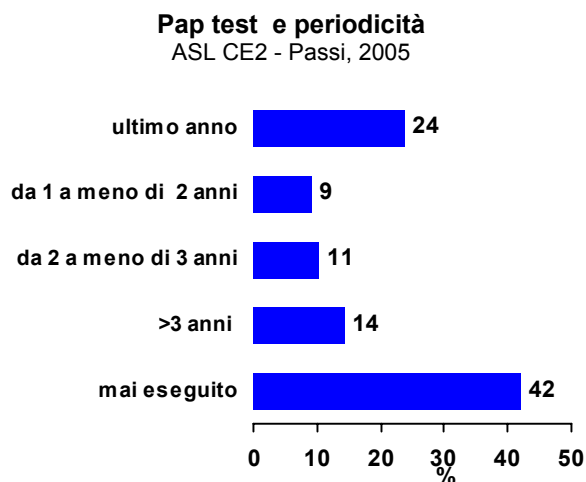
- Nell'ASL CE2 il 59% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il "pap test" in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate per la fascia di età 35-49 anni. Non si osservano differenze significative per livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 33 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)	
ASL CE2 - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test %*
Totale	59,0 (IC 95%: 47,3-70,0)
Età	
25 - 34	33,3
35 - 49	73,7
50 - 64	54,5
Stato civile[^]	
coniugata	69,5
non coniugata	26,3
Istruzione^{**}	
bassa	54,5
alta	62,2

* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

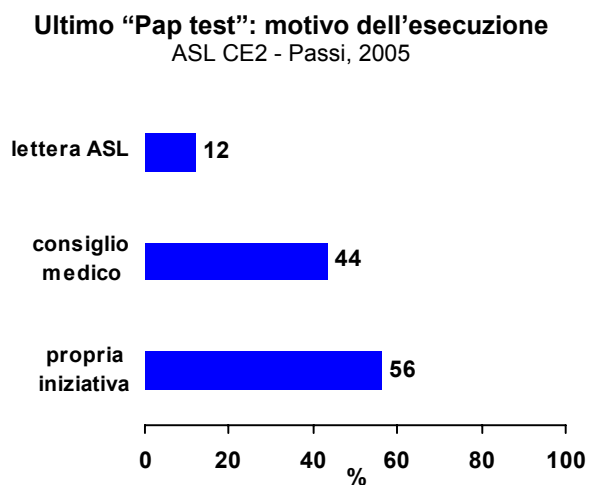
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 44% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 24% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 42% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.



Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 56% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e il 12% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato su consiglio medico (44%) e di propria iniziativa (56%). Nessuno per lettera personale ricevuta dall'ASL.
- Tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL 9 nel 25%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CE2 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è bassa. Risulta bassa anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap- test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); un quarto l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Da segnalare la notevole differenza tra le donne che effettuano il pap-test in relazione al loro stato civile: le donne coniugate si sottopongono al test con maggiore frequenza; tale osservazione è da tenere in considerazione per sviluppare piani di reclutamento appropriati per tale sottopopolazione.

Appare senza dubbio da implementare la adesione alle linee guida/raccomandazioni anche attraverso una maggior efficacia del programmi aziendali organizzati.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

I risultati dello studio attuale, per questo aspetto, sono limitati ad una sottopopolazione del campione selezionato (popolazione target femminile 50-69 anni: n=31): i dati riportati sono caratterizzati, pertanto, da un'ampia variabilità che non permette di trarre conclusioni particolarmente "affidabili". La ASL è impegnata ad estendere l'indagine sullo screening ad un campione maggiormente rappresentativo della popolazione in studio; i risultati contribuiranno ad aggiornare la versione definitiva del presente documento.

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nell'ASL normanna il 42% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è inferiore nelle coniugate e in chi ha un basso livello di istruzione. Non si apprezzano differenze in base all'età.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 53 anni, più alta pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

Screening cancro della mammella (≥50 anni)	
ASL CE2 - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*
Totale	41,9 (IC 95%: 24,5- 60,9)
Età	
50 - 59	43,8
60 - 69	40,0
Stato civile[^]	
coniugata	39,1
non coniugata	50,0
Istruzione^{**}	
bassa	33,3
alta	53,8

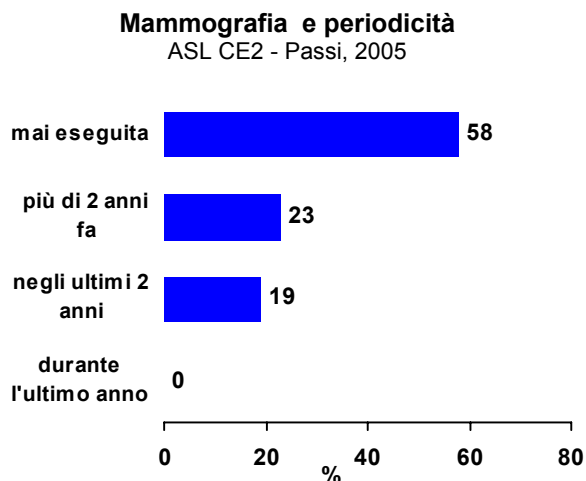
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,592)

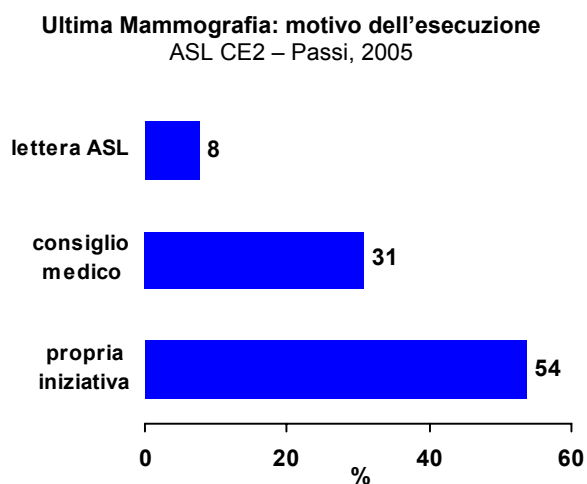
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Il 19% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 23% più di 2 anni fa. Il 58% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 36% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 39% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 31% su consiglio medico, nel 54% di propria iniziativa e nell'8% in seguito ad una lettera di invito.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% di propria iniziativa.



Conclusioni e raccomandazioni

Al momento il programma aziendale di offerta attiva prevede l'offerta a tutte le donne residenti di età compresa tra i 40 e ed i 69 anni. L'esame mammografico è stato eseguito almeno una volta solo dal 42% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 19% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di migliorare il programma per l'offerta attiva della mammografia, analogamente a quanto avviene col pap test: i dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi).

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004 - 2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

I risultati dello studio attuale, per questo aspetto, sono limitati ad una sottopopolazione del campione selezionato (popolazione target 50-69 anni: n=58): i dati riportati sono caratterizzati, pertanto, da un'ampia variabilità che non permette di trarre conclusioni particolarmente "affidabili". La ASL è impegnata ad estendere l'indagine sullo screening ad un campione maggiormente rappresentativo della popolazione in studio; i risultati contribuiranno ad aggiornare la versione definitiva del presente documento

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto?

- Il 10% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 9% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- Tra le ASL italiane partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Screening cancro colon retto (≥50 anni)	
ASL CE2- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
Totale	10,3 (IC 95%: 3.9-21.2)
Età	
50 - 59	8,3
60 - 69	13,6
Sesso^	
uomini	11,1
donne	9,7
Istruzione**	
bassa	12,1
alta	8,0

* sangue occulto o sigmoidoscopia

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze non risultano statisticamente significative

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva sono in corso di implementazione in Italia, mentre a livello aziendale non esiste alcuna indicazione operativa.

Appare opportuno iniziare a pianificare questo programma di screening sul territorio e a prevedere campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Tabella riassuntiva dei risultati dello studio PASSI

(123 ASL, dati non pesati)

Descrizione del campione aziendale	Stima ASL CE2	ASL partecipanti allo studio
età media	42,3 anni	43,9 anni
donne, %	51,4	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	11,5	11,2
<i>media superiore</i>	45,4	40,4
<i>media inferiore</i>	26,8	30,5
<i>elementare</i>	14,2	16,0
<i>nessuno</i>	2,2	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	56,8	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	72,1	66,2
<i>celibi/nubili</i>	23,0	27,4
<i>vedovi/e</i>	3,3	2,9
<i>separati/divorziati</i>	1,6	3,5
lavoro regolare**, %	59,1	62,5

* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

**Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Stima ASL (%gg)	ASL partecipanti allo studio (%gg)
salute molto-buona/buona, %	66,1	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	1,9	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	1,9	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,3	1,6

Attività fisica	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	26,8	42,4
popolazione completamente sedentaria ^{^^}	40,4	23,3
consigli dei medici: ^{^^^}		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	29,5	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	38,8	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	8,7	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	9,3	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	6,6	7,2

[^]30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

^{^^}chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

^{^^^}consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

Abitudine al fumo	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
fumatori*	36,6	26,5
uomini	48,3	31,5
donne	25,5	21,7
ex fumatori**	9,8	19,7
non fumatori***	53,6	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	100	94,2
aiuto del medico	0	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	36,1	38,6
a fumatori	65,7	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	74,6	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	38,8	37,0
nessuno fuma	18,0	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
sempre	66,3	57,6
a volte/mai	9,6	15,5

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.

**più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

***meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano

Abitudini alimentari	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	91,3	90,8
conosce il 5 a day [^]	66,7	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	7,1	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	48,1	45,4
medico	36,1	18,5
campagne informative	14,8	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	47,5	63,8
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	7,1	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	5,5	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	4,9	5,5
chiesto dal medico sul consumo	6,7	14,4

◇una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

◇◇in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana

◇◇◇nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

◇◇◇◇più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

Sicurezza stradale	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
cintura anteriore sempre	70,3	83,0
cintura posteriore sempre	6,8	19,7
casco sempre [#]	59,4	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	2,2	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	3,8	12,0

[#]calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

^{##}aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

^{###}nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

Vaccinazione antinfluenzale	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinati 18-69 anni	18,0	15,3
vaccinati ≥ 65	54,5	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	50,0	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinate	15,1	30,6
hanno eseguito rubeotest*	31,1	40,6
Immune**	34,0	52,6

* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano

** % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo, calcolata su tutte le donne 18-45 anni

Iperensione arteriosa	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	73,2	81,4
Ipertesi*	20,8	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	70,0	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	63,3	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	30,0	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	23,3	34,6

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

Colesterolemia	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	73,8	79,3
ipercolesterolemici [^]	16,3	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	31,8	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	77,3	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	81,8	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	54,5	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	45,5	39,0

[^] sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

Situazione nutrizionale	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione con eccesso ponderale	56,8	43,6
<i>sovrappeso</i>	44,8	32,5
<i>obeso</i>	12,0	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	18,3	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	17,3	22,7

Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	14,4	9,0

[#] coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

Screening neoplasia del collo dell'utero[^] (donne 25 - 64 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito almeno un pap test	59,0	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	42,3	69,7
viene consigliato pap test periodico	56,4	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	12,2	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	0	24,6
<i>consiglio medico</i>	43,5	30,6
<i>propria iniziativa</i>	56,5	43,6

[^]eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguita almeno una mammografia	41,9	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	19,4	56,7
viene consigliata mammografia periodica	35,5	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	38,7	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	7,7	38,7
<i>consiglio medico</i>	30,8	28,6
<i>propria iniziativa</i>	53,8	32,0

◇ valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento
◇◇ eseguita a scopo preventivo

Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)[#]	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	10,3	14,0
eseguito negli ultimi due anni	8,6	8,3

[#]eseguita a scopo preventivo

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

▪ **Salute e qualità di vita percepita**

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Alimentazione

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

- **Alcol**
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control:main results of the PREMIER clinical trial JAMA 2003 30;289 (16):2083 - 93

Screening oncologici

- LILT- Dossier “Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione” – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000 (informazioni n.26)